



Hacia la Promoción de la Salud

ISSN: 0121-7577

Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

González Vargas, Yaneli; Salinas Urbina, Addis Abeba  
EL PROMOTOR DE LA SALUD INSTITUCIONAL EN  
MÉXICO: SU MIRADA DESDE SU CAMPO LABORAL  
Hacia la Promoción de la Salud, vol. 25, núm. 1, 2020, Enero-Junio, pp. 60-75  
Universidad de Caldas. Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrados

DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.25.1.5>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309165079005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UNEM  
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso  
abierto

# EL PROMOTOR DE LA SALUD INSTITUCIONAL EN MÉXICO: SU MIRADA DESDE SU CAMPO LABORAL

Yaneli González Vargas\*  
Addis Abeba Salinas Urbina\*\*

Recibido en 19 de diciembre 2018, aceptado en 01 de junio de 2019

---

**Citar este artículo así:** González Y, Salinas AA. El promotor de la salud institucional en México: su mirada desde su campo laboral. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (1): 60-75. DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.5

---



## Resumen

**Objetivo:** este artículo tiene el propósito de evidenciar las concepciones de los promotores de salud institucionales, respecto a su campo de trabajo, analizando el habitus en el que están inmersos, en un modelo centrado en lo biológico. Es precisamente la Promoción de la Salud la principal estrategia mediante la cual los gobiernos proponen garantizar el derecho humano a la salud. No obstante, el personal que labora en la Secretaría de Salud se encuentra inmerso en un sistema médico hegemónico que dificulta, por varias razones, el desempeño de sus funciones. **Materiales y métodos:** se trata de una investigación cualitativa, se realizaron 13 entrevistas a profundidad a personal de ambos sexos, del área de promoción de la salud, que laboran en unidades de primer nivel de atención en el estado de Veracruz, México. **Resultados:** en el análisis de contenido surgieron cinco categorías básicas que evidencian cómo el promotor de salud institucional concibe el rol que desempeña en su campo laboral, las relaciones jerárquicas que se imponen, así como las desventajas del rol que desempeña en los servicios de salud. **Conclusiones:** los hallazgos obtenidos permiten visualizar la forma en que los promotores llevan a cabo y conceptualizan la promoción de la salud.



## Palabras clave

Promoción de la salud, personal de salud, instituciones de salud, investigación cualitativa, México (*fuentes: DeCS, BIREME*).

---

\* Psicóloga. Mtra. en Salud Pública. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Secretaría de Salud, Jurisdicción Sanitaria Núm. 3. Poza Rica, Veracruz, México. Correo electrónico: yaneli.gonzalez@hotmail.com Autor para correspondencia  [orcid.org/0000-0002-3592-0187](https://orcid.org/0000-0002-3592-0187). 

\*\* Psicóloga. Mtra. en Psicología de la Salud. Doctora en Ciencias en Salud Colectiva. Profesora Investigadora, Departamento de Atención a la Salud. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Ciudad de México, México. Correo electrónico: asalinas@correo.xoc.uam.mx.

 [orcid.org/0000-0003-3179-4491](https://orcid.org/0000-0003-3179-4491). 



## THE PROMOTER OF INSTITUTIONAL HEALTH IN MEXICO: HIS VIEW FROM HIS FIELD OF WORK

### Abstract

**Objective:** This article has the purpose of evidencing the conceptions of institutional health promoters regarding their field of work by analyzing the habitus in which they are immersed in a model focused on biological aspects. Health Promotion is the main strategy that governments propose to guarantee the human right to health. However, health personnel working in the Secretary of Health is immersed in a hegemonic medical system limited, for many reasons, to carry out their duties. **Materials and methods:** It is a qualitative research. A total of 13 in-depth interviews were carried out with male and female personnel from the area of health promotion who worked in primary level care units in the state of Veracruz, Mexico. **Results:** Five basic categories emerged that show how the institutional health promoter conceives the role he plays in his work field, the hierarchical relationships imposed, as well as disadvantages of the role he plays in health services. **Conclusions:** the findings allow visualizing the way in which promoters carry out and conceptualize health promotion.

### Key words

Health Promotion, health personnel, health facilities, qualitative research, Mexico health services (*source: MeSH, NLM*).

## O PROMOTOR DA SAÚDE INSTITUCIONAL NO MÉXICO: SUA OLHADA DESDE SUA ÁREA DE TRABALHO

### Resumo

**Objetivo:** este artigo tem o propósito de evidenciar as concepções dos promotores de saúde institucionais, respeito a sua área de trabalho, analisando o habitus no que estão imersos, em um modelo centrado no biológico. É precisamente a Promoção da Saúde a principal estratégia mediante a qual os governos propõem garantir o direito humano à saúde. Não obstante, o pessoal que trabalha na Secretaria de Saúde se encontra imerso em um sistema médico hegemônico que dificulta, por várias razões, o desempenho de suas funções. **Materiais e métodos:** se trata de uma pesquisa qualitativa, se realizaram 13 entrevistas a profundidade a pessoal de ambos os sexos, a área de promoção da saúde, que trabalham em unidades de primeiro nível de atenção no estado de Veracruz, México. **Resultados:** na análise de conteúdo surgiram cinco categorias básicas que evidenciam como o promotor de saúde institucional concebe o rol que desempenha em sua área de trabalho, as relações hierárquicas que se impõem, assim como as desvantagens do rol que desempenham nos serviços de saúde. **Conclusões:** As descobertas obtidas permitem visualizar a forma em que os promotores levam a cabo e conceitualização sobre a promoção da saúde.

### Palavras chave

Promoção da saúde, pessoal de saúde, instituições de saúde, pesquisa qualitativa, México (*fonte: DeCS, BIREME*).

## INTRODUCCIÓN

Por ser la salud uno de los derechos humanos fundamentales, el Estado tiene la obligación de garantizarla. En el caso de México, este derecho queda asentado en el artículo 4º de la Constitución mexicana. Sin embargo, aun cuando el gobierno ha firmado diversos acuerdos internacionales con el fin de cumplir con el objetivo de *salud para todos*, pactado desde la década de 1970, se está lejos del logro de esta meta.

En las Declaraciones de Alma Ata (1974), la Carta de Ottawa (1986) y otros documentos se confirma la importancia de brindar a la población el acceso universal a la salud, con ello se destaca la relevancia de que la Promoción de la Salud (PS) incida en los aspectos sociales implicados para que el Estado garantice la salud como un derecho humano (1). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la PS (2) es una de las principales herramientas con que cuentan los gobiernos para preservar la salud; la Organización Mundial de la Salud la define como *el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla* (3, 4). El término se utilizó, por primera vez en 1945, cuando Henry E. Sigerist (5) definió las cuatro tareas esenciales de la medicina; la primera de ellas, la promoción de la salud, acompañada por la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

Con el fin de ampliar el campo de acción de la PS, en 2007, la Secretaría de Salud en México propuso reestructurar el modelo de atención en promoción, a través de la capacitación del personal. Para ello, el Instituto Nacional de Salud Pública ofertó una Maestría en Promoción de la Salud y un diplomado en Liderazgo en Promoción de la Salud. Ambos programas estaban dirigidos a trabajadores de la Secretaría de Salud. Sin embargo, esta medida fue insuficiente para garantizar la salud de la población; ya que para cumplir con este objetivo se requiere que el personal se capacite con una visión

integral que trascienda un enfoque exclusivamente biológico, e incluir en su formación, como se destaca en la definición de salud, los componentes socioculturales, así como una noción holística; que considere las condiciones de vida, fundamento que tanto Sigerist, a quien se refiere Milton (6), como la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* (7) ponen un especial énfasis.

En México, el área de PS, a cargo de la Secretaría de Salud, diseñó y puso en marcha el modelo operativo de promoción de la salud (MOPS) a partir del cual se propuso el trabajo conjunto de esta área con el departamento de epidemiología, “Mientras que la epidemiología se aboca a reconocer los determinantes de la salud, a la PS le atañe intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos” (8), es decir que trabaja a partir de los factores que aumentan o reducen las posibilidades de sufrir un daño en la salud previamente identificados por los estudios epidemiológicos realizados en las poblaciones.

Según el MOPS, toca a la PS analizar la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis en averiguar cómo pueden éstas protegerse o volverse resilientes, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar.

Más allá de los diversos análisis a los que han dado lugar las tareas asignadas a la PS en las instituciones, es importante comprender que éstas se realizan en el contexto de dos tipos de PS, el primero caracterizado como *Promoción de la Salud de Mercado* (PSM) la cual sigue los mismos principios de las prácticas empresariales, a partir de un concepto de salud que responde a la lógica de mercado, es decir, a la construcción de necesidades y clientes, inculcadas a través de contenidos doxáticos que son normalizados en deseos, valores y prácticas; de “mecanismos simbólicos de sanción y exclusión, formulados para personas y grupos sociales particulares destinados a consumir mercancía empaquetada

como salud y por tanto a fabricar clientes de la industria saludable” (9). El segundo tipo se refiere a la *Promoción de la Salud Oficial* (PSO), la cual es responsabilidad del Estado, a cargo del sector salud gubernamental, basada principalmente en un “discurso con significados probablemente más relevantes para las instituciones gubernamentales que para la población, desapareciendo incluso la persona como agente social” (9); por ende, limitando la participación de los colectivos sociales, a los que se asegura beneficia, a una presencia pasiva. A lo anterior hay que añadir que la PS institucional se realiza en el marco del modelo de atención propuesto por Eduardo Menéndez (10), *modelo médico hegemónico (MMH)*, cuyas características estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. Menéndez señala que, si bien, estos rasgos se observan en la práctica de la medicina antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizan y potencian hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es el biologismo el que articula el conjunto de los rasgos señalados, posibilitando la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. Esta es la base para el diseño de políticas y programas de salud y de capacitación de personal; dando prioridad a la atención de la enfermedad, y dejando en segundo plano, la prevención.

Asimismo, en el campo de formación de los profesionales de la salud la constitución de lo que Pierre Bourdieu (11) llama *habitus*, resulta relevante para esta investigación, ya que los médicos al compartir un espacio social, también reproducen ideas, percepciones, pensamientos y acciones. El ámbito en el que vivimos es el que nos confiere un *habitus* y de este depende la posición que se ocupa en un espacio determinado. Bajo este contexto, esta investigación tuvo como objetivo identificar las concepciones de los promotores institucionales de salud sobre su campo laboral, es decir la promoción de la salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Según las características que se atribuyen a la investigación (12), la aquí realizada es de carácter exploratorio, de corte cualitativo con un enfoque interpretativo; para cumplir con el objetivo se realizaron entrevistas a profundidad, para lo cual se diseñó una guía que abarcó los siguientes temas: datos laborales, concepciones en torno a la PS; descripción de las actividades realizadas en su puesto, barreras para el desarrollo de sus actividades y reconocimiento de su ámbito de acción como promotor de salud.

Como lo señalan Taylor y Bogdan (13), estas entrevistas siguen el modelo de una conversación entre iguales –no de un intercambio formal de preguntas y respuestas– dirigida hacia la comprensión de las perspectivas de los informantes.

Se realizaron 13 entrevistas con promotores; cinco mujeres y ocho hombres, con un rango de edad de 25 a 57 años; en cuanto a su formación académica: seis de ellos tenían como máximo nivel de estudio, licenciatura; cinco preparatoria o nivel técnico, y dos, secundaria. Con respecto al tiempo de laboral en el área de PS, una persona tenía 35 años de antigüedad; nueve entre 14 y 19 años; tres más de nueve a diez años. Los participantes estaban adscritos a unidades de primer nivel de atención en una Jurisdicción Sanitaria del estado de Veracruz.

Para seleccionar a los participantes que tuvieran conocimiento del área de PS y que a su vez pudieran brindar amplia información sobre el tema, se tomó en cuenta la escolaridad, la antigüedad, el código de promotor de salud, –ya que hay trabajadores que aun cuando no tienen este código realizan tareas que competen al área de PS– así como el perfil académico de los entrevistados –profesión de los entrevistados– esto último se tomó en cuenta ya que de acuerdo con el MOPS, los profesionistas del área de la salud son los idóneos para estos puestos.

Se programó con cada uno de los promotores una cita para realizar la entrevista; se les explicó el propósito de la investigación y la trascendencia de su participación, se les aclaró que la entrevista sería anónima por lo que sus nombres no aparecerían en ningún documento. Todas las personas contactadas estuvieron de acuerdo en participar y dieron su consentimiento para grabar la entrevista. Los promotores tuvieron la opción de seleccionar tanto el lugar como el horario más conveniente para reunirse con la entrevistadora, esto propició que pudieran expresarse con libertad.

La información obtenida con las entrevistas se transcribió para dar paso a realizar el análisis de contenido; el primer momento consistió en la lectura párrafo por párrafo de cada entrevista, separando y marcando de forma manual en el texto, los diferentes códigos que se fueron identificando; posteriormente estos se agruparon en categorías. En una segunda lectura, se reforzaron los temas ya agrupados, o bien, se consideraron otras categorías que emergieron en esta fase. Asimismo se subrayaron en el texto los relatos que ejemplificaban con mayor claridad el tema abordado en cada categoría. Tomando en cuenta la información que se tiene sobre la formación de los profesionales de la salud y analizando los diferentes códigos que surgieron del discurso de los participantes se establecieron cinco temas principales: *concepto de PS, conocimiento de su área de trabajo, falta de reconocimiento a su labor, campo de acción y visión de la PS.*

Algunos temas se dividieron para dar lugar a otras categorías emergentes. No fue el caso de los tópicos *Promoción de la salud y Conocimiento de su trabajo*, pero sí de la categoría, *falta de reconocimiento*, de la cual derivó el concepto de *devaluación*; éste apareció de manera sistemática en los relatos de los entrevistados. En cuanto al tema *Campo de acción* se dividió en actividades enfocadas hacia la salud o enfermedad, de acuerdo con las tareas que los promotores refirieron realizar en su área laboral. De la visión de PS resultaron

dos ejes: percepción de las acciones centradas en el MMH y las basadas en una perspectiva de la determinación social, como lo postulan la medicina social y la salud colectiva, que son las que actúan como determinantes al delinear las estrategias para distribuir el poder económico y social; definen aspectos macro que dan curso a políticas sociales, económicas, sociales y de salud tanto en el ámbito internacional, nacional y local, incidiendo directamente en la salud, la enfermedad y la atención de la población, con desventaja para la población con baja calidad de vida, falta de comida, ropa y combustible, malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza que han sido siempre las mayores causas de enfermedad (14).

## RESULTADOS

En esta sección se describen los temas principales que surgieron a partir del análisis de las entrevistas, se conceptualiza cada uno de ellos y se hace referencia a los relatos de los y las participantes que expresan con mayor claridad cada uno de estos tópicos. Cabe recalcar que los nombres de los participantes se cambiaron con el fin de mantener el anonimato y que los fragmentos aquí expuestos han sido transcritos, sin corregir redacción ni sintaxis; respetando pausas prolongadas y muletillas.

### Concepto de promoción de la salud

En esta categoría se da cuenta de lo que las personas que participaron expresan sobre lo qué es para ellos la PS. Así, se identifica a esta como un proceso de enseñanza, orientación información y comunicación, a través del cual el personal de salud es quien establece cómo debe comportarse la población. Un ejemplo, se apunta en el siguiente relato:

“El objetivo es orientar e informar a las personas sobre el cuidado de su salud y sobre todo, bueno, al que haya cambios favorables, de su persona hacia su persona y hacia su entorno”, Ana.



Aquí se observa que la PS queda en un plano muy limitado, enfocada a informar –dar a conocer una idea de la que muy probablemente ni siquiera el personal de salud está convencido– y enseñar, es decir instruir a la población acerca del cuidado de su salud, acciones apegadas al modelo médico hegemónico, en el que prevalece la idea de que sólo el que enseña tiene la razón, en este caso se hace referencia al personal de salud.

En cuanto al concepto que se maneja en el modelo operativo de promoción de la salud (MOPS), en el que se enfatiza fortalecer los determinantes positivos delimitando los negativos, en la narración de los promotores se observa la falta de incorporación de esta conceptualización, lo que sí encontramos es una visión hegemónica, que caracteriza a los servicios de salud; a través de la cual se resalta una postura de sabiduría y enseñanza por parte del personal de salud, en este caso específicamente de los promotores.

La creencia antes referida puede darse de forma no intencional, incluso sin reflexión de lo que la misma supone, debido a la formación de los promotores, quienes comparten con el resto del personal médico la idea de superioridad y ejercicio del poder de un efecto salvador de la institución médica que oculta las raíces socioeconómicas de la enfermedad (15). Aunado a ello, la capacitación al personal suele ser muy superficial y sin reflexión teórica.

En el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Programa Sectorial de Salud (PROESA) se hace referencia a tres programas centrales: *Entornos y comunidades saludables*, *Promoción de la salud y Determinantes sociales*, *Alimentación y actividad física*; en el estado de Veracruz, entidad en la que se realizó la investigación, existe otro más, *Monitoreo de determinantes del dengue*. Los programas de PS que más conocen los promotores entrevistados son dos, *Nueva cultura y Escuela y salud*, que forman parte del programa central Promoción de la salud y determinantes sociales.

### *Conocimiento de su trabajo*

En esta categoría se identifica qué tanto conocen el área en la que laborar, es decir, si tienen claridad respecto a las tareas y procedimientos que deben realizar para cumplir con su perfil de promotores, de igual manera se explora si conocen los programas que se desarrollan en el área de PS. Por tanto, es relevante destacar que de los trece entrevistados, sólo la Coordinadora de Promoción de la Salud, da cuenta de todos los programas de su área; el resto de los entrevistados duda respecto a cuáles son los programas que se ejecutan en su departamento. Por ejemplo, señalan que al área de PS le compete el programa de vacunación universal, aun cuando no se tiene injerencia en dicho programa. Esto se expresa en el relato de una de las participantes.

“Son muchísimos, demasiados, y cada día salen más, ésto no es y todo es un costal de conocimientos de aprendizaje constante, buen, está una nueva cultura para la salud, está migrantes, embarazo, vacunas, es que todo engloba promoción de la salud, todos los programas tienen que ver con promoción a la salud”, Valentina.

Así, identificamos que seis de los trece promotores entrevistados no conocen ninguno de los programas de los que son responsables. Ante lo cual cabe preguntarse: ¿qué están haciendo los promotores de salud institucionales? La respuesta es que ellos cotidianamente realizan actividades que están fuera de las competencias de su perfil profesional; debido a que se les asignan tareas complementarias de otras áreas. En este sentido, hay que destacar que no sólo el personal de PS desconoce puntualmente en qué consiste su labor, también el personal médico y las propias autoridades – quienes perciben a los promotores carentes de conocimiento respecto a las actividades que tienen que desempeñar– parecen no tener claridad del quehacer laboral de estos prestadores de servicio, en vista de que se les asignan otras tareas fuera de su área, el siguiente relato lo ejemplifica.

“Nosotros como promotores en ocasiones cuando hay carencia de personal se le ayuda al médico a pesar, medir, tomar presión, hacer tomas de glucosa, pus, con la finalidad de que... de que el paciente, el beneficiario se vaya contento con un, con una atención de muy bueno no... de calidad, de calidez, más que nada que se vaya contento con su atención que se lleva, que se le dio, no son actividades de promoción de la salud, pero como lo comentaba, por necesidades del servicio; a veces estas se realizaban más que nada la zona rural porque era donde había carencias de... de... de... personal”, Héctor.

El contexto descrito demanda una capacitación urgente del personal de PS, quien requiere conocer el ámbito de acción de su competencia. Sin embargo, como lo señala el personal entrevistado, el escaso presupuesto asignado al área, así como la falta de coordinación de la autoridad responsable impide que el personal –de menor jerarquía– asista regularmente a cursos de actualización; ello pone en riesgo el cumplimiento de los objetivos que la promoción de la salud institucional enfatiza.

#### *Falta de reconocimiento*

En esta categoría se describe la escasa aprobación y aprecio por las actividades realizadas por el personal en su campo laboral. No obstante que la intención inicial no era explorar si los participantes se sentían o no reconocidos por el trabajo realizado, estas ideas aparecieron sistemáticamente en el discurso de los participantes, lo que llevó a plantearlo como una categoría. A través de la cual se manifiesta lo que el personal experimenta en relación con el resto del equipo de salud; sobresale la comparación entre el promotor y el médico, este último no sólo recibe mayor sueldo y beneficios sino también obtiene reconocimiento por su labor, de lo cual queda muy alejado el promotor de salud. Sirva como ejemplo de lo antedicho el siguiente testimonio:

“Reconocimiento laboral, eh, siento yo que en eso sí somos los últimos, somos los últimos porque

cuando hay éxito el que se lleva todos los logros, las fanfarrias, como dicen, en este caso serían nuestros jefes, y al final ¿quiénes trabajaron?, pues, porque hubo buena promoción ¿no?, pero siempre al final, eh, no se nos hace un, un reconocimiento, vaya, como debe de ser, que vaya, no sé, de alguna forma, no ¿eh?... Ya sea en este caso no, pues el trabajo, pues todos trabajamos por necesidad ¿no?, alguna compensación económica o algún obsequio, algún reconocimiento ante, ante todos los compañeros de la labor que se hizo, no, ¿eh?... Siento yo que eso hace falta, ¿no?, un buen reconocimiento, reconocer que sin el promotor de la salud no saldría adelante, eh...”, Héctor.

Se coincide con lo encontrado por Alcalde et al. (16), en donde la totalidad de promotores señala como principal limitación para su trabajo, la falta de reconocimiento a su labor no sólo por parte de otros trabajadores de la salud sino también por el personal directivo; como consecuencia ellos perciben que sus oportunidades de desarrollo profesional se restringen. Asimismo, manifiestan sentirse incómodos por las múltiples actividades que les son asignadas, convirtiéndolos en el personal “hacelo todo” en las unidades de salud.

#### *Campo de acción*

Aunque en algunas entrevistas se hace referencia a la salud como el objetivo principal de la labor del promotor, la realidad es que sus acciones se centran en atender la enfermedad, más que en promover la salud; ello responde a la subordinación ejercida por el modelo médico hegemónico de la que habla Keijzer (15); el siguiente testimonio permite ejemplificar esto:

“Pues hacer, eh, actividades, todas encaminadas a la prevención de enfermedades de cualquier, este, padecimiento”, Eloísa.

#### *Visión de la promoción de la salud*

Lo que se encontró principalmente en la investigación es que la mirada del promotor está puesta en responsabilizar a la población de su salud,



como si ésta sólo dependiera de los individuos. Negando la relevancia de los determinantes sociales, como es el caso de la recolección de la basura; no hay suficientes camiones para todo el municipio, o la pobreza que existe sobre todo en los municipios llamados de “bajo índice de desarrollo humano”, situaciones en las que la población no tiene control alguno. Así, la mayoría de los entrevistados coinciden en que la gente es responsable de lo que le ocurre; el siguiente testimonio da cuenta de ello:

“Conservar la salud está en las manos de cada uno de nosotros”, Lina.

Se destaca la tendencia a responsabilizar al individuo por su condición de salud; se descalifica sin reflexionar en torno a las condiciones de vida, la cultura e ideología en la que está inmersa la población. Mostrando maltrato al otro, culpándolo y violentándolo:

“También hay que enseñarles cómo se baña ¿eh?, porque si no se baña uno, pues ya caímos en el rango de que si él nos dice y él no se baña, pues hay que bañarse todos los días, enseñarles a ellos cómo se come, la postura de sentarse y decirselos, y también decirle a la mamá “oye mamita no seas sucia, no seas cochina, mira, así eso le hace daño al niño”, pero también no hay que ser tan crueles, “vieja puerca” no, “no mamita, eso no porque le hace daño al bebé (...) Hay niños o muchachitos enfermos que nos damos cuenta con sólo leer el expediente de que vemos que la mamá es muy sucia que por, por culpa de ella el niño está enfermo, entonces la vamos a ver y descubrimos otras cosas más, todavía más fuertes”, Francisco.

Lo anterior ejemplifica la violencia explícita a la que la población está expuesta. Sin embargo, el trabajador de la salud no lo percibe así; ellos valoran que hacen lo “correcto”, y que es la población la causante de su enfermedad. Esta es sin duda una mirada que desestima los determinantes sociales de la salud, resultado del contexto en el

que se desenvuelven los promotores de la salud institucionales, un ámbito en el que ellos mismos son violentados.

## DISCUSIÓN

Con base en la clasificación propuesta por Chapela y Cárdenas (9), la promoción de la salud institucional, es decir la que ha venido ejerciendo la Secretaría de Salud en México, tiene características de la PSO y de la promoción de la salud de mercado (PSM). Como bien apuntan las autoras, las diferencias entre los distintos tipos de promoción de la salud se fundamentan en la manera que cada uno tiene de comprender el concepto mismo de salud. En el caso de la PSM, la salud es concebida como mercancía: un producto que hay que vender, para lo cual se generan necesidades y clientes, esto al final se convierte en un negocio. La PSO, por su parte, se practica mediante programas de prevención y atención a enfermedades clasificadas y seleccionadas por médicos expertos, con un criterio fundamentalmente biológico que deja en un segundo plano los factores socioculturales.

A los trabajadores de la salud, en específico a los promotores de la salud, se les forma sólo en estos dos tipos de promoción, resultando una postura que se enfoca en culpabilizar al otro. Se recrimina a quien enferma, incluso cuando su padecimiento sea resultado de factores sobre los que la persona no puede incidir; la cultura de riesgo, se generará una culpabilidad para el cuidado excesivo e irreflexivo del cuerpo, con el fin de consumir, la compra de curación —en la lógica del Mercado— y, sin ir más lejos, la enfermedad —enfocando sus acciones más en ésta que en la salud—; no es exagerado decir que estos trabajadores terminan convirtiéndose en promotores de la enfermedad, pues ni siquiera saben que existen otras maneras de comprender la salud y de promoverla, carecen de herramientas en todo sentido y son parte de un sistema al que se subordinan, muchas veces sin ser conscientes de ello. Suele responsabilizarse a los promotores de salud institucionales del fracaso de

su labor: se argumenta que están mal preparados y se pretende resolver el problema con cursos de capacitación que no son accesibles para todos y que, como hemos dicho, se limitan a la formación de una manera de ejercer la promoción de la salud que no acepte cuestionamiento.

Con la PS, como indica Keijzer (15), el sector salud ha asumido la tarea de “educar” a la población, pero lo ha hecho desde una perspectiva medicalizada y biológica que, si bien, tiene una buena intención en cuanto a la prevención de enfermedades, perpetua mensajes que contribuyen a mantener la subordinación: “el medio refuerza la responsabilidad individual (como máximo, familiar) de la enfermedad y el efecto ‘salvador’ de la institución médica, ocultando las raíces socioeconómicas de la enfermedad, no se problematiza la falta de acceso a servicios de la familia o las condiciones de trabajo de los padres” (15). No se toman en cuenta tampoco las condiciones en las que trabajan —ni las percepciones que éstas generan— los promotores de salud institucionales, a quienes se responsabiliza en gran medida nada menos que de garantizar el derecho constitucional a la salud.

Con una perspectiva biológica se propone entonces “una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas”, por lo que supone considerar la “evolución” y no la historia de la enfermedad. Es así, indica Menéndez (17), que “la concepción evolucionista reemplaza la dimensión histórica, y a través del darwinismo social desarrolla una de las principales propuestas ideológicas que justificaron la explotación y estigmatización de los trabajadores a través de criterios socio-racistas”.

Cualquier modelo médico cumple cuatro funciones básicas: la curativo/preventiva, la normatizadora, la de control y la de legitimación. La primera es generalmente reconocida por el saber médico y por los conjuntos sociales como la única —o al menos la

principal— función biomédica. Explica Menéndez que en gran medida esto es así, debido a que la curación —y secundariamente la prevención—, constituye la actividad con la cual se identifica de manera casi exclusiva la práctica médica. “Más aún, todas las otras funciones deben, en lo posible, operar a través de la curación y de la prevención; la biomedicina sólo puede reconocerlas y asumirlas en la medida que aparezcan como actividades curativo/preventivas” (17).

Además, cabe señalar que el modelo médico hegemónico está fuertemente institucionalizado en las sociedades capitalistas y que “varias de las principales características de la biomedicina forman parte de la cultura de los diferentes estratos sociales, incluidos los subalternos”. Este modelo se impone a los trabajadores de las instituciones de salud, quienes son sus principales consumidores y operan como propagandistas de esta práctica médica. Esta percepción positiva de la medicina científica por parte de los trabajadores, asegura Menéndez (10) tiene que ver con “procesos ideológicos y técnicos que operan a nivel de la sociedad global, pero también de la particularidad de sus propios procesos de trabajo”, dimensión en la cual se sostiene que se genera un *habitus* específico de los promotores de salud institucionales.

Bourdieu (11) propone los conceptos de *campo* y *habitus*. El primero se refiere a un espacio no necesariamente geográfico, un espacio abstracto de relaciones sociales. Para él, lo que existe en el mundo social son relaciones, la unidad fundamental de su teoría. El *campo* es un espacio dinámico de posiciones, sus ocupantes se relacionan; se afectan unos a otros dando forma a la propia estructura del campo. Este es un espacio estructurado de posiciones: sus dinámicas no dependen mucho de lo que los sujetos hagan individualmente, porque sus estructuras ya están definidas y cada uno tiene un papel dentro de él. Los campos son relativamente autónomos, ya que, a pesar de ser espacios delimitados, sus fronteras son porosas y son influenciados por otros campos (11). En suma, el campo es un espacio social, un sistema de

distinciones en que las posiciones se definen unas con relación a las otras, por su oposición. Todo espacio social tiene posiciones complementarias: ricos y pobres, jóvenes y viejos, médicos y no médicos.

La formación de los promotores de salud se apega a los lineamientos del modelo médico hegemónico, en el cual prevalece el tratamiento de las enfermedades por encima de su prevención. Los promotores no sólo se entrenan bajo este esquema, también se desempeñan laboralmente en espacios donde se reproduce este modelo. Si bien la PS ha sido concebida a partir de la prevención, el modelo imperante en el que se desarrolla dificulta en gran medida que se cumpla con este objetivo, puesto que el acento está puesto en la enfermedad y no en la salud, aunque en los discursos se manifieste esta intención.

En esta investigación se constata la conformación de *habitus* por parte de los promotores de salud institucionales. El *habitus* es el producto de la incorporación de la estructura social a través de la posición ocupada en esta estructura que, en cuanto tal, es una *estructura estructurada*, pero al mismo tiempo estructura las prácticas y representaciones, actuando como *estructura estructurante*, es decir, como sistema de esquemas prácticos que articula percepciones y acciones. Los actores sociales tenemos percepciones y formas de actuar diferentes las cuales corresponden a nuestra posición en el campo social; el *habitus* es la manera como aprendemos y aprehendemos dichas percepciones y acciones. Barros y López (18) señalan que mediante el *habitus* los sujetos nos acercamos a las experiencias y las interiorizamos, a partir de éste “incorporamos determinados esquemas de percepción, clasificación y valoración del mundo social que se convierten en disposiciones para la apropiación material y/o simbólica de una categoría de objetos o prácticas clasificadas o clasificadoras”.

Según Bourdieu (19), el mundo social es producto de los actos de construcción que en cada momento realizan los agentes en una suerte de creación

continua, pero esto sucede en un campo que está jerarquizado, donde hay que preguntarse si la sumisión de los subordinados conmina a perpetuar esta relación o si, como señala el autor, “a la inversa, la relación objetiva de dominación impone los signos de sumisión”. ¿Cómo el personal de salud, en específico los promotores de la salud institucional, es partícipe de un sistema imperante, MMH, en el que actúa siendo sujeto del mismo y a la vez reproduciéndolo? La respuesta parece radicar en el *habitus* que, a decir de Keizjer “programa la percepción de lo necesario y lo posible, lo pensable y lo discutible (...) los hábitos de consumo y lo que se percibe como necesidades” (15). Hay una correspondencia entre la estructura social y la conducta individual, siendo el *habitus* resultado del proceso mediante el que lo social se interioriza en los individuos, de modo que las estructuras objetivas concuerdan con las subjetivas. Si bien lo introyectado es difícil de modificar, el *habitus* no es estático sino dinámico, por lo que se transforma a través de un trabajo pedagógico, tan intenso como aquél por medio del que se logró su introyección. Hay que recordar que para Bourdieu (20) el *habitus* se introyecta por la influencia de autoridades pedagógicas, –la familia, la escuela, la institución médica–, a través de un trabajo pedagógico.

Como hemos dicho antes, el *habitus* depende de la posición que se ocupa en un campo: el sujeto aprende las reglas del juego de ese campo según la posición que ocupa al interior de este. El agente actúa y piensa según el campo al que pertenece, internaliza y aprenden cuáles son las acciones que le son permitidas dentro de ese campo.

Los dominados piensan con las categorías mentales heredadas de los dominantes, estructuras mentales y formas de percepción y de pensamiento que son impuestas, en un claro ejercicio de violencia simbólica, por la sociedad hegemónica. Al desenvolverse dentro del modelo antes referido, los promotores interiorizan las ideas del modelo, lo que da lugar a un *habitus* determinado por este contexto.

En el caso del personal de salud es posible hablar de un *habitus* que se produce y reproduce dentro de los servicios de salud. El promotor de salud se conduce con base en lo introyectado por la institución que lo “forma”. El *habitus* de la institución es interiorizado a través de la formación y de las prácticas que dentro del MMH se consideran adecuadas. Los promotores de salud ocupan dentro de este campo una posición subordinada, lo que es muy claro en la relación que sostienen con los médicos, quienes ocupan un lugar privilegiado en la estructura jerárquica que se constituye en torno a la biomedicina, en específico la ejercida por las instituciones de salud gubernamentales.

Como apunta Bourdieu (21), los dominados aplican a las relaciones de dominación categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores que aparecen como naturales, lo que puede conducir a una especie de autodepreciación, o sea de autodenigración sistemática”. Así, la violencia simbólica es instituida “a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador, por consiguiente, a la dominación” (21). Para imaginar la relación en la que se encuentran dominado y dominador, el primero no cuenta con otro instrumento de conocimiento que “aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural” (21).

No obstante lo antedicho, Bourdieu (20) también apunta que “la aprehensión del espacio de las posiciones y la apreciación del valor a dar a cada una por su lugar en ese espacio depende de las disposiciones”, es decir que la estructura dada en un campo puede modificarse, pero se requiere conocer aquello que no proviene de la imposición dominante, de quienes ocupan lugares de subordinación. Es con base en esta premisa que se consideró primordial conocer de primera mano las concepciones que tienen los promotores de salud institucionales en torno a su labor.

Al conocer las concepciones de los promotores de

salud institucionales, queda claro que se ha forjado un *habitus* particular en el contexto del MMH, una manera en la que ellos mismos se ubican como subordinados dentro de esta estructura jerarquizada que impide la valoración de su trabajo. De este modo, si bien la capacitación es de utilidad, no basta para revertir la situación: es fundamental que, además de brindarles la formación necesaria para desempeñarse eficazmente, se les escuche y sean tomadas en cuenta sus opiniones para que la reformulación de la PS no quede en buenas intenciones y, por ende, para que el Estado cumpla con el cometido de garantizar este derecho humano a la población.

## CONCLUSIONES

No obstante que en los discursos la PS se ha colocado en primer plano, bajo el esquema del MMH ocupa, en el mejor de los casos, el último lugar, pues la medicina concebida dentro de dicho modelo se enfoca en lo biológico y en la atención de la enfermedad, sin considerar el papel fundamental que tiene la comunidad, que, de acuerdo con la mirada de la PS, se les tendría que *enseñar* a mantenerse sanas. Con esta perspectiva, la población a la que se pretende beneficiar es culpabilizada y los promotores la conciben como irresponsable por no cuidar de su salud. En este contexto los promotores se ubican en una relación jerárquica y vertical respecto a la población, creyendo que su labor se limita a brindar información para que la gente obedezca lo que el sujeto del conocimiento dice; si no cumple con esta obediencia se le culpa de su enfermedad. Con esta lógica, se ignoran por completo los determinantes sociales y, aunque no se especifique claramente, la salud se convierte en una responsabilidad que compete únicamente al individuo, a pesar de que la promoción de la salud, en teoría, tenga su sustento en la intención de incidir en un ámbito sociocultural, por tanto colectivo. Pongamos como ejemplo la obesidad: considerar que ésta tiene su origen únicamente en la falta de información o en la irresponsabilidad de la persona que la padece,

implica ignorar muchos otros factores que pueden ayudar a explicar el incremento de este problema en el país. La promoción de la salud propone el cambio en la alimentación y modificar el sedentarismo. Sin embargo, no basta con enseñar a la gente cuál es la forma saludable de alimentarse e instarle a la práctica de actividades deportivas, pues en torno a una mala alimentación hay todo un sistema de intereses, incluso empresariales, que fomentan el consumo de “comida chatarra”, aprovechando la falta de una legislación precisa y efectiva al respecto, incluso presentándola en algunos casos como saludable, evidentemente sin serlo. Al respecto, Calvillo (22) menciona: “En los sectores sociales de bajos ingresos de México, el consumo del frijol, clasificado como uno de los alimentos más nutritivos en el mundo, ha caído dramáticamente, siendo sustituido por productos como la sopa Maruchan, –marca comercial de una sopa instantánea de venta en México–. Para muchas familias, el frijol es de pobres y la sopa Maruchan representa una forma de pertenencia al mundo que ofrece la publicidad, la televisión, y del cual están excluidos. El consumo de chatarra aparece como una forma de acercamiento al mundo de la publicidad y la televisión: la salud es la víctima de este proceso”. Este caso muestra cómo la salud que el Estado dice cuidar depende de mucho más que de brindar información, mediante la PS, limitadamente entendida, la que actualmente se implementa desde las instituciones gubernamentales. No obstante, no se trata de decir que la PS no sirve, sino de que la misma se realice con una perspectiva distinta en donde los factores sociales y culturales tengan cabida, a la par de que el Estado se responsabilice de regular de manera eficaz y efectiva a las grandes corporaciones que han hecho de la salud –más bien de la falta de esta– un negocio.

Las entrevistas que se realizaron muestran que la mayoría de los promotores mantiene una concepción en la que se hace responsable al enfermo de su padecer –por no haber actuado preventivamente de acuerdo con lo que indica la

Secretaría de Salud–. Esta concepción dificulta la obtención de resultados deseables en la PS, pues los promotores no están capacitados debidamente para incidir en el ámbito al que se dirige su labor. Es necesario insistir que esta concepción es abrevada por los promotores de la propia institución que es, a su vez, resultado del sistema político y socioeconómico que le ha dado lugar. En este sentido, así se pronuncia Eduardo Menéndez:

“Las formaciones capitalistas generan instituciones que ‘pueden’ desarrollar funciones de control social e ideológico; más aún, dichas funciones pueden ser llevadas a cabo a través de su trabajo institucional por los propios profesionales radicales, dado que dichas funciones son parte de su propio trabajo médico. Pero la posibilidad y orientación de las funciones de control dependerá de las fuerzas sociales que estén operando en una situación social específica, y es a partir de este reconocimiento que deberíamos llegar a conclusiones sobre el papel de las instituciones en el control social e ideológico de los sujetos y conjuntos sociales” (10).

No debemos olvidar que los promotores son también parte del sistema, de modo que no sorprende que ellos mismos consuman alimentos que prescriben como dañinos para la salud, pues al final ellos también son víctimas de la mercadotecnia y de la falta de regulación en este rubro. Además, los trabajadores no suelen percatarse de esto, porque tienen la idea de una medicina enfocada en la enfermedad y en la culpabilización de los sujetos. Dice Bourdieu (19) que la construcción de la realidad es el resultado de un sinfín de actos que llevan a cabo los agentes de manera individual o colectiva para imponer una visión del mundo social más acorde a sus intereses, según la posición que ocupan en la estructura social y apelando a los poderes diferenciales que poseen. Es en el pensamiento hegemónico en el que vemos la interiorización de conceptos alrededor de la salud-enfermedad.

Este pensamiento se caracteriza por un permanente



intento por simplificar la PS a meras actividades informativas, de instruir e indicar lo que se debe hacer para generar “estilos de vida saludables” desde un hábitus que culpabiliza a la sociedad de su enfermedad, favoreciendo una cultura de consumo a la salud sin tomar en cuenta el entorno de la población, sus condiciones sociales y culturales. Esto da como resultado una ineficiente labor de los promotores de salud, con base en un esquema de atención en el que predomina la violencia del trabajador hacia los individuos. Aquí es pertinente destacar que la violencia, ejercida desde la “autoridad”, de los promotores hacia los miembros de la comunidad “a su cargo”, forma parte de toda una estructura jerarquizada, incluso autoritaria. Si los promotores se ubican por “encima” de las personas, aduciendo un mayor “conocimiento” puesto que su labor es la de “enseñar”, por arriba de ellos están, no sólo sus jefes y las autoridades dentro del organigrama institucional, sino cualquier persona que se desempeñe en otras áreas dentro de la institución, consideradas “más importantes”, “superiores” o “mejores”, es decir médicos y enfermeras que, en general, perciben al área de PS como “inferior” o “menos importante” y a los promotores como una suerte de “técnicos”, “no profesionales” que no hacen bien su labor o que, incluso, la desconocen.

Lo anterior tiene que ver con la formación de los promotores y sus perfiles que no son los adecuados: se trata de un área en la que bien puede estar alguien con estudios concluidos a nivel superior, como nivel secundaria, e incluso con una diversidad de disciplinas como: arquitectura o contaduría, lo cual hace que se perciba a los promotores de la salud con falta de sustento y conocimiento, pues a diferencia de los médicos y enfermeras no necesariamente tienen estudios profesionales. Esto a su vez da lugar a que la PS no se considere como un campo “profesional” y que quienes la desempeñan no sean reconocidos en su labor, incluso puede decirse que el personal de esta área es invisibilizado. El no reconocimiento a la labor que ejercen los promotores de salud por

parte de la propia institución y de sus integrantes, los promotores lo perciben como “devaluación”, no sólo de su quehacer, sino también de ellos como personas, lo que podemos concebir como violencia, la misma que ellos a su vez ejercen para los integrantes de las comunidades. Esta percepción se sustenta en hechos concretos y cotidianos, por ejemplo, sus sueldos son, en comparación con los de otro personal de la institución, mucho más bajos y se les asignan labores que no les corresponden, que nada tienen que ver con la PS.

Sin duda es importante replantear la posibilidad de formar profesionalmente a los promotores, es deseable que su perfil sea el adecuado, no sólo mediante “capacitaciones”, las cuales no son accesibles a todos y tampoco los proveen de las herramientas necesarias para desempeñar su labor; se requiere de una profesionalización específica de este personal. Esto ayudaría a la revaloración de la PS y de los promotores; a su vez permitiría visibilizar su quehacer y sus funciones con la importancia que en realidad tienen para el sistema de salud del país. Pero no basta con profesionalizar a este personal: es fundamental que en su formación haya cabida a los factores socioculturales. Si el quehacer de este personal es el que, en teoría, debe garantizar un nivel de salud adecuado de la población, está claro que la tarea que se les asigna es de gran trascendencia, pues de ellos depende, en buena medida, que el Estado cumpla con su deber en este campo. Por ello, los promotores deben ser profesionales con una idea clara de sus actividades y, sobre todo, promover una formación de sujetos que piensen sus mundos y se sientan con las posibilidades de transformar las realidades en las que viven (23).

Por otra parte, es necesario esclarecer nítidamente los límites y alcances de la PS, ya que, si bien se asigna a los promotores la tarea de garantizar una parte de la prevención de la enfermedad, esto no es posible sin la participación efectiva del Estado que, de ninguna manera, puede reducirse a tener promotores sin los recursos y las herramientas de

todo tipo que tal quehacer requiere. No olvidemos que es al Estado al que le compete garantizar el derecho a la salud de la población, la propia Constitución así lo determina. No es suficiente con que el Estado tenga instituciones de salud en las que exista el área de promoción, pues la salud está relacionada con las condiciones de vida de la población y si no se abaten los problemas que trae consigo la pobreza (falta de viviendas adecuadas, falta de agua potable, falta de servicios sanitarios, etc.) la labor que se asigna a los promotores es casi imposible. Para reposicionar a la PS como el Estado dice querer hacerlo es imprescindible conocer lo que los promotores piensan y sienten respecto a su labor: nadie mejor que ellos conoce los ámbitos en los que trabajan, las condiciones con las que tienen que realizar su labor y las necesidades que tiene la misma. Si en verdad deseamos promover la salud de las comunidades que conforman al país (y a partir de ello bajar los índices de morbi-mortalidad) es fundamental formar a los promotores de otra manera, revalorar su trabajo y darles las herramientas necesarias para llevarlo a cabo como es debido. Es necesario escuchar a los promotores de la salud institucionales, hacerlos visibles e integrarlos en la planeación de la reestructuración

que se plantea de esta importantísima labor. También es necesario integrar a otro personal de salud, médicos y enfermeras, para que realicen acciones de PS, cada contacto con otra persona será una oportunidad para generar un cambio con los demás (24). La investigación que se realizó en Veracruz y el presente artículo pretenden aportar en este sentido, incursionando en el conocimiento y reconocimiento de lo que significa la PS desde la experiencia de los propios promotores, base ineludible para un reposicionamiento adecuado de esta área, lo mismo dentro de las instituciones de gobierno que en los ámbitos académicos y sociales; en consecuencia, para que el Estado garantice verdaderamente el derecho humano a la salud de la población mexicana.

## AGRADECIMIENTOS

A aquellas personas que compartieron sus experiencias en la realización de este trabajo, por sus importantes aportes a la comprensión del problema de estudio.

**Declaración de conflicto de intereses.** Los autores declararon no tener conflicto de intereses

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Nota conceptual. Ejecución del plan de acción sobre la salud en todas las políticas [internet]. Washington: OPS; 2015. [consultado octubre 30, 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/HiAP-Concept-Note-SPA.pdf>
2. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Publicación científica No. 557. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996:43.
3. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario. Ginebra: OMS; 1998: 10.
4. Organización Mundial de la Salud. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Official Records of the World Health Organization. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York: 100.
5. Beldarraín E, Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Rev Cubana Salud Pública*. 2002; 28(1): 62-70.
6. Milton T. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. Promoción de la salud, una antología. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1996: 38.
7. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa: Organización Mundial de la Salud; 1986.
8. Secretaría de Salud. Modelo Operativo de Promoción de la Salud. México; 2007.
9. Chapela MC, Cárdenas R. Aspectos de las políticas y prácticas públicas de salud en México: seguridad social, servicios, promoción de la salud: ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
10. Menéndez E. Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En: Menéndez E. *La Antropología Médica en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992:486-495.
11. Bourdieu P. *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus, 2002.
12. Hernández E, Saldaña A. Guía básica para la elaboración de proyectos de investigación. Perspectiva Cualitativa. Xalapa: Universidad Veracruzana, 2006.
13. Taylor S, Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós, 1990.
14. Arellano O, Escudero C, Carmona L. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*. 2008; 3(4): 323-335.
15. Keijzer B. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. En: Minayo C, Coimbra JR (Comp.) *Críticas e Atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Río de Janeiro: Fundação Fiocruz, 2005: 441-460.
16. Alcalde J, Molina F, Castillo L. Aportes de la capacitación a la promoción de la salud en los servicios estatales de salud: análisis comparativo en ocho estados de México. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
17. Menéndez E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;(1):12-16.
18. Barros de C, López F. La dominación por el gusto: el consumo en la sociología de Bourdieu. En: Baccaga MA (Coord.). *Comunicación y culturas del consumo*. Salamanca: Comunicación Social, 2012:140.
19. Bourdieu P. *Las estrategias de la reproducción social*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2006.
20. Bourdieu P. *La eficacia simbólica*. Buenos Aires: Biblos, 2010:112.

21. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama, 2000:50-51.
22. Calvillo A. El propósito de la chatarra. 1 de septiembre de 2014. [Consultado noviembre 29, 2017]. Disponible en: <http://elpoderdelconsumidor.org/saludnutricional/el-fin-de-la-chatarra/>.
23. Rodríguez N, Valencia A, Díaz P. Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: reflexiones sobre la formación de profesionales. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Universidad de Caldas, 2013: 18(1):26-40
24. Fábrega R. Retomando la senda de la salud universal. Sistemas de salud, profesionales de salud y promoción de la salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Universidad de Caldas, 2016:21 (2)