



Violencia estructural: análisis de concepto y aplicación en la población con psoriasis y artritis psoriásica

Structural violence: concept analysis and application in the population with psoriasis and psoriatic arthritis

Autores: Luis M. Miranda-Martínez* (1); Noemy Díaz-Ramos (2).

* **Dirección de contacto:** luis.miranda@upr.edu

RN, MSN. Maestría en Ciencias en Enfermería. Enfermero especialista en Familia y Comunidad. Estudiante Doctoral, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Universidad de Puerto Rico (San Juan, Puerto Rico).

Resumen

Objetivos. Analizar el concepto de violencia estructural para conocer cómo ha sido estudiado y utilizado en la literatura académica. Se buscó sintetizar las distintas definiciones, evaluar la viabilidad de su operacionalización, delimitar sus atributos frente a nociones cercanas como los determinantes sociales de la salud y aplicar el concepto a la población con psoriasis y artritis psoriásica. **Metodología.** Se empleó el método de análisis de concepto propuesto por Walker y Avant que incluye ocho pasos sistemáticos. La búsqueda bibliográfica se realizó en febrero y junio de 2024 en bases de datos como Medline, PsycInfo, CINAHL, Sociology Source Ultimate, SciELO y otras. De 1,559 registros iniciales, tras cribado y criterios de inclusión, se seleccionaron 26 artículos representativos de distintas disciplinas, regiones y temas. **Resultados.** El análisis permitió identificar tres atributos definitorios de la violencia estructural: inequidad, indirecta y normalizada. Se reconocieron como antecedentes los determinantes estructurales de las inequidades en salud y, como consecuencia principal, la limitación del potencial humano. Esta última manifestada por mayor morbilidad, mortalidad y menor calidad de vida. Además, se resaltó la falta de consenso en su definición operacional y la necesidad de indicadores empíricos aplicables más allá de las escalas demográficas. **Discusión.** La clarificación conceptual de la violencia estructural ofrece un marco sólido para el estudio de las inequidades en salud. Respecto a los pacientes con psoriasis y artritis psoriásica, su aplicación permite evidenciar barreras estructurales de acceso a tratamiento y orientar investigaciones e intervenciones en política pública para transformar las estructuras que reproducen dichas inequidades.

Palabras clave

Violencia estructural, Inequidades en salud, Determinantes sociales de la salud, Psoriasis, Artritis Psoriásica.

Abstract

Objectives. To analyze the concept of structural violence and examine how it has been studied and applied in academic literature. The aim was to synthesize definitions, assess the feasibility of its operationalization, distinguish it from related notions such as social determinants of health, and apply it to populations with psoriasis and psoriatic arthritis. **Methodology.** The concept analysis method proposed by Walker y Avant was employed, following eight systematic steps. A literature search was conducted in February and June 2024 across Medline, PsycInfo, CINAHL, Sociology Source Ultimate, SciELO, and other databases. From 1,559 initial records, 26 representative articles were selected after screening and applying inclusion criteria, encompassing diverse disciplines, regions, and topics. **Results.** The analysis identified three defining attributes of structural violence: inequitable, indirect, and normalized. Structural determinants of health inequities were recognized as antecedents, while the main consequence was the limitation of human potential reflected in higher morbidity, mortality, and lower quality of life. The review also revealed a lack of consensus in operational definitions and the need for empirically measurable indicators beyond demographic scales. **Discussion.** Clarifying the concept of structural violence provides a strong framework for analyzing health inequities. In patients with psoriasis and psoriatic arthritis, its application exposes systemic barriers to care and treatment. Understanding these dynamics supports the development of research and public policy interventions aimed at transforming structural conditions that perpetuate inequities in access and health outcomes.

Keywords

Structural violence, Health inequities, Social determinants of health, Psoriasis, Psoriatic arthritis.

INTRODUCCIÓN

El concepto de violencia estructural ha sido utilizado como un marco o lente explicativo para entender cómo las inequidades sociales, económicas y políticas generan daños en la vida y el potencial humano (1). Galtung (2) lo introdujo en sus estudios sobre la paz, describiéndolo como una forma de violencia “silenciosa” e “integrada en las estructuras” que produce oportunidades de vida desiguales. Desde entonces, el término ha sido retomado y ampliado por investigadores en la medicina antropológica, las ciencias sociales, salud pública, así como en enfermería y otras ciencias de la salud. Farmer y sus colaboradores (3), por ejemplo, lo definieron como aquellos “arreglos sociales” que, inmersos en la organización política y económica, ponen en riesgo a las poblaciones al causarles daño. Otros autores la han vinculado con la estratificación social y la insatisfacción de las necesidades humanas básicas (4). También la relacionan con la inequidad en el acceso a los servicios de salud y los determinantes sociales (5-7).

Por otro lado, y pese a su relevancia, De Maio y Ansell (1) señalan que el concepto ha sido utilizado de manera diversa e imprecisa. Ellos añaden que carece de una definición operacional, lo que dificulta su medición y comparación en distintos contextos. Esta falta de precisión teórica y consistencia en su aplicación sustentan la necesidad de analizar el concepto sistemáticamente. Lo cual posibilita sintetizar sus definiciones y delimitar sus atributos. De modo que se pueda distinguir de nociones cercanas, como los determinantes sociales de la salud.

Tomando en consideración lo antes planteado, el presente trabajo tiene como objetivo conocer cómo se ha estudiado y utilizado el concepto de violencia estructural en la investigación académica. También, se pretende sintetizar las distintas definiciones existentes, evaluar su viabilidad para ser operacionalizado, y establecer sus límites respecto a concepciones similares. Además, busca aplicar este concepto a la población de pacientes con psoriasis y artritis psoriásica. Enfermedades cuyos tratamientos son altamente especializados y costosos. En las cuales las inequidades en el acceso al cuidado representan un campo fértil para explorar las manifestaciones de violencia estructural.

MATERIAL Y MÉTODOS

El análisis de concepto se llevó a cabo utilizando el método de Walker y Avant (8). Este es una modificación del procedimiento desarrollado por Wilson (9). Ellos redujeron los pasos del análisis de once a ocho, según se enumeran a continuación.

1. Selección del concepto
2. Establecer el propósito del análisis
3. Identificar usos del concepto
4. Determinar los atributos definitorios
5. Identificar un caso modelo
6. Identificar casos adicionales (límite, relacionado, contrario, inventado, ilegítimo)
7. Identificar los antecedentes y consecuencias.
8. Definir los referentes empíricos.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de literatura en febrero de 2024, y fue repetida en junio del mismo año. La cual estaba dirigida a artículos académicos relacionados con el concepto de “violencia estructural”. La búsqueda se llevó a cabo en las siguientes bases de datos: Medline, APA PsycInfo, CINAHL, Sociology Source Ultimate, Psychology and Behavioral Sciences Collection y SciELO. Los términos y operadores Booleanos utilizados en la búsqueda, en español e inglés, fueron:

1. Español

- a) violencia estructural AND inequidad OR disparidad

2. Inglés

- b) structural violence AND inequit* OR inequalit* OR disparit*

La búsqueda bibliográfica se realizó aplicando los filtros detallados en la [Tabla 1](#). Posteriormente, durante el proceso de selección, el conjunto de artículos fue evaluado para eliminar los duplicados y los publicados en revistas no revisadas por pares. Luego se revisaron los resúmenes y se descartaron aquellos en los que la violencia estructural no era un tema central. Tampoco se consideraron aquellos en los cuales no se discutía la relación entre la violencia estructural y la salud. Así como aquellos cuyo texto completo no estaba disponible en inglés o español. Además, mediante la búsqueda de citas se identificó el artículo en el que se discute por primera vez el concepto de violencia estructural.

Base de datos	Filtros aplicados
Medline	texto completo; fecha de publicación: 2000 - 2024
APA PsycInfo	revistas académicas; texto completo; fecha de publicación: 2000 - 2024
CINAHL	revistas académicas; texto completo; fecha de publicación: 2000 - 2024
Sociology Source Ultimate	revistas académicas; texto completo; fecha de publicación: 2000 - 2024
Psychology and Behavioral Sciences Collection	revistas académicas; texto completo; fecha de publicación: 2000 - 2024
SciELO	citables; artículo

Nota. Elaboración propia, identificación de los filtros utilizados en cada base de datos.

Tabla 1. Filtros Aplicados en la Búsqueda Bibliográfica.

Las publicaciones evaluadas para ser incluidas en el análisis fueron clasificadas de acuerdo con el lugar de la investigación (norte o sur global), disciplina académica de sus autores (enfermería, ciencias sociales, medicina o salud pública), y el tema que se pretende explicar desde la violencia estructural (clases sociales y pobreza, inequidad de género, sistema de salud y acceso al cuidado, inmigrantes y racismo, inequidades en pacientes con HIV). Estas categorías surgen del primer artículo evaluado, que detalla el desarrollo y uso del concepto desde su origen hasta la actualidad (1). La selección de los demás artículos se determinó por un proceso de tres pasos. Primeramente, se utilizó muestreo teórico para cubrir cada una de las categorías identificadas. Luego, a través de la comparación constante, se registraron las propiedades y dimensiones que se

repetían en las distintas publicaciones. Finalizando con la codificación de los antecedentes, atributos, consecuencias y referentes empíricos del concepto. Una vez alcanzada la saturación conceptual no se incluyeron más artículos en el análisis (11).

RESULTADOS

Los resultados de la búsqueda bibliográfica se detallan en la **Figura 1**. Los artículos seleccionados para el análisis de concepto se distribuyeron, de acuerdo con las categorías identificadas, según se resume en la **Tabla 2**. El análisis permitió la identificación de las definiciones y usos de la violencia estructural. Además, produjo los antecedentes, atributos, consecuencias y referentes empíricos del concepto que se describen a continuación.

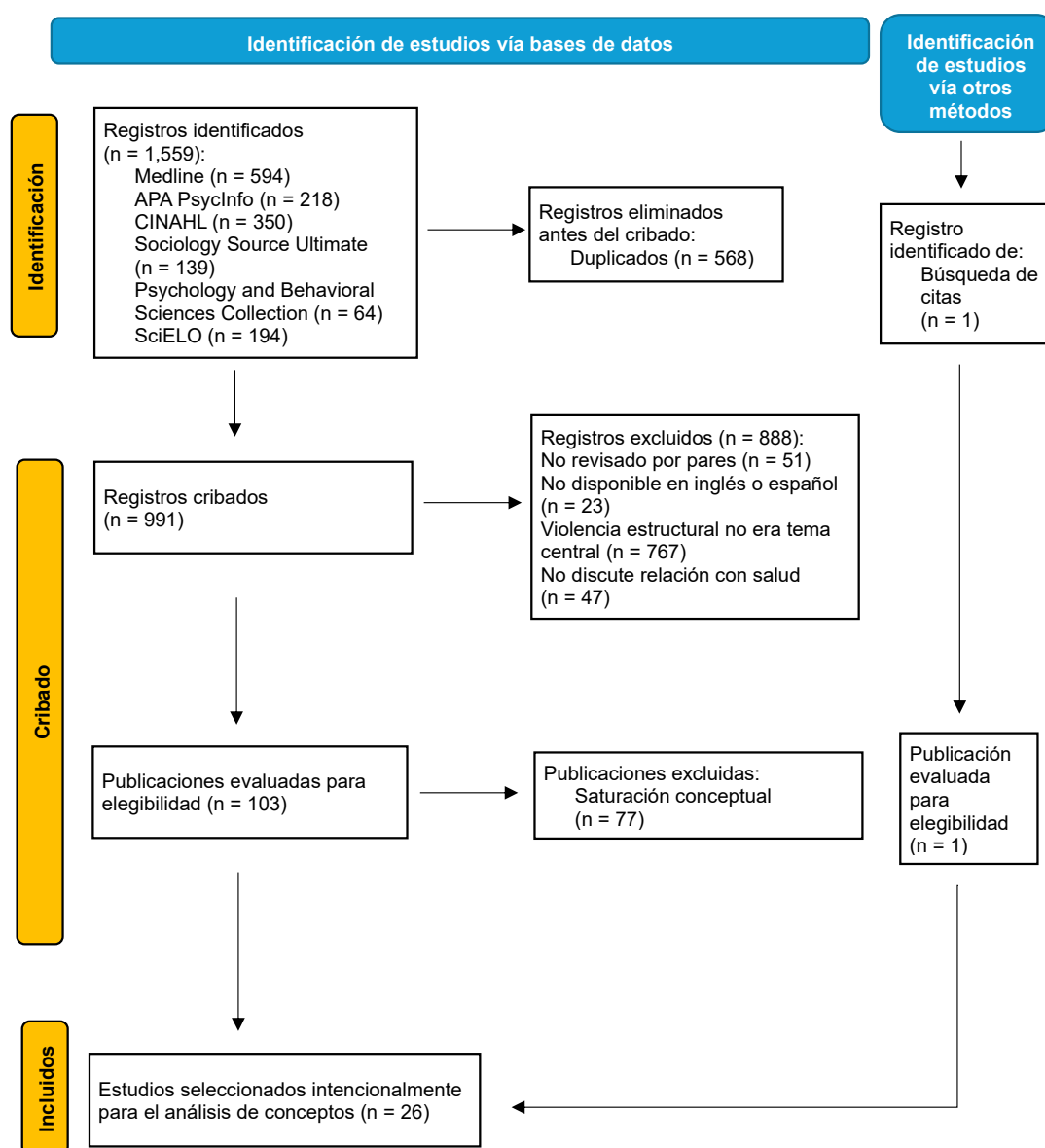


Figura 1. Diagrama de Flujo PRISMA (10).

Categorías de clasificación		Número de artículos
Región	Norte global	14
	Sur global	12
Disciplina académica	Enfermería	2
	Ciencias Sociales	11
	Medicina Antropológica	8
	Salud Pública	4
	Otras Profesiones de la Salud	1
Tema	Clases sociales y pobreza	4
	Inequidad de género	4
	Sistema de salud y acceso al cuidado	2
	Inmigrantes	5
	Racismo	5
	Inequidades en VIH	3

Nota. Elaboración propia, clasificación de artículos seleccionados según la región, disciplina académica y tema.

Tabla 2. Clasificación de Artículos.

Definiciones y Usos del Concepto

Johan Galtung, en sus estudios sobre la paz, es quien expone por primera vez sobre la violencia estructural. Aunque este no la define puntualmente, sí la describe conforme explica las distinciones respecto a la violencia. El sociólogo especifica que es:

Violencia donde no hay un sujeto (persona) que actúa... Está integrada en la estructura y se muestra como un poder desigual y, en consecuencia, como oportunidades de vida desiguales... La violencia estructural es silenciosa, no se muestra – es esencialmente estática... Puede verse como algo natural como el aire que nos rodea... La fórmula general detrás de la violencia estructural es la desigualdad, sobre todo en la distribución del poder (2).

A su vez, el antropólogo y médico estadounidense Paul Farmer, retomó el concepto desde finales del siglo 20. Este detalló que la violencia estructural es una descripción de los “arreglos sociales que ponen a los individuos y a las poblaciones en peligro”. Los acuerdos son estructurales porque están inmersos en la organización política y económica de nuestro mundo social; son violentos porque causan daño a las personas” (3). Por su parte, La Parra-Casado

y Tortosa-Blanco (4) reseñaron que la violencia estructural “produce un daño en la satisfacción de las necesidades humanas básicas (supervivencia, bienestar, identidad o libertad) como resultado de los procesos de estratificación social”. Para otros autores, de manera similar, es una violencia indirecta ejercida por las estructuras sociales que afecta, además de la satisfacción de las necesidades básicas, el desarrollo del potencial humano (5-7,12).

Todas las reinterpretaciones, citadas en el párrafo anterior, evocan de alguna manera características que fueron consideradas y explicadas por Galtung (2). No obstante, en todos los artículos de investigación incluidos en el análisis, la violencia estructural fue utilizada como lente o marco conceptual. Sin consistencia entre ellos respecto a su descripción, porque cada uno ha expuesto los elementos del concepto que entiende pertinentes a su trabajo. Lo que explica los alegatos que exponen De Maio y Ansell (1) sobre la falta de “precisión teórica” y “definición operacional”. Pues, como ellos plantean, los investigadores solo lo han utilizado como “concepto explicativo”. Por tanto, se propone la definición incluida en la **Tabla 3**, que sintetiza las ideas planteadas por los distintos autores.

Definición			
La violencia estructural son arreglos, procesos y acciones injustas ejercidas de manera indirecta a través de las estructuras e instituciones sociales. Esta se manifiesta como inequidades normalizadas, que limitan al ser humano de alcanzar su máximo potencial.			
Atributos	Antecedentes	Consecuencias	Indicador Empírico
• Inequidad • Indirecta • Normalizada	Determinantes estructurales de las inequidades en salud	Limitación del potencial humano	• Diferencia entre la esperanza de vida potencial y real • Desigualdad

Nota. Elaboración propia a partir de la literatura revisada en el análisis de concepto.

Tabla 3. Resumen de los Hallazgos del Análisis de Concepto.

Los Atributos Definitorios

La síntesis presentada en la **Tabla 3** incluye las características descritas reiteradamente en la literatura. De acuerdo con Walker y Avant (8) estos son los atributos que delimitan la esencia de un concepto y lo hacen particular en comparación con otros. No obstante, delimitar los atributos va más allá de compendiar los hallazgos en la literatura. Se trata de examinar lo que los autores presentan, y compararlo considerando los significados de las cualidades que ellos le asignan al concepto. Esto orientó el análisis que se presenta a continuación sobre los atributos de la violencia estructural.

Primeramente, merece resaltarse que la mayoría de las publicaciones revisadas coinciden en identificar la desigualdad como elemento central y definitorio en el concepto estudiado (1-3, 5-7, 12-27). Sin embargo, en quince de los artículos mencionan indistintamente los términos desigualdad e inequidad (1, 6, 12-19, 21-25, 27). La desigualdad es un concepto más general y abarcador, pues se refiere a todo tipo de diferencias entre personas, grupos o comunidades. Mientras que las inequidades son desigualdades de carácter evitable e injusto (28, 29). Galtung (2), en sus descripciones de la violencia estructural, establece sinonimia entre los términos desigualdad e injusticia social. Por ende, sin mencionarlo, hace referencia a las inequidades. Así pues, en este contexto, se prefiere la utilización del concepto inequidad sobre desigualdad. De hecho, es la inequidad, y no la desigualdad, el elemento determinante de la violencia estructural.

Por otro lado, sobresale la percepción de la violencia estructural como fenómeno indirecto y normalizado (1-3, 5-7, 13-15, 17, 20, 21, 25, 30, 31). Aunque varios autores resaltan su carácter invisible (1, 3, 5-7, 17, 18, 25), este se entiende como secundario a su realidad indirecta y normalizada. De igual manera, algunos estudios la describen como “evitable” (1, 2, 7, 15). Sin embargo, esta cualidad está implícita en el concepto de inequidad, ya que las inequidades son desigualdades injustas y prevenibles. En otras palabras, si existen mejores oportunidades, entonces

las desigualdades son prevenibles. Por tanto, la violencia estructural se caracteriza por tres atributos definitorios: inequidad, indirecta y normalizada.

Inequidad

La inequidad, según antes descrito, es el atributo definitorio de la violencia estructural. Esta, como se mencionó, es un tipo de desigualdad. “El valor central para definir una desigualdad como inequidad es la justicia, de manera que la inequidad es una desigualdad considerada injusta” (32). Lo que le distingue de aquellas desigualdades que son mayormente inevitables. Arcaya y colaboradores (28) lo ejemplifican con las diferencias en la salud de jóvenes y viejos, cuya causa es principalmente biológica y no producto de una injusticia social. Otro ejemplo es la desemejanza en la incidencia de enfermedades autoinmunes entre los sexos biológicos, como la esclerosis múltiple, que es tres veces mayor en mujeres que en hombres (33). Esta tampoco puede catalogarse como inequidad, dado que es una desigualdad inevitable y no de naturaleza injusta. Pues se teoriza que su posible etiología es el efecto de los cromosomas sexuales y una mayor susceptibilidad del sistema inmunológico de las mujeres (34).

Lo planteado en el párrafo anterior define la inequidad, haciendo la distinción entre esta y el concepto general de desigualdad. De modo que se puede relacionar la inequidad con la definición de violencia ofrecida por Galtung. El sociólogo dice que la violencia causa una diferencia entre el potencial humano y su realidad actual (2). Si esa diferencia (desigualdad) puede evitarse, entonces es injusta y, por definición, una inequidad. Por ende, las inequidades son violentas porque limitan el potencial humano.

Algunos autores son más específicos al detallar ciertas formas de trato desigual como la marginación, opresión y explotación (3, 5, 6, 14, 15, 17, 25, 26, 30). Incluso, Bannerjee y colaboradores (5) establecen que la explotación y la marginación son arquetipos de la violencia estructural.

No obstante, es preciso aclarar que Galtung (2) pide evitar el uso del término explotación. Él explica que “explotar” es propio de una violencia más personal que estructural, y, por tanto, de naturaleza directa e intencional. Esto es importante pues le distancia del carácter indirecto que se explica a continuación.

Indirecta y Normalizada

El análisis anterior pareciera indicar que la violencia estructural es otra forma de nombrar las inequidades. No obstante, esta conclusión perdería de perspectiva los otros dos atributos: indirecta y normalizada. Cuando Page-Reeves et al. (14) y Khenti (13) hablan, respectivamente, de desigualdades institucionalizadas y sociales, señalan una violencia que se gesta en las estructuras de la sociedad. Entonces especifican implícitamente que es indirecta, porque no se puede identificar un sujeto que la ejecuta (2). Inclusive, cuando De Maio y Ansell (1) citan a Galtung describiéndola como silente, insinúan lo mismo. Por cierto, otros autores mencionan explícitamente el carácter indirecto como parte de su definición de la violencia estructural (2,5,6,15). En este sentido, aunque podamos señalar personas que ejercen el poder y toman decisiones, la violencia no se origina en ellas, sino en las estructuras sociales que condicionan y reproducen dichas decisiones.

Por otra parte, la violencia estructural es percibida como natural (1). “Tan natural como el aire que nos rodea”, decía Galtung (2). Lo cual constituye evidencia de que ha sido normalizada en las instituciones sociales (3, 5, 6). Siendo “aceptada de manera rutinaria” (7), provocando que las personas utilicen “estrategias de aquiescencia” para “balancear sus necesidades con las realidades” (14). Lee (7) menciona que es “mayormente oculta”. Pero Hamed y colaboradores (6) aclaran que la “invisibilidad no es porque esté oculta” sino que “es difícil de percibir porque está justo ante nuestros ojos”. Esto último es principalmente importante, pues se normaliza al reproducirse frente a nosotros reiteradamente. Estableciendo la relación entre invisible, naturalizada e indirecta. La violencia estructural se vuelve invisible porque ha sido normalizada al ejercerse de forma indirecta y reiterada en las instituciones y estructuras de poder.

Lo explicado al final del párrafo anterior, sobre las cualidades de indirecta y normalizada, nos lleva a cuestionarnos, ¿por qué no sintetizarlas bajo el atributo invisible dado su estrecho vínculo? A pesar de que la idea seduce, no es plausible debido a sus singularidades dentro del concepto. Dado que se entiende como indirecta porque no hay un actor identificable que la ejerce (2), y normalizada “a través de la repetición” (6). Además, el término invisible es secundario a la presencia de los dos atributos mencionados. Por lo tanto, resulta más general y ambiguo. Para ejemplificar, si nos referimos a una inequidad que se torna invisible en las instituciones sociales, se es menos específico. Mientras, una inequidad indirecta y normalizada en las estructuras sociales añade mayor nivel de detalle. Pues explica lo que la hace invisible.

Antecedentes del concepto

Los antecedentes, de acuerdo con Walker y Avant (8), es todo aquello que precede la ocurrencia del concepto analizado. En otras palabras, son la etiología del concepto. Así pues, su identificación nos ayuda a establecer intervenciones de prevención primaria respecto al fenómeno de estudio. Por esta razón, se precisó reconocer qué describían los autores como causante de las inequidades. De acuerdo con la literatura revisada, podríamos resumir que los sistemas de estratificación social y las dinámicas de poder generan un desequilibrio en los procesos y fuerzas sociales y económicas (1-3, 5-7, 12-15, 27, 35). Es decir, las condiciones de vida de las personas son un precursor de la inequidad. Por consiguiente, el hablar de condiciones de vida nos lleva a considerar los determinantes sociales como antecedentes de la violencia estructural.

Determinantes estructurales de las inequidades en salud

Los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (36). Esto, por definición, implica que los determinantes sociales de la salud anteceden la violencia estructural. Pues establecen diferencias evitables entre los distintos grupos de la sociedad, que limitan el potencial humano. Entiéndase por ellos las peculiaridades socioeconómicas respecto a la educación, ocupación, ingresos, género, raza, edad, entre otros (37). Además de determinantes como el contexto psicosocial, los sistemas de salud, etc.

El modelo conceptual desarrollado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) los divide en estructurales e intermediarios (37). “Los determinantes estructurales son aquellos que generan o refuerzan la estratificación en la sociedad y que definen la posición socioeconómica individual” (37). Mientras que los determinantes intermediarios son la vía a través de la cual se articulan los estructurales. Por tanto, son los determinantes estructurales los que causan y, por consiguiente, anteceden a la violencia estructural. A su vez, ellos se subdividen en el contexto socioeconómico y político y la posición socioeconómica o estratificación social (38).

El contexto se refiere a los mecanismos sociopolíticos, como la cultura, los valores y las políticas públicas y macroeconómicas, en la gobernanza de las sociedades. Esto precisa cómo se configuran los sistemas de educación y salud, el mercado laboral, la vivienda, así como otras políticas que delimitan la posición socioeconómica (37,38). Es decir, la estratificación social, según ingresos, género, etnia, nivel de educación, ocupación, entre otros, se articula en el contexto socioeconómico y político (38). Lo que limita el acceso de algunos al poder y a los recursos, provocando desigualdades en la salud de naturaleza injusta. Por ello, estos factores se denominan determinantes estructurales de las inequidades en salud. Y, al provocar inequidades, anteceden a la violencia estructural, como se explicó anteriormente.

Consecuencias

Los hechos o circunstancias que resultan de la ocurrencia del concepto se le conoce como consecuencias (8). Su identificación es esencial no solo para comprender el concepto, sino también para justificar el desarrollo de investigaciones e intervenciones destinadas a mitigarlo. A continuación, se detallan los efectos de la violencia estructural y cómo se comprenden en el marco de la limitación del potencial humano.

Limitación del potencial humano

La literatura indica que la violencia estructural repercute negativamente en la calidad de vida, aumentando la morbilidad y mortalidad de quienes la sufren (1, 3, 6, 7, 12, 15). Además del deterioro de la salud física, se han reportado efectos en la salud mental como, por ejemplo, miedo, estrés, ansiedad y sufrimiento (6, 13-15). No obstante, la mayoría de los autores mencionan el efecto limitante en las oportunidades y el potencial humano (1-3, 5, 12, 14). Galtung (2) explica que este efecto se materializa porque “el nivel de realización potencial es mayor que el nivel actual”. Las personas, en ausencia de inequidad, podrían tener un mejor acceso a los servicios. Entonces tendrían una mejor salud física y mental, así como una mayor calidad de vida y agencia personal. Por tanto, la limitación del potencial humano es una consecuencia abarcadora. Razón por la cual se engloban en ella los resultados o consecuencias planteados en los artículos revisados, tales como el efecto negativo en la salud física y mental, así como en la calidad de vida.

Por otra parte, Page-Reeves y colaboradores (14) mencionan que la violencia estructural provoca que se desarrollen estrategias o conductas de aquiescencia. Sin embargo, no se incluyen como consecuencia, ya que no siempre se expresan. Incluso la respuesta podría ser inversa. Dado que existe la posibilidad de que alguien no presente conformidad, sino resistencia. Así pues, la aquiescencia parecería describir la actitud de las personas ante la violencia estructural o ante la falta de conciencia de su existencia, más que una consecuencia de esta.

Indicadores o referentes empíricos

Los primeros acercamientos empíricos sobre la violencia estructural fueron realizados, entre 1971 y 1979, por el propio Galtung y otros investigadores como Høivik, Köhler y Alcock (39). Ellos planteaban que la violencia estructural podría calcularse como la diferencia entre la esperanza de vida potencial y la actual de una población determinada, y sugerían varios modelos matemáticos. De hecho, Høivik nombró su fórmula como el Índice de Violencia Estructural. No obstante, dada la estadística utilizada, su uso se limita a una escala demográfica (39). Lo que le hace perder utilidad para medir el concepto en comunidades más pequeñas o específicas.

Por otro lado, De Maio y Ansell (1) traen la idea de utilizar el Índice de Concentración en los Extremos (ICE) como referente empírico de la violencia estructural. El ICE

“cuantifica el grado en que los residentes de una comunidad se concentran en los extremos de las distribuciones” (40). Los autores establecen que, a pesar de que el ICE no es una medida cabal del concepto, su capacidad predictiva de las desigualdades ofrece una buena aproximación. Ellos explican que la fórmula puede ajustarse para considerar la distribución de distintas variables. Esto le confiere mayor versatilidad que los modelos antes propuestos. Adicional, a diferencia del Índice Gini, comúnmente utilizado para medir desigualdad, no presenta problemas de multicolinealidad al medir la desigualdad a nivel comunitario (1).

DISCUSIÓN

El concepto de violencia estructural, según lo analizado, provee un marco teórico valioso para el estudio de las inequidades en salud. Pues establece que el acceso desigual a los cuidados limita el alcance del máximo potencial humano. Además, identifica los determinantes estructurales como antecedentes de estas inequidades. Lo que permite desarrollar objetivos de investigación, que estudien la violencia estructural manifiesta en las comunidades de pacientes con enfermedades crónicas. Particularmente en aquellas, como la psoriasis y artritis psoriásica, cuyos tratamientos son especializados y costosos.

Actualmente, para los pacientes que padecen psoriasis y artritis psoriásica, es viable alcanzar el control absoluto de la enfermedad. Por tanto, la remisión es el referente del máximo potencial para esta población. No obstante, la literatura plantea un problema de acceso al cuidado (41-46). Lo que limita sus posibilidades de controlar la enfermedad. A continuación, se aplican los resultados del análisis de concepto trayendo como ejemplos un caso modelo y un caso contrario. Estos ilustran qué es, y no es, violencia estructural en la población de pacientes con psoriasis y/o artritis psoriásica.

Caso Modelo

El caso modelo debe incluir todos los atributos del concepto identificados en el análisis (8). A continuación, se incluye un caso ejemplar:

Daniel fue diagnosticado con psoriasis hace 5 años. Este ha recibido tratamiento con el medicamento Humira®, porque la severidad de la condición requería terapia sistémica. Luego de varios años, Daniel comienza a experimentar una pérdida de respuesta a la terapia. Al visitar a su dermatólogo, le indican que su cobertura de salud solo incluye Humira® y otros medicamentos con el mismo mecanismo de acción. El médico le dice: “Te voy a recetar otro medicamento a ver qué pasa, pero probablemente no lo apruebe tu cubierta de salud porque no está en el formulario. Me ha pasado con todos los pacientes con tu misma cubierta”. Luego le provee muestras del medicamento, pero le indica que no las tiene disponibles con regularidad. Daniel verbaliza: “Al menos algo me hará mientras pueda. Utilizo crema tópica para reducir los síntomas cuando se presentan. Total, esto no es nuevo para mí. Yo sé que tendré que lidiar con ella el resto de mi vida”.

Este caso modelo evidencia los tres atributos de la violencia estructural. Daniel sufre de inequidad en el acceso a tratamiento para su condición, ya que su cobertura de salud le limita la adherencia al tratamiento y, por ende, el control de su enfermedad. Además, esta violencia es indirecta, pues es producto de las guías y la reglamentación del sistema de salud. Es decir, no hay un actor en particular. Finalmente, las verbalizaciones del médico y del paciente demuestran que la violencia ha sido normalizada, pues es una situación que se repite en todas las personas con su misma realidad. En consecuencia, se aprecia la conducta de consentimiento y conformidad.

Caso Contrario

Por otro lado, un caso contrario es aquel que carece de todos los atributos del concepto. El siguiente ejemplo es lo opuesto a la violencia estructural:

Daniel fue diagnosticado con artritis psoriásica severa hace 5 años. Este ya había sido tratado previamente con los medicamentos Humira®, Stelara®, Taltz®, Xeljanz® y Skyrizi®. Sin embargo, ha desarrollado pérdida de eficacia con cada uno de ellos. Su reumatólogo le indica que su plan de salud puede cubrir el tratamiento con Rinvoq®. Pero este medicamento pertenece a la misma familia que Xeljanz®. Le explica: “Vamos a seguir

intentando. Aunque son de la misma familia, el mecanismo de acción no es del todo idéntico y podría funcionar. Es de los últimos aprobados para tu enfermedad.” Daniel estuvo de acuerdo y mantiene la esperanza de que pueda estabilizarse con este medicamento.

Esto es un ejemplo de un caso contrario, porque la falta de un tratamiento efectivo para el paciente no se debe a la falta de acceso, sino a su artritis psoriásica refractaria. Este ha perdido respuesta a los medicamentos aprobados en el mercado para su condición. Por tanto, no hay inequidad, ya que todas las personas en esta situación recibirían el mismo cuidado. Si no hay inequidad, no hay violencia estructural. Por tanto, no se puede medir si es indirecta y naturalizada. Aunque se aprecia en el caso que tanto el médico como el paciente buscan alternativas de manera proactiva.

Comparación con otros análisis del concepto

El concepto de violencia estructural ha sido analizado previamente por otros investigadores (47, 48). La **Tabla 4** presenta un resumen de los hallazgos de cada uno. La cual permite comparar las similitudes y diferencias entre los atributos, antecedentes y consecuencias identificados en cada análisis. Los indicadores empíricos no se incluyeron porque los dos trabajos consultados no contenían esta categoría.

	Análisis incluido en este artículo	Análisis de Burton et al. (47)	Análisis de Jackson y Sadler (48)
Atributos	• Inequidad • Indirecta • Normalizada	• “Trato inequitativo” • “Causa daño: – “físico, psicológico, económico y social” • “No hay un actor singular”	• “Poder” • “Marginalidad” • “Opresión” • “Adversidad” • “Trauma”
Antecedentes	• Determinantes estructurales de las inequidades en salud	• “Gente: – “afectada” – “perpetúa la estructura social” • “Jerarquías sociales” • “Distribución desigual de los recursos”	• “Sistemas sociales, culturales, económicos y políticos injustos”
Consecuencias	• Limitación del potencial humano	• No se incluyeron consecuencias en el análisis	• “Inequidad en salud” • “Injusticia e indignidad” • “Desorganización social”

Nota. Elaboración propia a partir de la comparación de resultados obtenidos en tres análisis del concepto.

Tabla 4. Síntesis de los Diferentes Análisis del Concepto.

Atributos

La inequidad parece ser un atributo inequívoco de la violencia estructural, dado que los dos análisis previos también la incluyen directa o indirectamente. Burton y colaboradores (47) lo llaman “trato inequitativo”. Por su parte, Jackson y Sadler (48) identifican como atributo al “poder” que le “da forma a las distribuciones inequitativas”. También se coincide con Burton et al. (47) en el carácter indirecto de la violencia estructural. Pues ellos reconocen que “no hay un actor singular”, sino que se genera en las estructuras de la sociedad. Sin embargo, ninguno reconoció como atributo el hecho de que la violencia estructural es “normalizada” en las estructuras de la sociedad.

Por otro lado, los análisis anteriores consideran como atributos el hecho de causar daño, la adversidad y el trauma (47, 48). No obstante, todos ellos son efectos negativos en la salud y la calidad de vida. Por lo cual, desde nuestra perspectiva, se vinculan más con las consecuencias que con los atributos, pues describen la limitación del potencial humano. Además, Jackson y Sadler (48) mencionan a la marginalidad y la opresión como atributos del concepto, pero estos son arquetipos de la violencia estructural (5). Es decir, son modelos o ejemplos de esta. Por ende, no deberían entenderse como parte de sus características definitorias sino como conceptos similares.

Antecedentes

La comparación de los antecedentes, de este análisis con los de trabajos previos, refleja consenso respecto a los factores que preceden a la violencia estructural. Dado que, a pesar de utilizar conceptos diferentes, todos ellos apuntan a los determinantes estructurales de las inequidades en salud. Por ejemplo, Burton y colaboradores (47) se refieren a la gente que “perpetúa las estructuras sociales”, las “jerarquías sociales” y la “distribución desigual de los recursos”. Similarmente, Jackson y Sadler (48) señalan como antecedentes a los “sistemas sociales, culturales, económicos y políticos injustos”. Pero de forma paradójica, ellos incluyen al poder como atributo de la violencia estructural. Así pues, ignoran que el uso del poder está vinculado a los sistemas injustos a los que aluden. Por tanto, resulta más apropiado clasificarlo como antecedente.

Consecuencias

Las consecuencias constituyen el componente de mayor discrepancia. Como se puede constatar, nuestro análisis se alinea con las ideas Galtung (2), quien planteó que la violencia genera como resultado la “limitación del potencial humano”. No obstante, Jackson y Sadler (48) se distancian de esta interpretación e incorporan conceptos ya contemplados, de forma directa o indirecta, en otras categorías (inequidad, injusticia). Además, mencionan la desorganización social como una de las consecuencias, aunque este concepto se integra mejor en los sistemas injustos a los que se refieren en los antecedentes. Por su parte, Burton et al. (47) no incluyeron consecuencias en su análisis, aunque, según lo planteado anteriormente, uno de los atributos podría reclasificarse como consecuencia.

Limitaciones

La primera limitación de este análisis de concepto fue la exclusión de los artículos en los que no se discutía la relación entre la violencia estructural y la salud. Pues esto llevó a descartar estudios de disciplinas académicas no asociadas a la salud, con potencial para aportar nuevos enfoques al análisis. Otra limitación fue excluir los artículos no disponibles en español o inglés. Lo que dejó fuera del análisis los artículos redactados en otros idiomas. Además, no se incluyó la totalidad de las publicaciones preseleccionadas. Sin embargo, el uso del muestreo teórico y la comparación constante facilitaron alcanzar la saturación conceptual, con una muestra representativa de distintos temas, regiones del mundo y disciplinas académicas.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Nancy Dávila Ortiz, cuya enseñanza sembró la semilla que dio origen a este trabajo.

DATOS AUTORES

- (1) RN, MSN. Maestría en Ciencias en Enfermería. Enfermero especialista en Familia y Comunidad. Estudiante Doctoral, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Universidad de Puerto Rico (San Juan, Puerto Rico);
- (2) EdD, MSN, RN. Doctorado en Educación. Enfermera especialista en Salud Mental y Psiquiatría. Catedrática Auxiliar, Recinto de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería. Universidad de Puerto Rico (San Juan, Puerto Rico).

Recibido: 21/10/2025. Aceptado: 30/06/2026.

Versión definitiva: 14/07/2026.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Maio F, Ansell D. “As natural as the air around us”: On the origin and development of the concept of structural violence in health research. *International Journal of Health Services*. 2018 Oct 1;48(4):749-59. doi:10.1177/0020731418792825 PubMed PMID: 30092699.
2. Galtung J. Violence, peace, and peace research*. *J Peace Res* [Internet]. 1969 [cited 2024 Mar 10];6(3):167-91. Available from: <http://www.jstor.org/stable/422690>
3. Farmer PE, Nizye B, Stulac S, Keshavjee S. Structural violence and clinical medicine. *PLoS Med*. 2006 Oct;3(10):1686-91. doi:10.1371/journal.pmed.0030449 PubMed PMID: 17076568.
4. La Parra-Casado D, Tortosa-Blanco JM. Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social* [Internet]. 2003 [cited 2024 Feb 26];(131):57-72. Available from: <http://hdl.handle.net/10045/23375>
5. Banerjee A, Daly T, Armstrong P, Szebehely M, Armstrong H, Lafrance S. Structural violence in long-term, residential care for older people: Comparing Canada and Scandinavia. *Soc Sci Med*. 2012 Feb;74(3):390-8. doi:10.1016/j.socscimed.2011.10.037 PubMed PMID: 22204839.

6. Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual Health Res.* 2020 Sep 1;30(11):1662-73. doi:10.1177/1049732320931430 PubMed PMID: 32546076.
7. Lee BX. Causes and cures VII: Structural violence. *Aggress Violent Behav.* 2016 May 1;28:109-14. doi:10.1016/j.avb.2016.05.003
8. Walker LO, Avant KC. Concept Analysis. In: *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 6th ed. Pearson; 2019. p. 167-92.
9. Wilson J. *Thinking with Concepts*. New York: Cambridge University Press; 1963.
10. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ.* BMJ Publishing Group; 2021. doi:10.1136/bmj.n71 PubMed PMID: 33782057.
11. Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry & research design choosing among five approaches*. 5th ed. Thousand Oaks : SAGE Publications; 2023.
12. Bahr NC, Song J. The effect of structural violence on patients with sickle cell disease. *J Health Care Poor Underserved.* 2015 Aug 1;26(3):648-61. doi:10.1353/hpu.2015.0094 PubMed PMID: 26320901.
13. Khenti A. The Canadian war on drugs: Structural violence and unequal treatment of Black Canadians. *International Journal of Drug Policy.* 2014;25(2):190-5. doi:10.1016/j.drugpo.2013.12.001 PubMed PMID: 24418631.
14. Page-Reeves J, Niforatos J, Mishra S, Regino L, Gingrich A, Bulten R. Health Disparity and Structural Violence: How Fear Undermines Health Among Immigrants at Risk for Diabetes. *J Health Dispar Res Pract [Internet].* 2013;6(2):30-47. Available from: www.rwjf.org/applications/solicited/cfp.jsp?ID=20804
15. Pursch B, Tate A, Legido-Quigley H, Howard N. Health for all? A qualitative study of NGO support to migrants affected by structural violence in northern France. *Soc Sci Med.* 2020 Mar 1;248. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112838 PubMed PMID: 32062568.
16. Vera Pérez BL. La violencia estructural contra la mujer indígena mexicana. *Revista Científica de la UCSA.* 2023 Nov 3;10(3):133-45. doi:10.18004/ucsa/2409-8752/2023.010.03.133
17. Galán Jimenez JSF, De La Rosa Rodríguez PI, Hernández Rodríguez KY. Structural violence, women and disruptive behaviors in San Luis Potosí, Mexico. *Revista Criminalidad.* 2022 Sep 1;64(3):23-38. doi:10.47741/17943108.364
18. Ávila Sánchez RJ. La educación remota durante la pandemia, una nueva manifestación de violencia estructural y simbólica en México. *Diálogos sobre Educación Temáticas actuales en investigación educativa.* 2022;24(13). doi:10.32870/dse.v0i24.1064
19. Mastrangelo A, Hirsch S, Demonte F. COVID-19 en los barrios populares de dos ciudades argentinas. *Cien Saude Colet.* 2022 Nov;27(11):4091-105. doi:10.1590/1413-812320222711.04382022
20. Palafox Moyers CG, Espejel Blanco JE, Valenzuela García JÁ. Confianza institucional y violencia estructural en Nogales, Sonora. *Región y Sociedad [Internet].* 2017 [cited 2024 Jun 21];Número Especial 5:215-48. Available from: <https://regionysociedad.colson.edu.mx/index.php/rys/article/view/230/1002>
21. Paredes Marín VH. Sustentaculum cities: Mexican economic and social refuge due to Guatemalan structural violence. *Nomadas.* 2021;(54):171-87. doi:10.30578/nomadas.n54a10
22. Shannon GD, Motta A, Cáceres CF, Skordis-Worrall J, Bowie D, Prost A. ¿Somos iguales? Using a structural violence framework to understand gender and health inequities from an intersectional perspective in the Peruvian Amazon. *Glob Health Action.* 2017;10(sup2). doi:10.1080/16549716.2017.1330458 PubMed PMID: 28640664.
23. Hilliard S, Bukusi E, Grabe S, Lu T, Hatcher AM, Kwen Z, et al. Perceived Impact of a Land and Property Rights Program on Violence Against Women in Rural Kenya: A Qualitative Investigation. *Violence Against Women.* 2016 Dec 1;22(14):1682-703. doi:10.1177/1077801216632613
24. Parkinson SE, Behrouzan O. Negotiating health and life: Syrian refugees and the politics of access in Lebanon. *Soc Sci Med.* 2015 Dec 1;146:324-31. doi:10.1016/j.socscimed.2015.10.008 PubMed PMID: 26477853.
25. Choiniere JA, Macdonnell JA, Campbell AL, Smele S. Conceptualizing structural violence in the context of mental health nursing. *Nurs Inq.* 2014 Mar;21(1):39-50. doi:10.1111/nin.12028 PubMed PMID: 23517526.
26. Sánchez-Sauco MF, Villalona S, Ortega-García JA. Sociocultural aspects of drug dependency during early pregnancy and considerations for screening: Case studies of social networks and structural violence. *Midwifery.* 2019 Nov 1;78:123-30. doi:10.1016/j.midw.2019.07.017 PubMed PMID: 31425967.
27. Jackson L, Lee Y, Batey DS. Structural violence within communities and its impact on the well-being of people with HIV (PWH). *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV.* 2023;35(2):265-70. doi:10.1080/09540121.2022.2088679 PubMed PMID: 35727148.
28. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian S V. Inequalities in health: Definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action.* 2015;8(1). doi:10.3402/gha.v8.27106 PubMed PMID: 26112142.
29. Pan American Health Organization. *Methodological Summaries: Measuring Inequity in Health.* Epidemiol Bull. 1999;20(1).

30. Díaz M, Palomino T, Quintana N, Palacios M, Aracena P. Reflections from Occupational Therapies from the South: Structural violence, human rights and gender in processes of accompaniment of women during pregnancy and mothering. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*. 2021;29. doi:10.1590/2526-8910.ctoRE2270
31. Qureshi A. Structural violence and the state: HIV and labour migration from Pakistan to the Persian Gulf. *Anthropol Med*. 2013 Dec 1;20(3):209-20. doi:10.1080/13648470.2013.828274 PubMed PMID: 23978158.
32. Hernández M. Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. In: *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud* [Internet]. DF Mexico; 2008 [cited 2024 Jul 3]. Available from: https://www.saludcapital.gov.co/Articulos%20Observatorio/Desigualdad,%20inequidad%20e%20injusticia_Mario_Hern%C3%A1ndez.pdf
33. Fundación GAEM. Fundación GAEM [Internet]. 2018 [cited 2024 Jul 3]. *Mujer y Esclerosis Múltiple: el perfil del 70% de personas con EM es mujer entre 20 y 40 años*. Available from: <https://fundaciongaem.org/mujer-y-esclerosis-multiple-el-perfil-del-70-de-personas-con-em-es-mujer-entre-20-y-40-anos/>
34. Bradshaw H. National Geographic [Internet]. 2024 [cited 2024 Jul 3]. ¿Qué causa la esclerosis múltiple y por qué las mujeres tienen más probabilidades de sufrirla? Available from: <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2024/06/esclerosis-multiple-cause-mujeres-mas-probabilidades-sufrirla>
35. Thompson HM, Wang TM, Talan AJ, Baker KE, Restar AJ. First They Came for Us All: Responding to Anti-Transgender Structural Violence With Collective, Community-Engaged, and Intersectional Health Equity Research and Advocacy. *Health Education and Behavior*. 2024 Feb 1;51(1):5-9. doi:10.1177/10901981231201146 PubMed PMID: 37746726.
36. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS [Internet]. [cited 2024 Feb 26]. *Determinantes sociales de la salud*. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
37. Otero Puime A, Zunzunegui MV. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la atención sanitaria. In: Martín-Zurro A, Jodar Solá G, editors. *Atención familiar y salud comunitaria conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Elsevier; 2011. p. 87-99.
38. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. 2010.
39. Villaruel Mora A. Violencia estructural: una reflexión conceptual. *Vínculos, Sociología, análisis y opinión*. 2017;julio-diciembre(11):11-36.
40. De Maio F, Sengupta T. *Constructing the Index of Concentration at the Extremes for Chicago*. Chicago, IL; 2016. Report 5.
41. Alpha Research Group Inc. *Estudio exploratorio sobre psoriasis en Puerto Rico*. 2025.
42. Boytsov N, Zhang X, Evans KA, Johnson BH. Impact of plan-level access restrictions on effectiveness of biologics among patients with rheumatoid or psoriatic arthritis. *Pharmacoecon Open*. 2020 Mar 1;4(1):105-17. doi:10.1007/s41669-019-0152-1
43. Enos CW, Galadima H, Saini AD, Bell S, Siegel M, Van Voorhees AS. Predictors of biologic use and satisfaction among patients with psoriasis: An analysis and geographic visualization of the 2016 and 2017 National Psoriasis Foundation Annual Surveys. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis*. 2020 Jul 1;5(3):100-8. doi:10.1177/2475530320925553
44. Gondo G, Boles J, Stone P, Howard L, Bell SJ. Prevalence of utilization management policies among the psoriatic disease community: results from the 2019 National Psoriasis Foundation Advocacy Survey. *J Psoriasis Psoriatic Arthritis*. 2020 Oct 1;5(4):178-83. doi:10.1177/2475530320956602
45. Ingrassiotta Y, Isgrò V, Ientile V, Tari M, Trifirò G, Guarneri C. Are patients with psoriasis and psoriatic arthritis undertreated? A population-based study from Southern Italy. *J Clin Med*. 2021 Aug 1;10(15). doi:10.3390/jcm10153431
46. Naldi L, Cazzaniga S, Di Mercurio M, Grossi E, Ad-dis A. Inequalities in access to biological treatments for psoriasis: results from the Italian Psocare registry. *British Journal of Dermatology*. 2017 May 1;176(5):1331-8. doi:10.1111/bjd.15234 PubMed PMID: 27973689.
47. Burton CW, Gilpin CE, Draughon Moret J. Structural violence: A concept analysis to inform nursing science and practice. *Nurs Forum (Auckl)*. 2021 Apr 1;56(2):382-8. doi:10.1111/nuf.12535 PubMed PMID: 33355920.
48. Jackson B, Sadler LS. Structural violence: An evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2022 Nov 1;78(11):3495-516. doi:10.1111/jan.15341 PubMed PMID: 35774012.