


## Artículo Original

# Mirada crítica de promotores de salud durante la pandemia de Covid 19

### Autores:

Roselia Arminda Rosales Flores <sup>1</sup>

Ricardo Galicia Soto <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ciudad de México, México, [roselia.rosales@uacm.edu.mx](mailto:roselia.rosales@uacm.edu.mx), Ciudad de México, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2822-6365>. 

<sup>2</sup>Universidad de la Salud. Ciudad de México, México, [ricardo.galicias@unisa.cdmx.gob.mx](mailto:ricardo.galicias@unisa.cdmx.gob.mx), Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2822-6365> 

### Resumen

DOI:<https://doi.org/10.82238/rscuandes.0501.04>

**Introducción:** la pandemia de COVID-19 reveló las tensiones entre los modelos hegemónicos y alternativos en salud pública y promoción de la salud. Este documento analizó las opiniones, experiencias y reflexiones de 32 estudiantes y egresados de Promoción de la Salud en la UACM -formados en un enfoque inter/transdisciplinario- al implementar acciones sanitarias críticas en la Central de Abastos (2020-2021). **Objetivo:** indagar las opiniones, experiencias y reflexiones del personal de Promoción de la Salud que laboró en la Central de Abastos durante la pandemia de COVID-19, mercado estratégico que concentra el 80% del abasto alimentario de la Ciudad de México. **Materiales y método:** estudio tipo cuantitativo/cualitativo, exploratorio y transversal, mediante encuestas (n=32) y entrevistas semiestructuradas (n=5) a promotores de salud que trabajaron en la Central de Abastos durante 2020-2021. **Resultados y conclusiones:** el 72.5% de las actividades reportadas fueron técnicas-administrativas (pruebas COVID, vacunación), contrastando con el enfoque crítico del plan de estudios (énfasis en determinantes sociales y metodologías participativas). Solo el 8.7% correspondió a educación para la salud, núcleo de su formación. Los promotores desarrollaron estrategias de agencia como: adaptación de protocolos; diálogo horizontal con trabajadores; integración de determinantes sociales en talleres. Los hallazgos revelan que, pese a las limitaciones institucionales, el personal de promoción de salud formado en enfoques críticos logró incluir acciones de prevención y de diálogo con los trabajadores.

**Palabras clave:** atención primaria de salud; covid 19, determinantes sociales; formación interdisciplinaria; promoción de la salud.

## Abstract

**Introduction:** The COVID-19 pandemic laid bare the tensions between hegemonic and alternative models in public health. This document analyzes how 32 graduates of the Bachelor's Degree in Health Promotion (UACM) – trained in an inter/transdisciplinary approach – faced this tension when implementing health actions in the Central de Abastos (2020-2021). **Objective:** This mixed study analyzes the gap between the interdisciplinary training of health promoters (UACM) and the practices implemented during COVID-19 in the Central de Abastos (CEDA), a strategic market that concentrates 80% of Mexico City's food supply. **Materials and method:** quantitative/qualitative, exploratory and cross-sectional study, using surveys (n=32) and semi-structured interviews (n=5) with health promoters who worked in the Central de Abastos during 2020-2021. **Results and conclusions:** 72.5% of the reported activities were technical-administrative (COVID tests, vaccination), contrasting with the critical approach of the curriculum (emphasis on social determinants and participatory methodologies). Only 8.7% corresponded to health education, the core of their training. The promoters developed agency strategies such as: adaptation of protocols ("the community touch"); Horizontal dialogue with workers; Integration of social determinants in workshops. The findings reveal that, despite the institutional limitations, they included prevention actions and dialogue with workers.

**Keywords:** primary health care; covid 19, social determinants; interdisciplinary training; health promotion.

## Introducción

El enfoque multi, inter y transdisciplinario de la disciplina de Promoción de la Salud (PS) y particularmente de la Licenciatura en Promoción de la Salud (LPS) enfrenta diversos retos epistemológicos, pedagógicos, teóricos y metodológicos que requieren una reflexión constante, por lo que es importante, explorar cómo el personal formado como Promotores de la Salud interiorizan estos elementos y la reflexión crítica que realizan acerca de las prácticas sanitarias implementadas en su ejercicio laboral.

Con base en lo anterior, el presente estudio analiza cómo los estudiantes y egresados de la LPS de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) consideraron las acciones sanitarias desde la Promoción de la Salud y la Atención Primaria de Salud (APS) desarrolladas por la Secretaría de Salud local en la Central de Abastos (CEDA) para frenar el brote epidemiológico de Covid 19 durante el primer año de la pandemia a través de una encuesta y entrevistas semiestructuradas. La CEDA es un mercado que abastece el 80% de alimentos en la capital y no cerró sus puertas, por ser actividad esencial <sup>(1, 2)</sup>, considerado el mercado más grande de México y Latinoamérica <sup>(3)</sup> –CEDA– espacio atravesado por las acentuadas desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad mexicana, una de las más inequitativas de la región <sup>(4)</sup>.

La UACM plantea como objetivo ofrecer licenciaturas que, basadas en un diagnóstico de las problemáticas y necesidades de la Ciudad de México, se forma profesionistas capaces de atender estas demandas mediante propuestas innovadoras buscando fomentar la colaboración con profesionales formados en perfiles tradicionales <sup>(5)</sup>.

En este contexto, las licenciaturas de la UACM están diseñadas para responder a necesidades no cubiertas por perfiles profesiográficos tradicionales, que se centran exclusivamente en un campo laboral ya establecido, como la LPS, que aborda problemáticas de salud desde un enfoque interdisciplinario, transdisciplinario y profesionalizante <sup>(6)</sup>.

La UACM organiza su oferta académica a través de Colegios, cada uno de los cuales agrupa áreas amplias del conocimiento. Los cursos dentro de estos Colegios se estructuran en dos ciclos: el básico y el superior. El primero, que abarca los primeros tres semestres, tiene como objetivo evitar la especialización temprana y promover una formación amplia, científica, crítica y humanística. El segundo, que comprende los últimos cinco semestres, se centra en la especialización disciplinaria. La LPS forma parte del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCyH) y sigue esta estructura formativa <sup>(6)</sup>.

La formación profesional es un proceso continuo que se construye a lo largo de las distintas etapas de la educación universitaria. Aunque esto aplica a todas las profesiones, en la LPS el proceso se torna más complejo, debido a las diversas perspectivas epistemológicas, teóricas y metodológicas que abarca. A medida que los estudiantes avanzan en los cursos de la licenciatura, desarrollan los conocimientos teóricos-metodológicos necesarios para sustentar sus prácticas profesionales, las cuales se articulan en torno a los paradigmas biomédico, sociohistórico y emancipatorio <sup>(7)</sup>.

La Promoción de la salud como práctica social y campo de conocimiento ha ido desarrollando a lo largo del tiempo sus propios marcos teóricos y metodológicos desde diferentes perspectivas de las ciencias sociales y ciencias básicas. En el ciclo superior se abordan elementos desde la visión biológica, cuyo objeto de estudio es la enfermedad, reflejada en el cuerpo biológico de los individuos y las poblaciones. Las metodologías y acciones desde esta mirada son las preventivas, información con trípticos y otros documentos, así como la propuesta de estilos de vida. En el ciclo superior se aborda la promoción de la salud desde enfoques críticos y se plantea a la salud/enfermedad como un proceso y nivel de análisis macro, el cual está determinado por la determinación sociohistórica y los determinantes sociales. Las metodologías y acciones proponen trabajar con las personas identificando los problemas estructurales y acompañando en procesos de participación social y promoviendo la capacidad de agencia de los grupos; asimismo se revisan otras perspectivas como la emancipatoria que implica el estudio de la salud como se refiere en la Carta de Ottawa<sup>(8)</sup> para identificar las aspiraciones individuales y colectivas; el desarrollo de habilidades sociales y cognitivas y; la adquisición de capitales para lograrlas. La propuesta en campo es el acompañamiento, la reflexión de la situación y la escucha activa.

El perfil del egresado de esta licenciatura detalla los conocimientos, habilidades y actitudes que los estudiantes deben desarrollar a lo largo de su formación y se fundamenta en principios institucionales

como: (a) fomentar una educación crítica, científica y humanística; (b) centrar el aprendizaje en el desarrollo de competencias; (c) estructurar un ciclo básico que evite la especialización temprana, ofreciendo contenidos generales en ciencias y humanidades; (d) garantizar un ciclo superior orientado a la profesionalización generando una trayectoria específica en un campo de conocimiento; (e) atender necesidades sociales específicas a través del desarrollo de habilidades técnico-profesionales <sup>(7)</sup>.

Las intenciones formativas de la LPS están expresadas en los programas de estudio que integran ambos ciclos académicos. Las materias del ciclo básico, pertenecientes al Colegio de Ciencias y Humanidades, promueven una educación científica vinculada a la perspectiva biomédica; el ciclo superior enfatiza la formación en ciencias sociales y humanidades desde enfoques críticos. A lo largo del plan de estudios, los cursos ofrecen marcos teóricos y metodológicos que permiten analizar la salud, la enfermedad, el cuidado, la atención y la muerte, así como desarrollar prácticas en salud para abordar diversas problemáticas de los territorios <sup>(7)</sup>.

Es así que, el objetivo de la investigación fue analizar las experiencias, reflexiones y valoraciones del personal de Promoción de la Salud que laboró en la Central de Abastos durante la pandemia, con el fin de identificar los retos institucionales y territoriales para la implementación de prácticas de promoción de la salud con un enfoque crítico.

## **Materiales y método**

Se realizó un diseño mixto integrado por una fase cuantitativa seguida de una fase cualitativa, cuyo propósito fue comprender las experiencias y reflexiones del personal de Promoción de la Salud que trabajó en la Central de Abasto (CEDA) durante la pandemia de COVID-19.

### **Etapas cuantitativa**

Se aplicó una encuesta a la totalidad de las y los promotores que cumplieran los criterios de inclusión: ser estudiantes o egresados de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y haber laborado al menos seis meses continuos en la CEDA durante la

pandemia. La encuesta<sup>1</sup> se diseñó en *Google Forms* durante el segundo semestre del año 2020, la cual se difundió a través de redes sociales, garantizando el anonimato y la confidencialidad de los participantes, ya que no se recopilaban datos personales. El universo de estudio estuvo constituido por el total (32) promotores de la salud egresados de la UACM quienes participaron de manera voluntaria. El muestreo fue no probabilístico siguiendo los criterios de Hernández et al <sup>(9)</sup> y Corbetta <sup>(10)</sup>. La encuesta incluyó preguntas sociodemográficas (sexo, edad, lugar de residencia, estado civil, condiciones de vida, presencia de hijos) y académicas (número de créditos cursados, situación del servicio social, tema de tesis realizada). La información se procesó mediante estadística descriptiva, calculando frecuencias y porcentajes para obtener un panorama general de las características de los participantes. Los datos recopilados fueron organizados y tabulados en Microsoft Excel para facilitar su análisis, realizando un análisis descriptivo. Al final del instrumento se preguntó si deseaban continuar en la segunda fase del estudio; donde se incorporaron elementos cualitativos, quienes aceptaron proporcionaron sus datos de contacto.

### **Etapas cualitativa**

La fase cualitativa consistió en entrevistas semiestructuradas<sup>2</sup> a distancia atendiendo las medidas sanitarias de la pandemia a cuatro promotoras y un promotor de la salud durante el primer semestre del año 2021. Participaron quienes manifestaron interés en continuar en el estudio. Las entrevistas se enfocaron en las experiencias, valoraciones y reflexiones del personal respecto a las estrategias implementadas por las instituciones de salud durante la pandemia, así como en la forma en que recuperaron los aprendizajes de la licenciatura para interpretar su práctica en campo. Las entrevistas fueron transcritas íntegramente. Para el análisis de resultados se realizaron lecturas analíticas que llegaron a una saturación<sup>3</sup> donde se retomaron las categorías: actividad laboral, crítica a la Promoción de Salud Tradicional y crítica, tensión entre formación académica y prácticas institucionales durante la pandemia.

### **Integración del diseño mixto**

---

<sup>1</sup> Conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir <sup>(8)</sup>.

<sup>2</sup> Son flexibles y se adaptan a las condiciones de la conversación donde se el investigador puede ir guiando la entrevista para ir cubriendo los objetivos de estudio <sup>(11)</sup>.

<sup>3</sup> Según Izcara <sup>(12)</sup> la saturación de respuestas se lleva a cabo cuando las respuestas son iguales, repetitivas o similares, dejan de aparecer nuevos conceptos y categorías y, los nuevos datos dejan de aportar nueva información novedosa.

La integración de los datos se realizó en dos niveles. En primer lugar, de forma **secuencial**, pues los resultados descriptivos de la encuesta permitieron contextualizar a los participantes y orientar el enfoque de las entrevistas. En segundo lugar, a nivel interpretativo, al contrastar y relacionar la información cuantitativa y cualitativa durante el análisis final, lo cual permitió comprender cómo ciertas características sociodemográficas y académicas se vinculaban con las experiencias y reflexiones expresadas por las y los promotores de salud.

### **Criterios de validez y rigor cualitativo**

Para garantizar la calidad del análisis de resultados se realizó una triangulación de métodos que permitió reunir datos cuantitativos y cualitativos como lo explica Denzin <sup>(13)</sup>, dichos resultados permitieron recuperar las experiencias, reflexiones sobre las prácticas de Promoción de la Salud crítica de los PS de la UACM en 2020-2021.

Esta investigación se clasifica como un estudio sin riesgo, ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio y no se requirió de un comité de bioética <sup>(14,15)</sup>.

### **Resultados**

La muestra estuvo constituida por 32 estudiantes y egresados de la LPS durante 2020 y 2021, periodo en el que trabajaron en la Central de Abastos para enfrentar el brote epidemiológico de Covid-19.

El 70.6% de la población participante fueron mujeres y 29.4% varones. La edad promedio fue 27 años. El porcentaje de créditos de la licenciatura que reportaron los encuestados fue de 88% de avance y 12% de ellos ya estaban titulados.

Durante el periodo trabajado en la CEDA, tres cuartas partes consideró buena su estancia laboral, ya que mencionaron que aplicaron conocimientos de PS y APS, además que aprendieron a trabajar de mejor manera en campo y en equipo.

Consideraron que hubo buena capacitación sobre las tareas que realizaron, asimismo, hubo una persona que realizó su tesis como parte de su titulación.

En menor medida, algunos percibieron que su participación estuvo limitada por la escasa aplicación de conocimientos disciplinares o por carencias en su preparación académica (Tabla 1).

**Tabla 1. Experiencia de trabajar en la CEDA durante el primer año de pandemia de Covid-19**

| Experiencia | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|-------------|---------------------|-------------------------|
| Buena       | 16                  | 50                      |
| Regular     | 5                   | 15.6                    |
| Muy buena   | 10                  | 31.2                    |
| Mala        | 1                   | 3.2                     |
| Total       | 32                  | 100                     |

Elaboración propia a partir de la encuesta 2020.

Por su parte, la tabla 2 presenta las actividades realizadas por participantes en el marco de las prácticas de PS y APS. Cabe destacar que el total de respuestas registradas (n=149) superó al número de participantes, ya que cada persona reportó múltiples actividades. Los datos revelaron que las intervenciones se enmarcaron en el modelo higiénico-preventivista, destacándose acciones como: entrega de gel antibacterial (11.4%), monitoreo de temperatura corporal (8.7%), realización de pruebas COVID (14.1%), promoción del lavado de manos y uso correcto de cubrebocas. Paralelamente, se identificaron intervenciones alineadas con los principios fundamentales de la PS y la APS, entre las que destacan: (1) gestión de información epidemiológica (captura y análisis de datos); (2) trabajo interdisciplinario en las brigadas de salud; (3) seguimiento activo de casos COVID-19; (4) realización de pruebas de tamizaje (Covid 19, VIH y otras); (5) elaboración de censos comunitarios e; (6) implementación de talleres educativos sobre alimentación saludable y prevención de violencia. Estas actividades, aunque menos frecuentes que las medidas higiénico-sanitarias, reflejaron un abordaje integral del proceso salud-enfermedad-atención y cuidado.



**Tabla 2. Actividades realizadas en la CEDA durante la pandemia**

| Actividades   | Frecuencia |
|---|------------|
| Entrega de gel  | 11         |
| Checar temperatura  | 6          |
| Toma de presión arterial                                    | 4          |
| Toma de glucosa   | 4          |
| Vacunación  | 19         |
| Pruebas COVID   | 14         |
| Educación para la salud                                     | 13         |
| Coordinación de brigadas de otros profesionales de la salud | 8          |
| Análisis estadísticos                                       | 10         |
| Elaboración de talleres enfocados a temas de salud          | 19         |
| Censos en colonias cercanas                                 | 10         |
| Encuestador/a   | 11         |
| Capturista  | 20         |
| Total de respuestas   | 149        |

Elaboración propia a partir de la encuesta 2020.

Por otro lado, el análisis de las entrevistas acerca de las experiencias laborales en la Central de Abastos permitió documentar, tanto la estructura cotidiana de trabajo como las intervenciones concretas desarrolladas en el marco de la PS y APS durante su periodo contractual. Los participantes reportaron que:

*...realizamos el cerco sanitario (...) e identificar a las personas que ya tuvieran síntomas a través de una aplicación “Aplicación CDMX, mensajería” (...), les hacías un cuestionario y la aplicación te daba los puntos y ya le mencionabas a la persona (...) tiene que ir y hacerse la prueba. Teníamos el módulo de las pruebas Covid y nosotros los llevábamos a que les hicieran las pruebas Covid, (...) repartimos gel y pedíamos los nombres (Informante 3).*

Como propuesta de recategorización de las actividades se conjuntaron en tareas técnicas referidas a vacunación y mediciones de signos y síntomas (72.5%); a gestión de la información (18.8%); Promoción y Educación para la salud (8.7%). Las 3 actividades más frecuentes (técnicas y gestión) suman 39% del total, lo cual contrasta con su formación en promoción y en educación para la salud (solo el 8.7%). Se observó que en estos datos existió discrepancia en la formación y su práctica profesional, ya que las actividades biomédicas (61.7%) contra comunitarias (38.3%) y 8.7% corresponden a educación para la salud, núcleo de su formación, aunque la elaboración de talleres fue frecuente (19) y la educación directa fue baja (13).

Esta discrepancia, se revela en los testimonios y en la encuesta. La población participante consideró que la mayoría de las acciones fue de corte biomédico, no obstante (21) dijeron que tuvieron un enfoque tradicional y crítico, ya que lograron ser puente de comunicación entre el personal de salud y trabajadores de la CEDA, desarrollando un diálogo permanente y de confianza.

En el análisis de las rutinas laborales recuperadas de las entrevistas evidenció la tensión entre su formación y las prácticas sanitarias, indicando:

*...estoy en desacuerdo porque dicen "el promotor de la salud está para dar gel, para medir temperatura, para pegar carteles, para invitar a la población a que usen cubre bocas, guantes, tomen su sana distancia y de ahí, esas son las actividades (...), más que nada es hegemónico (Informante 5).*

*Nosotros nos incorporamos y vamos teniendo que hacer lo que nos dicen, porque ya está establecido desde la institución y pues ni modo, tienes que hacerlo, pero en ese hacer lo que ellos solicitan, nosotros le ponemos el toque de lo que nosotros conocemos (Informante 3).*

Como se observa, el Informante 5 cuestiona las prácticas sanitarias a la reducción a tareas higiénico preventivistas (gel, temperatura, carteles), que reflejan una lógica biomédica, las cuales dejaron de lado el enfoque de PS integral. La mención a lo "hegemónico" sugiere una conciencia como promotor de la salud que se ha formado en una perspectiva crítica. No obstante, el Informante 3 evidencia una tensión entre la imposición institucional y la agencia: "hacer lo que nos dicen" contra "le ponemos el toque".

Por otro lado, durante las entrevistas mencionaron que hacer PS desde una perspectiva crítica es difícil, pues consideran que se complementa con la forma en cómo se da el acercamiento de los promotores de la salud con un enfoque comunitario y horizontal, señalando:

*El toque de todo el trabajo con la gente, por ejemplo, ellos llegaban, hacían jornadas y detección y toma de esto, del otro. Nosotros nos acercamos a la gente, la hacemos que se convenza, de que es parte de su derecho en primera. En segunda, que es algo que ellos deben de ir realizando. En los Centros de Salud, o incluso en la misma Jurisdicción el doctor quedaba fascinado con el trabajo de los Promotores de la Salud ¿Por qué? “Porque los mando a un lado: resultados buenos, los mando a otra área: resultados buenos”. Lo cual quiere decir que la parte tradicional tal vez a ellos les ha funcionado durante muchos años, pero la chispa que trae el Promotor de la Salud del trabajo con la gente, del conocer cómo obtener ese acercamiento, cómo relacionarse con ellos ha sido un plus y ahora para cada programa, cada cosa que hacen, dice: “pues lleva a los promotores de salud” (Informante 4).*

*Abordábamos a las personas como iguales, no como “casos” (Informante 1).*

*Yo siento que las más efectivas fue el acercarte con las personas y poder entablar una conversación, escucharlos, porque también mucha gente de la central de abastos que labora ahí, a veces no es escuchada y necesita ser escuchada, entonces conocerlos y que te conozcan, digo porque no nada más era que ellos te hablaran y te platicaran, también te decían: “bueno ¿y tú qué?”, y pues también era platicarles situaciones tuyas, entonces eso generaba mucha confianza en ellos (Informante 2).*

Las prácticas sanitarias tradicionales se reducen a una PS de medidas técnicas individualizantes ignorando la determinación sociohistórica y los determinantes sociales de la salud (DSS). El "toque" mencionado por el Informante 3 y 4 alude a estrategias comunitarias basadas en confianza y diálogo, la reflexión no prevista en protocolos, pero que se aborda en el plan de estudios de la LPS.

Por otro lado, casi la totalidad de participantes reportó valorar el trabajo en la CEDA por la oportunidad de trabajar durante ese momento histórico y expresaron satisfacción laboral por poner en su práctica sus saberes; para la mayoría de los participantes fue su primera experiencia como profesionales de la salud.

## Discusión

Los resultados mostraron que el papel del profesional en promoción de la salud y de Atención Primaria de salud fue necesario e importante para frenar el brote epidemiológico de Covid 19 en la CEDA, a partir de lo aprendido y desarrollado en su formación en la Licenciatura de Promoción de la Salud, no obstante, durante la pandemia, de acuerdo con Rodrigues et al <sup>(16)</sup>, existieron barreras para implementar acciones de Promoción de la Salud y Atención Primaria de Salud con énfasis en la atención centrada en la persona y la comunidad, porque se sigue privilegiando lo curativo sobre lo preventivo, en detrimento de intervenciones territoriales.

La pandemia, a su vez representó, adversidades especiales para el personal de atención primaria de salud, porque requería improvisaciones por la falta de apoyo y de insumos. Esto se debió a que, se le dio más peso a un enfoque biomédico. A pesar de que las experiencias indicaron que se requería incorporar perspectivas críticas que accionen sobre los determinantes sociales de la salud ara el enfrentamiento de pandemias y otros problemas de Salud Pública, así como el acompañamiento en los procesos de empoderamiento de las personas y las comunidades como lo mencionaron Fienco et al <sup>(17)</sup>, como las mencionadas de los promotores de salud en la CEDA.

Estas experiencias y lecciones indican la necesidad de desarrollar estrategias a mediano y largo plazo que fortalezcan la capacidad del personal sanitario incorporando las perspectivas que incorpore la Promoción de la Salud y Atención Primaria de Salud críticas para enfrentar futuros desafíos, mientras se fomente una atención integral.

Cardo et al <sup>(18)</sup> señalaron que el personal de APS -incluidos los promotores de la salud- desempeñaron un papel necesario durante la pandemia, ya que se establecieron relaciones de confianza con las personas en su comunidad al comprender el contexto sociocultural generando empatía e intervenciones eficaces.

Franco <sup>(19)</sup> menciona que, en ciertos territorios, la promoción de la salud realizada permitió desarrollar acciones para fortalecer las capacidades de las personas para controlar su salud y los espacios, como lo mencionan los promotores de la UACM y los trabajadores de la CEDA.

Las experiencias durante la pandemia, indican que se requiere de formar personal desde perspectivas críticas con habilidades para generar salud y no solo dar respuesta a las enfermedades en su dimensión

biológica. Es así que, los promotores de la salud egresados de la UACM demostraron ser capaces realizar las acciones de prevención y atención a las personas que se contagiaron del virus con dedicación y compromiso social, lo cual permitió desarrollar prácticas de Promoción de la Salud crítica y la APS ancladas en los territorios. La Promoción de la Salud crítica invita a pensarse en dos niveles. En el primero alude al desarrollo de las capacidades de las personas, a nivel individual y comunitario, para ejercer control sobre su salud. El segundo se refiere a comprender a la salud como herramienta política enfocada en la creación de salud. De esta forma, se requiere reorientar la Promoción de la Salud, no solo centrada en medidas higiénicas preventivas, sino que deben ser acompañadas con acciones territoriales y reorganización de los servicios de salud para enfrentar nuevas enfermedades y epidemias más allá de un enfoque curativo <sup>(16)</sup>.

Los retos de la Promoción de la Salud crítica, así como de los promotores de la salud egresados de la UACM, radican en desarrollar estrategias que incluyan dimensiones sociales, ecológicas, culturales, económicas y políticas articulándolas de manera integral con la biología <sup>(20)</sup> para lo cual es necesario que las políticas y acciones en salud se lleven a cabo de manera integral, recuperando los conocimientos y las prácticas los promotores han construido durante su formación, las cuales contrastan de la perspectiva tradicional. La desintegración entre lo biológico y lo social fue evidente en varias de las estrategias implementadas durante la pandemia.

## Conclusiones

Durante la pandemia, la APS en muchos territorios se enfocó en prácticas sanitarias tradicionales o biomédicas utilizando la tecnología <sup>(21,22)</sup> que evidenciaron la tensión histórica entre modelos tradicionales que coincidió con el 72.5% de actividades biomédicas reportadas en la CEDA. Los Modelos críticos como el que reporta Franco <sup>(23)</sup> indica cómo se realizan en menor frecuencia en la práctica. Asimismo, él reportó que existe una confusión generalizada entre Promoción de la Salud y prevención de enfermedades, lo que concuerda con los resultados de la investigación: el 61.7% de las actividades en la CEDA estuvieron enfocadas en la prevención (pruebas COVID, vacunación) solo el 8.7% correspondió a educación para la salud. El artículo de revisión destaca el modelo basado en determinación social, los resultados de esta investigación en la CEDA muestran cómo los promotores de la salud, adaptaron las prácticas sanitarias tradicionales a enfoques basados en lo comunitario y en la empatía generando diálogos sobre DDS en

talleres a partir de las necesidades con y desde de la población.

La negociación del "toque" como práctica de agencia en el territorio, permite que haya sentido en el espacio a partir de lo aprendido en su formación profesional y en cómo se accionan las prácticas sanitarias. La contradicción entre los modelos biomédicos (centrados en el individuo) y los críticos con énfasis en los DSS no se resuelve en la teoría, sino en las prácticas sanitarias de actores como los promotores de salud de la UACM, que ajustaron ambas prácticas mediante estrategias creativas. Los resultados coinciden con la crítica de Franco <sup>(23)</sup> sobre la Promoción de la salud tradicional, pero amplían el debate al demostrar que –incluso en contextos institucionales rígidos– los profesionales formados en enfoques críticos pueden generar algunos cambios en la práctica.

Existen metáforas y contradicciones en los testimonios de los entrevistados: "Pegar carteles" contra "escucha activa", en la primera acción es impersonal; en la segunda es la relación que se establece con la comunidad y que para los promotores de la salud resulta importante por su formación crítica; "Nosotros le ponemos el toque" implica creatividad y reapropiación de lo institucional para realizar acciones de reflexión con la población, pero a su vez establecen distinción entre "Ellos" (institución) contra "nosotros" (promotores de la salud) lo que reivindica la PS crítica como agente de transformación y empoderamiento. No obstante, estos profesionales pudieron implementar acciones creativas, reforzaron los filtros sanitarios, la reducción de flujos, los aforos, la promoción de toma de muestras, referencia para la hospitalización temprana, la protección personal, la fabricación de gel, el diseño espacial de zig-zag de los puestos para evitar los contagios, elaboración de carteles, entre otras estrategias para el control del brote en este espacio público y que a su vez se destacó el trabajo colectivo, con articulación con otros profesionales de la salud y el trabajo intersectorial para la movilización de recursos humanos y materiales.

Los testimonios revelan una tensión fundamental entre la formación integral recibida –basada en un enfoque científico-crítico y humanista– la cual se sustenta en un plan de estudios donde el ciclo superior de las asignaturas abordan DSS, metodologías participativas o salud colectiva <sup>(7)</sup> y las limitaciones institucionales para su aplicación, lo cual permite concluir que la PS y la APS deben ser replanteadas y reforzadas en las instituciones de salud, no solo como herramientas para la prevención de enfermedades, sino como enfoques integrales para generar salud y participación social.

Los promotores de la salud formados en programas novedosos como el de la UACM tienen capacidades para articular las acciones de prevención y PS con las acciones en territorio <sup>(24)</sup>, por lo tanto, en el contexto social de la comunidad con la que trabajan y acompañan, les permite establecer un vínculo con las poblaciones, que parte del diálogo y la reflexión, pero también realizando las tareas propuestas por los programas de salud.

La ausencia del respaldo institucional para la PS crítica limita la implementación de prácticas comunitarias participativas que generen entornos saludables. Las políticas actuales privilegian intervenciones técnicas preventivistas (verticales e individualizantes), contradiciendo los principios de la APS y PS que demandan abordajes territorializados, participación comunitaria efectiva para el ejercicio del derecho a la salud ampliado, intersectorialidad e interseccionalidad exige transformaciones al sistema de salud para lograrlo <sup>(24)</sup>.

La formación interdisciplinaria y su conocimiento acerca de los DSS y su impacto en la salud, fue ignorado, reproduciendo un modelo biomédico. Ellos podrían haber sido aliados clave para desmedicalizar la pandemia de COVID-19 si se hubiera reconocido rol pedagógico y comunitario <sup>(8)</sup>.

La recomendación es que se retomen las propuestas de Atención Primaria en Salud integral e integrada planteadas en la conferencia de Alma Ata de tal forma que el perfil formativo biomédico y sociohistórico de la PS conlleven a propuestas de acciones más integrales derivadas de la carta de Ottawa <sup>(8)</sup>, como el realizado por estos profesionales de la salud en campo, pues tienen la capacidad de no solo comprender las enfermedades a nivel biológico, sino también la forma de intervenir desde enfoques sociales y comunitarios.

El gobierno de la Ciudad de México, en su Programa de Gobierno 2019-2024 <sup>(25)</sup> planteó a la ciudad como un referente en términos de derechos y bienestar, dando atención a los DDS, subrayando la importancia de proteger la salud de los trabajadores de sectores estratégicos, como los de la CEDA. Esta mirada hizo énfasis en la PS y APS como herramientas para mejorar las condiciones de vida, fortalecer la salud colectiva y garantizar el acceso universal a la salud, especialmente en contextos de vulnerabilidad <sup>(26, 27)</sup>.

En conclusión, las experiencias de los promotores de salud en la Central de Abasto durante la pandemia mostraron que, para lograr un sistema de salud universal, es necesario integrar la PS y la APS en las políticas públicas de manera coordinada y territorializada, promoviendo la participación comunitaria y un enfoque intersectorial e interseccional que aborde las múltiples dimensiones de la salud.

El estudio presenta varias consideraciones metodológicas que es importante reconocer. En primer lugar, aunque la encuesta fue respondida por la totalidad del personal de Promoción de la Salud cuyo criterio de inclusión fue ser egresado de la UACM y que trabajó en la Central de Abasto durante la pandemia al menos 6 meses, la fase cualitativa se basó en un muestreo por autoselección, ya que solo participaron en las entrevistas quienes manifestaron voluntariamente su interés en continuar en el estudio. Esta característica puede introducir un sesgo al privilegiar las voces de quienes tenían mayor disponibilidad o motivación para compartir su experiencia. Asimismo, existe un posible sesgo de deseabilidad social, dado que todas las personas participantes eran estudiantes o egresadas de la Licenciatura en Promoción de la Salud de la UACM. Esta proximidad académica pudo influir en las formas en que interpretaron y comunicaron sus experiencias, tanto por la alineación con los marcos conceptuales de su formación como por la relación previa con el equipo investigador. Aunque recuperar estas reflexiones desde su propio marco formativo constituía un propósito central del estudio, este sesgo limita la incorporación de otros actores socioprofesionales e institucionales que también participaron en la respuesta local a la pandemia. Finalmente, el enfoque en la mirada de los promotores de salud ofrece profundidad sobre este actor específico, pero restringe la posibilidad de contrastar sus experiencias con otros niveles institucionales. Estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados y al proyectar futuras investigaciones.



## Referencias

1. Fideicomiso de la Central de Abasto (FICEDA). Página electrónica de la Central de Abasto de la Ciudad de México [Internet]. México. [Consultado 18 May 2025]. Disponible en: <https://ficeda.com.mx/>
2. Gobierno de la Ciudad de México (GCDMX). Mercados CDMX [Internet]. México. [Consultado 15 May 2025]. Disponible en: <http://bit.ly/3h0UhqH>
3. Pereira C, Boy M, Rosales R, Marmolejo J, Muñoz C. La Pandemia Social COVID-19 en América Latina. 1ª ed. México. Teseo; 2021.
4. López O, Bañuelos M, Moreno A, López S, Garrido F. Desigualdades socioterritoriales y defunciones por Covid-19 en la Ciudad de México. Sal Púb Mex [Internet]. 2024. [Consultado 10 Mar 2025]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/16043>
5. Hope M, Navarro J, Madariaga M. El proyecto educativo de la UACM. Documentos de apoyo académico. 7ª ed. México. Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2016.
6. Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Gaceta Oficial del Distrito Federal [Internet]. México. [Consultado 15 May 2025]. Disponible en: <https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/index.php/leyes/leyes/280-ley-de-la-universidad-autonoma-de-la-ciudad-de-mexico#ley-de-la-universidad-aut%C3%B3noma-de-la-ciudad-de-m%C3%A9xico>
7. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Plan de estudios Licenciatura en Promoción de la Salud [Internet]. México. [Consultado 05 Mar 2025]. Disponible en: [https://www.uacm.edu.mx/Portals/0/OfertaAcademica/CCyH/Planes/promocion\\_salud.pdf](https://www.uacm.edu.mx/Portals/0/OfertaAcademica/CCyH/Planes/promocion_salud.pdf)
8. Organización Panamericana de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud [Internet]. [Consultado 25 Jun 2025]. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>
9. Hernández R, Collado F, Baptista L. Metodología de la investigación. 6ª Ed. McGraw-Hill; 2014.
10. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social. 1ª Ed. McGraw-Hill; 2007.
11. Troncoso C, Amaya A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Rev. Fac. Med. [Internet] 2017 [Consultado 10 Nov 2025]; 65 (2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
12. Izcara S. Manual de investigación cualitativa. 1ª Ed. Fontamara, México; 2014
13. Denzin N. Sociological methods a sourcebook. 1ª Ed. Aldine transaction, USA; 1970
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM [Internet]. [Consultado 25 Jun 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
15. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la Federación. 2013 [Internet]. México. [Consultado 25 Jun 2025]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
16. Rodrigues M, Tavares M, Ribeiro F, Pereira I, Ferreira L, y Reis J. (2022). Gestión de los servicios de atención primaria en la pandemia de covid-19 en dos estados brasileños. Cie y Enf [Internet]. 2022 [Consultado 10 Nov 2025]; 28(20). Disponible en: <https://doi.org/10.29393/CE28-20GSMJ60020>
17. Fienco F, Carrera H, Narváez D y Carvajal J. Rol Del Personal Sanitario De Atención Primaria Con Las Comunidades: Retos Y Oportunidades En Pandemia. Rev Soc Fron [Internet]. 2024 [Consultado 11 Nov 2025]; 4(4). Disponible en: [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(4\)395](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(4)395)
18. Cardo A, Valls B, Lara P, Alguacil C, Serrano L, Ferrer V y Godoy I. Respuesta de un centro de salud ante la pandemia COVID-19: percepciones de la plantilla médica, Rev Com. 2020; 22(3): 1-8.
19. Franco A. Pandemia y Promoción de la Salud (PS) a gran escala. Prom Sal [Internet]. 2021 [Consultado 11 Nov 2025]; 26 (1). Disponible en: 10.17151/hpsal.2020.26.1.1
20. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. 1ª Ed. Editorial Médica Internacional; 2001.
21. Alfonso C, Águila A y Feido Y. Atención primaria de salud en la lucha contra el COVID-19 en Cuba, Rev Cie Vill Cla. 2023; 27 (4).
22. Ros C, Péres A, Kalinowski C, Souza M, Straub M, Montenegro L y Martins M. Modelo asistencial en la Atención Primaria a la Salud: Acceso y Atención Integral durante la pandemia de COVID-19. Cog Enf. 2023; 28:1-12.
23. Franco A. Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa. Hac Prom Sal. 2022; 27(2): 237-254.

24. Rosales R, Chávez M. Aporte metodológico a la investigación sociomédica para el estudio de la salud/enfermedad/atención/prevenición: Intervención Territorial. En: Audiffred R, Vega G, Crocker R (Coordinadores). Epistemologías de la Salud y educación médica en el Antropoceno. 1ª Ed. México: Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara; 2024: 93-107.
25. Gobierno de la Ciudad de México. Programa de Gobierno 2019-2024 [Internet]. México. [Consultado 25 May 2025]. Disponible en:  
[https://plazapublica.cdmx.gob.mx/uploads/decidim/attachment/file/1/Plan\\_Gob\\_2019-2024.pdf](https://plazapublica.cdmx.gob.mx/uploads/decidim/attachment/file/1/Plan_Gob_2019-2024.pdf)
26. Giovanella L, Almeida P, Vega R, Oliveira S, Tejerina H. Panorama de la atención primaria de salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Saú Deb. 2015; 39(105): 300-322.
27. Giovanella L, Vega R, Tejerina H, Acosta N, Parada M, Ríos G, Iturrieta D, Almeida P, Feo O. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. Tra Edu e Saú. 2021; 19: 1-28.