



**Violencia y deshumanización en salud: Revisión crítica del Modelo Médico Hegemónico
desde la bioética y el humanismo**

**Violence and Dehumanization in Health: A Critical Review of the Hegemonic Medical
Model from Bioethics and Humanism**

María Guadalupe Rodríguez Méndez

Guadalupe.rodriguezm@unisa.cdmx.gob.mx

Resumen

Este trabajo realiza una revisión crítica del Modelo Médico Hegemónico desde una perspectiva bioética y humanista, con énfasis en las formas de violencia estructural, simbólica e institucional que se reproducen en los sistemas de salud pública. Se evidencia cómo la formación biomédica dominante perpetúa relaciones verticales, despersonaliza la atención y normaliza el maltrato tanto hacia los pacientes como hacia los estudiantes de las diferentes ramas de salud, consolidando una cadena de violencia que afecta la calidad del cuidado. A través del análisis de literatura interdisciplinaria, se propone la necesidad de integrar desde la formación profesional enfoques éticos, sociales y culturales, así como herramientas de evaluación como la Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Consulta Externa (ERSaPaCE), que permitan visibilizar la experiencia real del paciente. Se concluye que la transformación del sistema de salud público no debe limitarse a mejoras técnicas o administrativas, sino asumirse como un acto de justicia social, que pueda reconocer la dignidad, subjetividad y contexto de cada persona atendida.

Palabras clave: modelo biomédico, violencia en salud, bioética, formación médica, calidad interpersonal, humanización

Abstract

This paper provides a critical review of the Hegemonic Medical Model from a bioethical and humanistic perspective, emphasizing the forms of structural, symbolic, and institutional violence



that are reproduced in public health systems. It highlights how dominant biomedical training perpetuates hierarchical relationships, depersonalizes care, and normalizes mistreatment of both patients and students across various health disciplines, consolidating a chain of violence that affects the quality of care. Through the analysis of interdisciplinary literature, the study proposes the need to integrate ethical, social, and cultural approaches into professional training, as well as assessment tools such as the Rapid Outpatient Patient Satisfaction Scale (ERSaPaCE), to make the patient's real experience visible. It is concluded that the transformation of the public health system should not be limited to technical or administrative improvements but should be approached as an act of social justice, recognizing the dignity, subjectivity, and context of each person receiving care.

Keywords: biomedical model, violence in health, bioethics, medical training, interpersonal quality, humanization.

Introducción

La violencia en los sistemas de salud públicos de México y de otros países, aunque muchas veces invisibilizada, constituye una realidad que afecta tanto a pacientes como al personal sanitario. Esta se manifiesta a través de relaciones verticales, prácticas deshumanizantes y una formación profesional que normaliza el maltrato. El modelo médico hegemónico, centrado en lo biológico y técnico, ha contribuido a perpetuar esta dinámica, excluyendo las dimensiones éticas, sociales y culturales del cuidado. Desde una perspectiva crítica y bioética, este trabajo hace una revisión de cómo se reproduce la violencia en los espacios sanitarios y plantea la necesidad de una transformación a profundidad del sistema. Se enfatiza la urgencia de incluir enfoques sociales y humanistas en la formación médica, así como el uso de herramientas como la ERSaPaCE, que permitan visibilizar la experiencia real del paciente. Humanizar la atención no es solo una mejora en la calidad del servicio, sino un acto necesario de justicia social.



Metodología

Se realizó una revisión crítica sistemática de literatura cualitativa centrada en el análisis ético, relacional y simbólico de las experiencias en la atención sanitaria pública. Este enfoque interdisciplinario engloba perspectivas de bioética, sociología médica, antropología de la salud y estudios críticos sobre violencia estructural. Se realizó la búsqueda de bibliografía mediante Google académico, direccionando a las bases de datos SciELO, PubMed, ResearchGate, ELSEVIER y Dialnet, abarcando publicaciones comprendidas entre 2000-2025.

Se emplearon términos clave relacionados con violencia institucional en salud: modelo biomédico, bioética, violencia en salud, formación médica, calidad interpersonal y humanización, combinados mediante operadores booleanos para optimizar los resultados y la pertinencia temática. Se incluyeron estudios con enfoque cualitativo, crítico o bioético, realizados en sistemas de salud pública, con la disponibilidad de textos completos, enfocados en artículos originales y de revisión.

Resultados

Se recabaron un total de 180 artículos disponibles. Se excluyeron estudios exclusivamente cuantitativos, opiniones no fundamentadas y artículos sin revisión académica. Se seleccionaron 27 artículos, 4 libros y páginas oficiales de la OMS, CNDH, Secretaría de Salud, ENSANUT, NOM, con material correspondiente a la temática abordada en el presente artículo.

Conceptos y perspectivas teóricas

Desde el punto de vista antropológico, la cultura es definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por los miembros de un grupo social. Elementos sobre los cuales se construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. Incluye valores, símbolos, normas y prácticas, además de definir su propia manera de comprender y adecuar el contexto de acuerdo con su ideología, definiendo representaciones y creencias con las que se concretan



acciones a nivel político, religioso, filosófico y de salud. Determina las concepciones sobre salud, enfermedad, dolor y muerte, las cuales a su vez precisan las formas de prevenir o curar la enfermedad, eliminar el dolor y cuidar la vida (Baeta, 2015).

De acuerdo con la Constitución de la OMS (2024), el goce del grado máximo de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, y corresponde a cada Estado el proveer la atención necesaria para conservarla. Sin embargo, reconoce que la discriminación que se vive inhibe a las personas de acudir a los servicios de salud, ya que menoscaba su autonomía y las priva de su dignidad básica (OMS, 2017).

En México se cuenta con instituciones como la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH, 2020, 2021, 2022, 2025), que respalda la regulación para que se ofrezca una atención sanitaria justa e inclusiva, pero a pesar de la existencia de marcos normativos nacionales e internacionales que respaldan el derecho a la salud, persiste una gran brecha entre el discurso legal y la experiencia real de los usuarios, reflejada en prácticas de exclusión, negligencia y maltrato institucional, por lo que la CNDH ha emitido en diversas ocasiones, recomendaciones a las instituciones de salud por la denuncia de casos que involucran mala atención, falta de acceso a la información, negligencia y violación a los derechos de protección de la salud y la vida. Todo esto a pesar de que está especificado dentro de la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 2024), en los artículos 23, 32, 33, 51 y 77, el derecho al acceso a la atención oportuna, de calidad, con un trato digno, sin discriminación y preferentemente de grupos vulnerables, mediante actividades preventivas, curativas y de rehabilitación por parte de los Servicios de Salud.

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2022), menciona que el concepto de trato digno se refiere a la dimensión interpersonal de la atención y se fundamenta en los Derechos Humanos. La falta de cobertura y las barreras para el acceso que se exacerbaban en grupos específicos de la población, perpetúan las inequidades en salud, además de que el clasismo, el racismo y la violencia de género de manera independiente o combinada, han sido incorporadas y reproducidas en las instituciones de salud y son ideologías naturalizadas que se derivan de las estructuras sociales que reproducen este tipo de desigualdades.

El poder garantizar el Derecho a la Salud en México es un reto, ya que depende de factores económicos, políticos, sociales y culturales. Este derecho se ha ido desarrollando, a través de



demandas sociales, conformando la definición actual de salud, que envuelve un estado de absoluto bienestar y no se limita a la ausencia de enfermedad (OMS, 2024).

Para hacer valer este derecho es necesario un marco regulatorio para brindar una atención de calidad, estable, progresiva y duradera que no se considere como un gasto público, sino una inversión a largo plazo, con una distribución justa y equitativa (Montiel, 2004).

En los resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición *ENSANUT* 2018 y *ENSANUT Continua* 2022, la calidad de atención otorgada en las distintas etapas de la vida por parte del sistema de salud en México, ha reflejado muchas deficiencias, especialmente en niños, mujeres embarazadas y adultos con enfermedades crónico-degenerativas, a pesar de haber prolongado los tiempos de consulta, por lo que se necesitan estrategias innovadoras dirigidas a brindar atención integral en el curso de la vida (Flores et al., 2024; *ENSANUT*, 2024)

La deficiencia en la calidad de los servicios de atención a la salud en México se debe en gran parte a la cadena de violencia en sus diferentes formas hacia el personal de salud y hacia el paciente, que ha sido justificada y normalizada como parte del quehacer médico durante décadas. Para Michel Foucault, la violencia implica la anulación de las posibilidades de acción, usando fuerza, coerción o incluso destrucción como formas de acción, tratándose en el caso de la atención médica, de una relación de poder sobre los cuerpos (Foucault, 2004; Zavaleta, 2018).

Johan Galtung en 1969, clasificó tres formas de violencia: la violencia directa, la estructural y la cultural. La violencia directa destaca el uso de la fuerza para causar daño, se puede expresar de forma sexual, física, psicológica, verbal, y tiene un responsable directo. La violencia cultural es la que permite, justifica y normaliza la expresión de la violencia directa y estructural, ejercida desde los valores, normas, tradición, y se acepta como natural, por ejemplo, el machismo y el racismo. La violencia estructural describe las formas de violencia que no son directas ni visibles, sino que se encuentran incrustadas en las estructuras sociales, económicas y políticas, las cuales generan desigualdad, sufrimiento y limitan el desarrollo humano, no hay solo un responsable directo y se puede considerar como el equivalente de injusticia social. Está sistemáticamente integrada en el orden social y reproduce condiciones que afectan principalmente a grupos vulnerables y limitan las posibilidades de una vida digna, por ejemplo, la desigualdad de género, carga excesiva de trabajo y distribución no equitativa de recursos (Pineda, 2017).



En la práctica diaria, el término de violencia estructural puede llamarse también sistémica, indirecta o institucional y es aplicable en las situaciones en que se produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad), como resultado de los procesos de estratificación social, donde el acceso o posibilidad de uso de recursos es resuelto a favor de una de las partes, se relaciona directamente con la violencia cultural manifestada mediante legitimaciones de las otras dos formas de violencia, por ejemplo, el racismo, sexism, clasismo o eurocentrismo (Parra y Tortosa, 2003).

En el ámbito de la salud, Farmer (2004) profundizó este concepto al describir cómo las desigualdades sociales como la pobreza, racismo, sexism o clasismo (y la combinación de ellas, conocida como interseccionalidad), se traducen en barreras sistemáticas de acceso a servicios de salud adecuados. La violencia estructural en el área de la salud pública se ejerce de forma silenciosa y normalizada, la ausencia de recursos, la deshumanización del trato y la falta de acceso oportuno a una atención de calidad no son fallas accidentales, sino expresiones de estructuras históricas de desigualdad.

Para Bourdieu (1998), la violencia que se ejerce, no a través de la fuerza física, sino por la imposición de esquemas de dominación, es una violencia simbólica. Opera de forma encubierta y al estar normalizada culturalmente dentro de las relaciones sociales es aceptada incluso por quienes la padecen. Por otro lado, Villanueva (2023), introduce la noción de deshumanización en la atención médica como una forma de violencia simbólica, donde el paciente es tratado como “categoría límite de la galenidad”, siendo negados o despojados de sus atributos humanos, al ser considerados inferiores o ilógicos, lo que favorece prácticas de maltrato, negligencia y trato inequitativo por parte de los profesionales de la salud. En contextos latinoamericanos y particularmente en países como México, diversos estudios como el de Menéndez (2020), han documentado cómo trabajos epidemiológicos, incluso antropológicos han dejado de lado factores importantes respecto a los procesos de salud/enfermedad/atención (PSEA) y han tergiversado datos e interpretaciones de los procesos que realmente ocurren en la realidad estudiada. Aborda cómo el sistema de salud reproduce formas de violencia estructural, especialmente hacia mujeres, personas indígenas, pacientes con enfermedades crónicas o con bajo nivel socioeconómico mediante la restricción de derechos fundamentales. Esta forma de violencia es una manifestación de poder



desigual que se traduce en exclusión social y vulneración de derechos, afectando la dignidad y calidad de vida de las personas.

Silberman y colaboradores (2010) aportaron una perspectiva complementaria con su modalidad de calidad interpersonal, propuesta inicialmente por Avedis Donabedian. Argumentaron que la *calidad* en la atención sanitaria no debe limitarse a criterios técnicos o administrativos, sino incorporar la evaluación del trato interpersonal, la empatía, la comunicación asertiva y el reconocimiento de la experiencia del paciente. Este enfoque difiere de la lógica biomédica predominante, ofreciendo una visión más humana y centrada en el vínculo médico-paciente.

Actualmente, Good (2003), afirma que, aunque la medicina moderna privilegia una visión biologista y materialista, la enfermedad siempre incluye una dimensión moral, soteriológica y social. El sufrimiento humano no es solo un mal funcionamiento fisiológico, sino una vivencia con sentido, y la rutina médica busca neutralizar el sufrimiento mediante protocolos para no alterar la imagen sobria de la institución, por lo que se debe integrar el conocimiento técnico con lo existencial, ético y simbólico. El autor sigue la línea de Foucault de una forma más humanista, y habla de cómo la medicina social y humanidades médicas, así como las ciencias del comportamiento, enseñan al estudiante a poner atención a la experiencia y el sentir del paciente, a evaluar cuestiones éticas en el ejercicio de la medicina y tomar en cuenta el contexto social de la enfermedad y la atención, además de entrevistar y evaluar al paciente desde esta perspectiva. Si la medicina se hace más consciente de su poder simbólico, puede tener un efecto directo en la atención en salud, evitando que las cuestiones psicosociales queden como solo un aspecto marginal y se abra espacio a la reflexión, la ética y la experiencia, sin renunciar a la eficacia técnica, llevando a una humanización de la atención de la salud y aumentando la percepción de calidad en los servicios sanitarios.

Dentro de la evaluación de la calidad en la atención, se consideran factores como: interacción con el personal sanitario, tiempos de espera, trato digno, privacidad durante la atención, accesibilidad de los servicios y obtención del servicio esperado. Cuando se pone al usuario como eje central de la atención, se ofrecen servicios que no solo cubren los estándares técnicos de la calidad, también reflejan los valores institucionales como el respeto, equidad y acceso a la información. La satisfacción de estas necesidades, entendida como la diferencia entre lo que el



usuario espera que ocurra y lo que obtiene, es uno de los indicadores que mide la efectividad sanitaria y la calidad asistencial (Gerónimo et al., 2017).

Una forma de medir la calidad en la atención de la salud es la aplicación de la encuesta SERVQUAL, enfocada a la atención interpersonal, apego a normas, valores, expectativas y aspiraciones del paciente. Consiste en medir cinco dimensiones: tangibilidad, capacidad de respuesta, fiabilidad, seguridad y empatía a partir de 22 preguntas. La medición, interpretación y gestión de estos indicadores facilita la toma de decisiones para reducir las desigualdades y mejorar la atención sanitaria (Jaramillo et al., 2020).

Basada en las encuestas SERVQUAL y SUCE, en el estado de Puebla se desarrolló un modelo de escala rápida que evalúa la calidad de la atención sanitaria mediante la satisfacción de los usuarios. Realizada por un comité de expertos (un psicólogo asesor de calidad, un pediatra experto en calidad y clinimetría, un experto en consulta externa), sometida a evaluación y validación por expertos en administración, dirección y calidad de atención hospitalaria, para luego realizarse un estudio piloto con usuarios para determinar claridad en la redacción, facilidad de respuesta, rapidez y practicidad. Esta Escala Rápida de Satisfacción del Paciente de Consulta Externa (ERSaPaCE) y la escala de Satisfacción del Usuario de Consulta Externa (SUCE), es aplicable a todo paciente que acude al primer nivel de atención, y en el caso de pacientes menores de edad, se puede aplicar a los padres o adultos acompañantes. Consta de 10 ítems de rápida y fácil respuesta y una opinión por escrito (opcional), complementada con gráficos utilizados en la escala de dolor para facilitar al paciente la comprensión de la escala de respuestas. Los hallazgos de su aplicación permitieron afirmar que la ERSaPaCE es válida y consistente y puede utilizarse como herramienta para evaluar la calidad de la atención en unidades médicas, con el propósito de visibilizar elementos no clínicos que influyen en la atención recibida (Cabello y Chirinos, 2012; García et al. 2020).

En conjunto, las aportaciones de los autores discutidos anteriormente permiten construir una comprensión crítica de lo que es la violencia más allá de su manifestación física. Esta puede estar integrada en las estructuras, prácticas e ideas que regulan los sistemas sanitarios. En el área de la salud, la violencia estructural o institucional y simbólica se vuelve cotidiana y aceptada, afectando la dignidad y el acceso justo a los servicios de salud. Este análisis teórico es clave para



identificar cómo estas formas de violencia se expresan en los modelos de atención actuales y fundamenta el análisis de fenómenos sociales complejos como la desigualdad y la exclusión.

Entender la perspectiva del paciente con una mirada crítica y bioética nos permite visibilizar cómo la práctica médica, el discurso institucional y la distribución de recursos no son neutrales, sino que se encuentran atravesados por relaciones de poder y dejan ver la necesidad de reestructurar las bases de la práctica médica, que se aborda a continuación mediante el análisis del modelo biomédico dominante, que lejos de buscar una justicia social respecto al derecho a la salud, ha implementado una estrategia de dominio y sumisión, basado en una estructura jerárquica y reduccionista que permea la práctica médica y la formación de los profesionales de la salud, instaurando una lógica de poder que impacta tanto a los usuarios como a los estudiantes de las ciencias de la salud.

El modelo biomédico

Una de las preguntas más comunes es ¿cuál es la raíz de toda esta cadena de violencia que se ha normalizado en los sistemas de atención a la salud? Good (2003), dentro de sus investigaciones, pone el proceso formativo como determinante para la relación entre cultura, enfermedad y conocimiento médico, donde los objetos de la medicina (el cuerpo, la enfermedad, el paciente) no preexisten a la mirada médica, no se descubren, sino que se construyen a través de prácticas simbólicas, institucionales y discursivas, se produce un mundo en el que el cuerpo, la enfermedad, el paciente y la cura adquieren significados específicos. Afirma que la formación médica es un proceso de enculturación que va construyendo sus objetos de una forma biologicista e individualista, formando su propia realidad dentro de la institución y se aprende mediante la práctica que existe un sistema de poder jerárquico y altamente normado que los va llevando a la sumisión ante las reglas institucionales. Se enseña a los estudiantes de las ciencias de la salud a desestimar el contexto del paciente bajo el supuesto de que no aporta información relevante para su diagnóstico y tratamiento, también aprenden a reproducir estructuras de poder, las cuales van legitimando qué tipo de enfermedad es tratable, qué tipo de paciente es adecuado y qué tipo de conocimiento es válido, donde la experiencia personal del sufrimiento se convierte en “síntoma” y el paciente en “caso”, trayendo como consecuencia una despersonalización en la relación médico-



paciente, una pérdida de sensibilidad hacia el sufrimiento y una deshumanización en el trato al paciente.

El modelo biomédico ha sido la base dominante de los sistemas de salud modernos desde finales del siglo XIX. Foucault (2004) describe cómo la observación clínica implica dos dominios: el hospitalario y el pedagógico, donde se dan modificaciones de lo que es trascendente respecto al contexto del paciente y su diagnóstico, a la vez que va ligado al aprendizaje de los médicos en formación. Este modelo reconoce a la enfermedad como una alteración biológica, separada de los aspectos sociales, psicológicos y culturales de la persona. Su énfasis en el diagnóstico clínico, la tecnología y la intervención farmacológica ha permitido importantes avances en la medicina, pero también ha sido criticado por ser mecanicista, reduccionista y deshumanizante (Baeta, 2015; Foucault, 2004; Menéndez, 2020).

El Modelo Médico Hegemónico, definido por Menéndez (1990), se empezó a instruir durante la Primera Revolución Industrial. Es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como Medicina Científica, se caracteriza por el biologismo, el individualismo, el mercantilismo, el autoritarismo y la participación subordinada del paciente. Este modelo ha ido definiendo la forma de entender el proceso salud-enfermedad, ha formado la cultura médica y se ha traducido a la práctica, moldeando la manera de ejercerla, propiciando que las instituciones sean los sitios que terminan por generar la violencia estructural, ya que se lida con escasez de insumos, de espacios, de saturación del servicio, sobrecarga laboral, gran cantidad de trabajo burocrático, entre otros factores que generan un desinterés y desembocan en delegar tareas al personal en formación.

En este modelo se mantienen relaciones de poder y se imponen formas de pensar sobre los de menor jerarquía, lo que contribuye a formar los dos elementos principales que permiten una violencia directa y simbólica en las instituciones: el *habitus* médico, que es una forma de pensamiento propio del personal, se desarrolla durante la formación en las instituciones de salud y justifica el uso de violencia cuando se cometan errores en la práctica médica. Otro elemento es el currículum oculto, que es aquella parte del aprendizaje en medicina que está enfocado en la estructura, la organización y la función de las instituciones de salud, siendo este modelo la génesis de la violencia cultural (García y Alvear, 2020).



De acuerdo con Menéndez (2022), este modelo configura un sistema que invisibiliza otras formas de entender y tratar la enfermedad. La política de salud que se desarrolló en la década de 1970 se basaba en propuestas de la OMS de utilizar la medicina tradicional como recurso de atención y prevención, lo cual aparece en el discurso, pero no en la práctica del sector salud, que sigue basado solamente en la atención biomédica, aunque la Ley General de Salud (2024) en sus reformas al artículo 6 y 93 publicada el 13 de febrero de 2018 promueva el uso de la medicina tradicional en México y además esté asentado en la Política Nacional de Medicina Tradicional Indígena Mexicana (2022). En su material más reciente, Menéndez (2023), da a conocer que mediante estudios etnográficos se observa una expansión biomédica y un declive de la medicina tradicional en los pueblos indígenas de México y Latinoamérica, marcada por un enfoque etnocentrista, racista y clasista por parte del personal de salud, basada en la relación previa de los pueblos originarios con la biomedicina, destacándose una violencia estructural y una hipermedicalización que lleva a la autoatención y desplaza la medicina tradicional, contrario a lo que debería ser una relación intercultural.

El modelo biomédico tiende a tratar al paciente como un “caso clínico” sin atender su contexto y se impone una práctica paternalista, donde la autoridad médica se percibe como incuestionable. Por su parte, Farmer (2004), refuerza esta crítica al destacar que el modelo biomédico tiende a naturalizar las desigualdades al tratar condiciones de salud como problemas individuales, ignorando los determinantes sociales estructurales que las originan o agravan.

Este modelo establece toda una estructura de poder, la violencia se ejerce en todas las escalas, inicia desde los altos niveles jerárquicos hacia los estudiantes del campo de la salud. En los resultados obtenidos por Derive y colaboradores (2018), se observó que el 84% de los residentes de medicina encuestados en el estado de México sufrió maltrato, principalmente psicológico mediante humillaciones, académico, mediante guardias de castigo y negación de enseñanza y maltrato físico mediante golpes, privación de la alimentación o de necesidades básicas, y como consecuencia reportaron burnout, depresión, ansiedad y mala atención a los pacientes, lo que refleja la cadena de violencia que afecta los derechos humanos y la dignidad de los estudiantes y por consiguiente, del paciente.

Esta revisión del modelo biomédico pone en evidencia sus límites al reducir la salud a parámetros biológicos, negando dimensiones sociales, culturales y éticas del sufrimiento humano.



Si bien los logros científicos en el área de la medicina son innegables, sus prácticas han contribuido por décadas a la exclusión de saberes, a relaciones verticales y a una atención despersonalizada. Estas condiciones, además de invisibilizar al sujeto, abren la puerta a dinámicas de violencia simbólica y estructural dentro del sistema sanitario, lo que se traduce en experiencias de atención donde el tiempo, el lenguaje técnico y la rigidez del sistema dificultan el reconocimiento del sufrimiento humano en su totalidad, especialmente en contextos de alta demanda y escasos recursos.

En el siguiente apartado se examina cómo estas prácticas se han institucionalizado y naturalizado, normalizando formas de violencia que afectan tanto a usuarios como al propio personal de salud.

Normalización de la violencia en contextos sanitarios

Según Fassin (2004), los sistemas de salud pueden constituirse en espacios donde se despliega una “violencia legítima”, entendida como el poder institucional de definir lo que se considera *cuidado*, *sufriimiento* o *urgencia*, sin considerar la experiencia subjetiva del paciente. Este tipo de violencia se ejerce mediante prácticas rutinarias, como la negación del dolor, la infantilización del paciente o el uso de lenguaje técnico excluyente que termina afectando la dignidad de las personas atendidas.

Estas prácticas que desvalorizan el saber del paciente también son una forma de violencia simbólica, que se refuerza durante la formación profesional, donde se prioriza y valora el conocimiento técnico por encima de las competencias éticas y culturales. Menéndez (2009) aporta una mirada crítica a las prácticas institucionales que, bajo la apariencia de cuidado, perpetúan estas formas de violencia simbólica y estructural. En su análisis detallado sobre racismos y esterilizaciones forzadas en México, evidencia cómo políticas de salud pública han realizado prácticas eugenésicas, justificando exclusiones y controles reproductivos sobre comunidades indígenas y pobres, sin reconocer el carácter coercitivo ni sus implicaciones ético-humanitarias, normalizándolas como conductas rutinarias de “protección poblacional”.

Dentro de sus investigaciones, Hernández (2018) afirma que en México las instituciones públicas de salud obligan a los individuos a luchar por sus derechos, se les condiciona a superar



obstáculos para poder alcanzarlos sin garantizar su obtención, y es un problema difícil de nombrar como *violencia*, ya que es muy sutil, y aunque no se ejerza con intención, el Estado no siempre implementa estrategias para su erradicación. Hace referencia a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre se Violencia, donde menciona que la violencia institucional está compuesta por los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen, dilaten, obstaculicen o impidan el goce y ejercicio de los Derechos Humanos de las mujeres. Otras instituciones no definen que provenga de servidores públicos, pero sí mencionan que puede causar sufrimiento físico y psicológico. Las instituciones públicas de salud, enmarcadas dentro de un conjunto de saberes ajenos a los usuarios, reproducen situaciones de dependencia y subordinación; además de esta relación asimétrica, que puede adquirir un sin fin de matices debido a la corrupción existente.

En gran parte de las instituciones de salud se observan múltiples expresiones de maltrato, desde largos tiempos de espera, falta de información, actitudes despectivas por el tipo de padecimiento, entre otras. Estas formas de violencia institucional sobre un agente social son parte del mismo sistema de dominación, domesticación y opresión, percibida como una realidad que forma parte de las fases previas a acceder a la atención médica como parte del quehacer médico y son estructuradas institucionalmente. En la medida en que se vive la violencia a la que son sometidos los médicos (y que también ellos ejercen), se van desplegando reacciones adaptativas, justificatorias y normalizantes que generan un adormecimiento de la conciencia ante la violencia interna, como efecto de las situaciones que moldean las emociones y los actos de los individuos que la ejercen. Uno de los procesos de normalización descansa en que no todos los actores involucrados consideran los mismos actos como violentos. Los hallazgos empíricos muestran que el proceso de educación profesional exige *formar un carácter*, que incluye incorporar formas de violencia como naturales, inevitables y necesarias, generando una ambivalencia sociológica que incorpora normas contradictorias, por ejemplo, sobresensibilidad al hostigamiento y la violencia ejercida hacia ellos a partir de un agente externo, lo que desestabiliza su posición de poder, y concomitantemente, el grado de tolerancia y normalización de la violencia que se ejerce interaccionalmente en el marco de relaciones estructuradas por jerarquías, como en el caso de la relación médico-paciente (Castro y Villanueva 2018).



A nivel estatal se acentúan problemas como la falta de personal sanitario, de equipos especializados o el mal funcionamiento de estos, la burocracia y la falta de camas. Se puede constatar la sumisión de las personas que solicitan el servicio, donde la espera se normaliza con resignación, aunque la Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, referente a la Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica indica que los pacientes no deberían permanecer en los servicios de urgencias más de 12 horas por causas atribuibles a la atención médica (Secretaría de Salud, 2013).

En las instituciones operan un conjunto de prácticas que pueden conceptualizarse como evidencias de una alienación del derecho a la salud, más bien, lo que se tiene es la sistemática implementación de un contra derecho, por lo que se puede observar que la violencia institucional que se ejerce en los servicios de salud, principalmente en el área de urgencias y opera por medio de tres categorías: la espera, la producción institucional de la sujeción y la alienación del derecho a la salud. En la espera es donde se observa una primera dimensión de la violencia institucional, dado que en el área de urgencias el tiempo es un factor crucial, por ello, la configuración de dicha espera y las formas de violencia y dominación se diferencian de otras esperas, marcada por la incertidumbre de los criterios de atención y la arbitrariedad de trámites cambiantes y burocráticos, se normaliza con resignación por falta de alternativas y se rompe aún sin atención por agotamiento emocional o por el peligro de la demora, buscando los medios para poder acudir a otra institución, aunque al final regrese al mismo servicio. La segunda dimensión de la violencia institucional es lo que se denomina la producción institucional de la sujeción, que son mecanismos, lógicas y prácticas por medio de los cuales se sujeta a los pacientes adentro y afuera del espacio. Como parte del personal asistencialista-burocrático se encuentra el personal de seguridad con el objetivo de controlar a las personas que demandan el servicio y a la vez cumple la función de legitimar el uso de la fuerza en caso de ser necesaria, con su presencia se busca generar efectos inhibitorios y de autorregulación en las personas, ya que no se limita a permanecer en silencio o hacer intervenciones puntuales, por el contrario, amenaza, regaña y reprime a los pacientes y familiares o en algunos casos es el encargado de otorgar o negar el acceso a los pacientes sin tener la capacidad para diferenciar adecuadamente una urgencia médica, generando una programación de obediencia y un quebrantamiento de la voluntad. Si bien los derechos humanos son inalienables y



la salud es un derecho humano, una tercera dimensión de violencia es la alienación del derecho a la salud, se tiene una sistemática implementación de un contraderecho, impera una lógica del *favor* antes que de derecho, hay una súplica por la atención y un agradecimiento si se atiende y difícilmente identifican la violencia y violación del derecho, justificando que se hace por falta de insumos o infraestructura inadecuada y nuevamente viven este tipo de experiencias en ocasiones posteriores por ser la única opción de atención, es decir, por atadura por exclusión (Bellamy y Castro, 2018).

Dentro del ambiente hospitalario, el personal de salud ejerce actitudes propias de una violencia institucional y las disfrazan de “actos necesarios para cuidar” y, por lo tanto, la asumen como “buenas prácticas”, desplazándolas del campo técnico-científico al aspecto ético-moral, justificándolo como requisito de la técnica, como si los actos de dominación y maltrato fueran parte necesaria del aspecto técnico-científico en las prácticas de los y las profesionales de la salud, afectando de forma negativa las condiciones de vida y de salud del paciente, lo que confirma la necesidad de superar los mitos de la ausencia de violencia en la atención sanitaria. Se debe mostrar la verdadera significación de violencia, no basta con identificar los instrumentos normativos con señalamiento de su existencia y en su caso de sanción, se requiere descubrirla en comportamientos y procesos técnicos funcionales propios de la institución y del personal de salud (Casas, Rodríguez y Jarillo, 2021).

Se sabe que la atención en salud no está exenta de complejidades, supone un proceso dinámico, secuencial y recursivo, que requiere de un trato humanizado que no siempre está presente a nivel micro o macro institucional, dando lugar a situaciones de conflicto carentes de empatía, comunicación efectiva, sentido de urgencia y responsabilidad ética que surgen por las barreras impuestas por la institución, el personal de salud o el usuario cuando se encuentra en una situación límite de estrés. Este tipo de situaciones vulneran la dignidad, ponen en evidencia la desigualdad de condiciones en los saberes técnicos y la jerarquía impuesta por los profesionales de la salud, lo cual amerita una nueva perspectiva asistencial, condiciones laborales impuestas en las instituciones para no afectar la práctica efectiva y assertiva que les facilite tomar conciencia y resguardo de su quehacer más allá de lo tecnocrático, salvaguardando la integridad de las personas mediante una reflexión ética y bioética que se concrete en acciones dirigidas hacia la protección de la vida, la práctica humanizada y la evaluación de la atención centrada en el paciente revelando



la calidad en el trato. Se debe vincular la institución en las dimensiones conceptuales, procedimentales y actitudinales, además de las propiamente físicas y administrativas, con sus respectivos equipos de salud y usuarios del sistema, a modo de un parteaguas que resguarde la integridad del trato humanizado entre unos y otros (Andreucci et al., 2024).

Para hablar de una atención humana en los diferentes escenarios del ámbito de la salud es importante contemplar las acciones de todos los servidores de la salud que participen en ellas, además de las instituciones prestadoras de servicio y las formadoras para plantear una política que desarrolle etapas previas al proceso de atención que se caractericen por procesos de concientización, información y adjudicación de conceptos y prácticas de salud, proponiendo un nuevo modelo de atención, resaltando el cuidado humano, la igualdad y equidad, obteniendo una atención humanizada como resultado del respeto como constructo de integridad, respeto por la vida, reconocimiento de la dignidad, y afirmando que dignificar, respetar, humanizar, y ser hospitalarios con el paciente es una acción de inclusión, solidaridad y justicia social (Pachas, 2023).

En conjunto, estas evidencias y análisis revelan que la violencia simbólica, estructural e institucional en la atención sanitaria no es un fenómeno accidental, sino una realidad sistémica que afecta tanto a pacientes como al personal de salud. El normalizar prácticas que deshumanizan al paciente y reproducen relaciones asimétricas de poder ha generado un modelo de atención que se centra en una eficiencia administrativa y técnica, que ha ido invisibilizando la dimensión humana del cuidado. En este contexto, es urgente impulsar una transformación del sistema de salud, que lleve a una atención verdaderamente digna y justa que solo puede lograrse mediante una perspectiva bioética, relacional y humanista, que reconozca al paciente como sujeto de derecho y no como objeto de intervención. Esta transformación no es una cuestión de mejora técnica o de calidad administrativa, sino un imperativo ético y político para avanzar hacia sistemas de salud que encarnen los principios de equidad, dignidad y justicia social.

Discusión

Para avanzar hacia una atención sanitaria verdaderamente humanizada, es necesario incorporar la perspectiva del paciente, especialmente en lo que respecta a la percepción de la calidad del trato interpersonal. Como plantean Avedis Donabedian (2005) y Byron Good (2004), la evaluación de



la calidad no debe limitarse a los aspectos técnico-administrativos, es necesario integrar las dimensiones sociales, éticas y simbólicas que van configurando la experiencia del paciente de manera positiva si se centra en la dignidad, el respeto y el reconocimiento del contexto.

En consonancia con este enfoque, la inclusión de materias con contenido de carácter social, ético y cultural en la formación profesional es indispensable para transformar las prácticas biomédicas hegemónicas. Estas prácticas, ampliamente documentadas por Menéndez, Good, Farmer, García y Villanueva, predominan actualmente en los entornos clínicos y educativos, perpetuando relaciones de poder, exclusión de saberes y deshumanización en el trato. La formación médica debe permitir a los futuros profesionales de la salud comprender el contexto integral de sus pacientes, trascendiendo el enfoque biológico que hoy limita la práctica médica.

Otro aspecto importante que no puede continuar siendo ignorado es la violencia que se ejerce hacia los estudiantes de las ciencias de la salud, que es a menudo normalizada como parte del proceso formativo y constituye el inicio de una cadena de maltrato que termina afectando directamente la calidad de la atención al paciente. Erradicar estas formas de violencia es clave para transformar la cultura institucional y profesional hacia una basada en la ética, la empatía y el respeto. La mala atención no es solamente un problema de recursos o de valores individuales, es la expresión de un sistema arraigado que normaliza prácticas deshumanizantes y reproduce estructuras de poder verticales.

Para lograr un cambio real, es necesario el compromiso de las instituciones y la implementación de estrategias y herramientas de evaluación desde la perspectiva del usuario, (tal como la ERSaPaCE descrita anteriormente) que permita captar la experiencia real del usuario inicialmente en el primer nivel de atención, ya que constituye el puente inicial entre la población y el sistema de salud. La información recabada con estas herramientas es crucial no solo para mejorar la atención inmediata, sino también para favorecer el apego al tratamiento, asegurar la continuidad del cuidado y construir una cultura de prevención.

Promover un modelo de atención que coloque al paciente en el centro de la atención, reconociendo su dignidad, su contexto y su historia, es un paso esencial para superar la violencia institucional normalizada y avanzar hacia un sistema de salud público más justo, humano y eficaz.



Cierre

La revisión de la literatura y la observación de la realidad en la atención sanitaria hacen evidente la necesidad urgente de visibilizar las múltiples formas de violencia estructural, simbólica e institucional presentes en el sistema de salud. Estas se perpetúan a través del modelo médico hegemónico, que sostiene una atención centrada en lo biológico, despersonalizada y basada en relaciones verticales de poder. Esta construcción de pensamiento y conductas normalizadas comienza desde la formación profesional, donde la violencia hacia los estudiantes normaliza prácticas que construyen el *habitus médico* y se reproducen en las instituciones de salud.

Frente a este panorama, es imprescindible transitar hacia un modelo de atención con un enfoque bioético y humanista, que reconozca la dignidad y subjetividad de cada persona, para ello, es necesario incluir contenidos éticos, sociales y culturales en los planes de estudio de los profesionales de las ciencias de la salud, así como la aplicación de herramientas como la ERSaPaCE, que permiten recuperar la voz del paciente y orientar mejoras factibles en el primer nivel de atención. Esta transformación no puede sólo limitarse a aspectos administrativos o técnicos, también requiere de una distribución equitativa de recursos y un compromiso institucional profundo. En última instancia, humanizar la atención en salud no es solo una necesidad operativa, sino un acto de justicia social.



Referencias

- Andreucci, A. P., Mellado, A., Vega, M. A. & León, C. (2024). Revisando conceptualmente la humanización y el trato digno en salud desde una perspectiva ética: una revisión sistemática de la literatura. *Acta Bioethica*, 30(2), 177–192. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2024000200177>
- Baeta, S.M.F. (2015). Cultura y Modelo biomédico: Reflexiones en el proceso de Salud-Enfermedad. *Revista Comunidad y Salud*. 13 (2), 81- 83. Recuperado de: https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1690-32932015000200011&script=sci_abstract&tlang=pt
- Bellamy, C. y Castro, R. B. C. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(1): 120-137. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/7621/6740>
- Bourdieu, P. (1998). La dominación masculina. Ed. Anagrama. Recuperado de: <http://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondiu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
- Cabello, E. & Chirinos, J.L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Medica Herediana*, 23(2), 88-95. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2012000200003
- Casas, D.; Rodríguez, A. & Jarillo, E. (2021). Violencia institucional en Salud, instituciones, profesionales y usuarios. *Rev. Salud y Bienestar Colectivo*. 2021; 5 (1): 32-52. Recuperado de: <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/download/119/113/293>
- Castro, R. Villanueva L. M. (2018). Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*, 36(108), 539–569. <https://doi.org/10.24201/ES.2018V36N108.1648>



CNDH. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2020). Mis derechos. Derecho a la salud.

Recuperado

de:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/100172/014_Dere_Salud.pdf

CNDH. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2021). CNDH dirige Recomendación al ISSSTE por inadecuada atención médica, que derivó en el fallecimiento de una persona, en el Hospital “Dr. Santiago Ramón y Cajal”, en Durango. Recuperado de: <https://www.cndh.org.mx/documento/cndh-dirige-recomendacion-al-issste-por-inadecuada-atencion-medica-que-derivo-en-el>

CNDH. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2022). CNDH solicita al IMMS reparación integral a familiar de persona adulta mayor que falleció debido a inadecuada atención médica en Sonora. Recuperado de:

https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2022-12/COM_2022_355.pdf

CNDH. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2025). Por omisiones en la atención médica y falta de tratamiento oportuno a un adulto mayor, CNDH emite Recomendación al IMSS en Michoacán. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2025-04/COM_2025_083.pdf

Derive, S.; Casas, M. M. D.; Obrador, V. G. T.; Villa, A. R., & Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. *Investigación en educación médica*, 7(26), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>

Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, 2005 (pp. 691–729) La calidad de la Atención Médica. Rev. Calidad Asistencial; 16:529-538. Recuperado de:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>

ENSANUT (2024). Calidad de la atención de los servicios de salud. Vol. 66 (4). Recomendaciones De Política Pública. Ensanut Continua 2020-2023 Recuperado de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15825>

Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: Hacia una antropología de la salud. Revista Colombiana de Antropología. Recuperado de:



https://www.researchgate.net/publication/42377298_Entre_las_politicas_de_lo_viviente_y_las_politicas_de_la_vida_Hacia_una_antropologia_de_la_salud

Farmer, P. (2004). Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor.

University of California Press. Recuperado de:

https://archive.org/stream/PathologiesOfPower-HealthHumanRightsAndTheNewWarOnThePoor/9.PaulFarmer-PathologiesOfPowerHealthHumanRightsTheNewWarOnThePoor_djvu.txt

Flores, H. S., Pérez, C. R., Dreser, M. A., Doubova, S. V., Díaz, P. S. P., Reyes, M. H. (2024). Calidad de la atención de los servicios de salud. *Salud Pública de México*, 66(4, jul-agosto), 571–580. <https://doi.org/10.21149/15825>

Foucault, M. (2004). El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica 1.^a ed., 1^a rimp.

Siglo XXI Editores. Recuperado de:

https://monoskop.org/images/9/96/Foucault_Michel_El_nacimiento_de_la_clinica.pdf

García, G.A.; Díaz, D.J.F. y Montiel, J.A.J. (2020). Validez y consistencia de una escala rápida de satisfacción del paciente de consulta externa. *Gaceta Médica de México*. 156(1), 47-52. Recuperado de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132020000100047

García H. H. & Alvear G. G. (2020). Violencia en la formación médica. Revista de la Facultad de Medicina (México), 63(2), 46-55. Epub 05 de marzo de 2021. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2020.63.2.07>

Gerónimo, C.R.; Guzmán, C.L.; Magaña, O.L. & Ramos, R.K.C. (2017). Calidad de servicio en la consulta externa de un centro de salud urbano de Tabasco. *Rev. Salud Quintana Roo*. 9 (35) 11-15. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=103150>

Good, Byron (2003)[1994]. Cómo construye la medicina su objeto. En Byron Good, Medicina, racionalidad y experiencia, Barcelona: Bellaterra, pp. 129-168

Hernández, G. J. (2018). La violencia institucional en México: Un acercamiento a las estrategias de resistencia de los ciudadanos en instituciones públicas de salud y de justicia. Controversias y Concurrencias Latinoamericanas. 10 (17) 187-198. Recuperado de: <https://ojs.sociologia-alas.org/index.php/CyC/article/view/76/79>



Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2022). Equidad en el acceso a los Servicios de Salud.

Recuperado de: <https://www.insp.mx/avisos/equidad-en-el-acceso-a-los-servicios-de-salud>

Jaramillo, J. P. C.; Fabara, N. V. G., & Falcón, M. G. R. (2020). Evaluación Calidad de Atención y Satisfacción del Usuario en Consulta Externa (Hospital General Docente Ambato). 593 *Digital Publisher CEIT, ISSN-e 2588-0705, Vol. 5, Nº. Extra 6-1, 2020, Págs. 4-23, 5(6), 4-23.* <https://doi.org/10.33386/593dp.2020.6-1.324>

Menéndez, E. L. (1990). El modelo médico hegemónico: estructura, función y crisis. En Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Alianza Editorial. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/713963435/MENENDEZ-E-1990-Cap-3-El-Modelo-Medico-Hegemonico-Estructura-funcion-y-crisis>

Menéndez, E. L. (2009). De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. *Salud Colectiva*, 5(2), 155–179. Recuperado de: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/258>

Menéndez, E.L. (2020). Modelo Médico Hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud colectiva. Recuperado de: <https://scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2615/es>

Menéndez, E. L. (2022). From the pragmatic use of traditional medicine by the health sector to the ideological exclusion of anthropological perspectives: the case of Mexico (1930-2022). *Salud Colectiva*, 18. <https://doi.org/10.18294/SC.2022.4051>

Menéndez, E.L. (2023). De omisiones especializadas: la biomedicina como parte intrínseca de la vida de los pueblos originarios. Rev. Salud Colectiva. Vol. 19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/journal/731/73174906007/73174906007.pdf>

Montiel, L. (2004). Derecho a la Salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria. Rev. IIDH. Vol. 40(1)291-313. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tabcas/r08064-9.pdf>

OMS. Organización Mundial de la Salud (2017). Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings>



OMS. Organización Mundial de la Salud. (2024). Constitución. Salud. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Pachas, C. Y. (2023). La humanización en salud para promover la descentralización en los centros de salud. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v2i10.3546>

Parra, D. la, y Tortosa, J. M. (2003). Violencia Estructural: una ilustración del concepto. *Documentación social* 131 (3) 57-73. REcuperado de:
<https://www.ugr.es/~fentrena/Violen.pdf>

Pineda R. M. I (2017). Traducción comentada de la obra de Johan Galtung. *Violencia, Paz e investigación sobre la paz.* Recuperado de:
<https://bibliotecadigital.univalle.edu.co/entities/publication/c9360b02-501b-4c98-a4f5-b3035851be16>

Política Nacional de Medicina Tradicional Indígena Mexicana. (2022). Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://share.google/zqSvB8SO4Q5MgjAON>

Secretaría de Salud. (2013). *NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Para la organización y funcionamiento de los servicios de atención médica.* Recuperado de:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/512073/NOM-027-SSA3-2013.pdf>

Secretaría de Salud. (2024). Ley general de Salud. Recuperado de:
<https://share.google/e4Yu0FdSQHBvlOzw4>

Silberman, M; Granados, C.J.A; Delgado, C.I. y López, O.V. (2010). Calidad de la atención en salud: El modelo de Avedis Donabedian. *El sistema integral de calidad en Salud* (1) 23-34. Recuperado de:
<https://uniclanet.unicla.edu.mx/assets/contenidos/288020230831232508.pdf>

Villanueva, M. (2023). Ser paciente como categoría límite de la galenidad: un análisis relational a la deshumanización de la medicina. *En-claves del pensamiento*, 17(33), e608. Recuperado de:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2023000100209

Zavaleta Betancourt, José Alfredo. (2018). Elementos para la construcción del concepto de campo de la violencia. *Sociológica* (México), 33(93), 151-179. Recuperado de:



[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732018000100151&lng=es&tlang=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732018000100151&lng=es&tlang=es)