

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**“Trabajo, alimentación-nutrición y proceso salud-
enfermedad de los operarios de transporte público de la
ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella”**

TRABAJO RECEPCIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA:

RICARDO GALICIA SOTO

Directora del trabajo recepcional

Lic. María Margarita Chagoyán Godínez

UACM

BIBLIOTECA

SAN LORENZO TEJONCO

México, D.F. Julio 2013.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

TE
2A427.8
G35
E1.2

UACMA TST-22

Agradecimientos

A Emilia Soto y Daniel Galicia (padres) por haber sido los pilares de este logro y, que sin su ayuda no se hubiera concretado este hecho; con todo mi amor, respeto, agradecimiento para ustedes.

Así mismo, Jaqueline, Daniel y Esmeralda (hermanos) y Verónica (cuñada), por el apoyo ofrecido hasta el día de hoy, por sus colaboraciones personales y saberes, gracias.

A cada uno de l@s profesores que me formaron durante la licenciatura y aquell@s que no necesariamente fueron de la carrera y que me enseñaron tanto conocimientos personales como académicos fuera del aula, agradezco lo que hoy soy académicamente.

En especial a Margarita, Claudia, César, Javier y Miguel Ángel que dedicaron tiempo a este trabajo.

L@s amig@s tanto de la Universidad como de otros espacios no pueden faltar, pues la ayuda y el tiempo ofrecido permitieron crecer mutuamente.

Por último, porque:

NADA HUMANO ME ES AJENO

***AUTONOMÍA, EDUCACIÓN Y LIBERTAD. ARRIBA, ARRIBA, LA AUTÓNOMA
DE LA CIUDAD***

Índice.

Introducción	1
Justificación	3
Objetivo general	9
Objetivos específicos	9
Hipótesis	9
Preguntas de investigación	9
Capítulo 1: Urbanización	10
<i>Transporte urbano</i>	11
<i>Aspectos demográficos</i>	16
<i>Contexto de la ruta 12 Taxqueña- Lomas Estrella</i>	17
Capítulo 2: Trabajo	20
<i>Conceptualización de: trabajo</i>	21
<i>Cargas laborales</i>	27

Capítulo 3: Alimentación-nutrición	31
<i>Reproducción social y su relación con la alimentación-nutrición</i>	31
<i>Contexto histórico de la alimentación mexicana</i>	36
<i>Marco jurídico sobre la alimentación</i>	40
Capítulo 4: Proceso salud-enfermedad	43
<i>Proceso histórico del concepto salud</i>	43
<i>Perspectiva histórico-social de la salud</i>	45
<i>Perfil patológico de los operarios de transporte público y de la ruta</i>	12
<i>Taxqueña-Lomas Estrella</i>	55
Capítulo 6: Metodología	62
<i>Tipo de estudio</i>	63
<i>Selección de la muestra</i>	65
<i>Conformación de la muestra</i>	66
<i>Problemas durante la recolección de datos</i>	67
Resultados	68
<i>Presentación de resultados y análisis de la muestra</i>	71
Análisis de resultados	97
Conclusiones	100
Referencias documentales	113
Anexo 1	116

“Trabajo, alimentación-nutrición y proceso salud-enfermedad de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella”

Introducción

El propósito de esta investigación es explicar cómo se relaciona la inserción al proceso productivo, la práctica alimentaria y el proceso salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella al ser trabajadores cuyas condiciones precarias se expresan en desigualdad e inequidad laboral.

Para la obtención de datos sobre las condiciones de trabajo y de alimentación, que constituyen el proceso salud-enfermedad de los operarios, se recurrió a la aplicación de una encuesta con el objetivo de conocer cómo cada uno de estos elementos determinan el perfil patológico y el perfil epidemiológico de este grupo de estudio. La metodología se basó en la perspectiva socio-histórica propuesta por Asa Cristina Laurell.

La investigación se divide en cuatro apartados: Urbanización, Trabajo, Alimentación-Nutrición y Proceso Salud-Enfermedad.

En el apartado uno, se describe cómo la urbanización ha impactado en la Ciudad de México. Algunos de los factores que han influido son: la migración, con el respectivo aumento poblacional, provocando el aumento de la oferta de los servicios, el transporte público no es la excepción, pues se requiere mayor oferta de trabajo realizado por choferes de microbús y otros tipos de transporte. De acuerdo con el censo del Instituto Nacional de Estadística y Geografía, la población en la Ciudad de México asciende a 8 millones 851 mil, 80 personas (INEGI, 2010) hasta 2010 y en la delegación Coyoacán a 620, 416 personas. Por otro lado, en la capital cada una de las delegaciones tiene ciertas características específicas respecto a sus actividades económicas. En este sentido, Coyoacán es una delegación que cuenta con lugares culturales, académicos y económicos por los que pasa la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

En el apartado dos, se explica cómo se concibe *el trabajo* desde la perspectiva socio-histórica y se analiza de acuerdo a cómo los sujetos se insertan al proceso productivo. En el caso de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella, ellos ofrecen un servicio que requiere la sociedad para llevar a cabo las actividades económicas, académicas y sociales, trasladando a las personas de un lado a otro. En este sentido, es necesario aclarar que el trabajo realizado por los operarios está dirigido a producir un servicio que beneficia a la sociedad y no a producir mercancías.

A partir de las características del trabajo realizadas por los operarios de la ruta 12, ellos durante su jornada deben alimentarse para continuar laborando. Pero qué hay detrás de la alimentación, esto se explica en el apartado tres. Para esta investigación se toma como base la práctica alimentaria, pues en ella existen elementos sociales e históricos que determinan la forma diferenciada en la que cada colectivo come para satisfacer esta necesidad. Además, se considera cómo ha cambiado la forma de alimentarse de la sociedad mexicana desde la Conquista hasta nuestros días, debido a la incorporación de nuevos alimentos a nuestra dieta y la eliminación de otros.

En el apartado cuatro, la salud se analiza no de manera lineal, salud y luego enfermedad, sino se estudia como proceso salud-enfermedad, pues es un continuo que, de acuerdo a las condiciones en las que vives, es la manera en la que enfermas o mueres. Así mismo, la conceptualización de salud ha cambiado desde hace siglos hasta nuestra época.

Justificación

Explicar la salud, desde la promoción de salud y desde la perspectiva socio-histórica, es fundamental debido a la relación intrínseca que existe entre el trabajo, la alimentación y el proceso salud-enfermedad. También, porque el trabajo propuesto desde la promoción de la salud debe ser interdisciplinario para dar posibles soluciones a los problemas de salud que caracterizan a la sociedad, donde se involucran elementos biológicos, psicológicos, económicos, sociales, políticos, culturales, los cuales se relacionan en cada uno de los determinantes trabajo y alimentación que se involucran en la salud-enfermedad. Por ello, un promotor de la salud puede hacer hincapié y le corresponde construir conocimiento en estas áreas desde los aspectos históricos y sociales para no quedarse sólo en el reduccionismo de recomendaciones hegemónicas que dictan lo que se debe hacer y lo que no, por el contrario, dar cuenta de cómo los factores sociales condicionan la salud-enfermedad de cada uno de los colectivos.

La importancia de explicar el proceso salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella desde la perspectiva socio-histórica radica en que este proceso se trata de un hecho social y los elementos sociales han cambiado a lo largo de la historia, pues se adaptan al modo en cómo se producen los bienes y servicios de la sociedad. Así mismo, porque desde esta concepción teórica se da cuenta de las desigualdades e inequidades que se expresan en el presente, en cada uno de los colectivos.

La perspectiva socio-histórica toma como base el modo de producción de la sociedad para explicar el proceso salud-enfermedad. Partiendo para ello del modo capitalista-neoliberal en el que se encuentra inmersa la organización social mexicana actual, plataforma de desarrollo económico desigual (para quién producir, qué producir y cómo producir). De este modo, se observa cómo se generan las condiciones en que vivirá cada colectivo mediante el consumo o no de los bienes y servicios producidos. Tanto los bienes como los servicios son propuestos de manera distinta, es decir, a partir de políticas sociales, las cuales pueden ser de carácter privado y público, como mercancías o derechos.

La política social¹ ha cambiado a lo largo de la historia. En el siglo XVII y XVIII, las políticas sociales fueron previstas para hacer frente a las condiciones de pobreza urbana generada por el capitalismo. En el siglo XIX pasó de las intervenciones de carácter privado a públicas, para dar así el surgimiento de la política social con la finalidad de compensar, por medio de la acción de la vía pública estatal, las desigualdades económicas y sociales. Así, los cambios en la política social a partir de la década de los años ochenta del siglo pasado, hasta la fecha, han promovido cada vez más la “polarización social, altos índices de desempleo y predominio del empleo precario, incremento de la pobreza (...)” (Vázquez, 2012: 10)

Por lo anterior, se considera al modo de producción como la manera para dar cuenta del goce o no de los derechos de los colectivos, pues esto hace que se tengan diferencias en la forma en cómo se satisfacen cada una de las necesidades –trabajo, alimentación, educación, salud- de los sujetos de la sociedad. En este sentido, con la llegada del capitalismo-neoliberalismo se dejan a un lado los derechos sociales: alimentación, salud, educación y ahora éstos deben ser considerados como mercancías, por tanto, los colectivos al no poder acceder a un trabajo formal no disfrutan de seguridad social, tal como es el caso de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

Entender el proceso salud-enfermedad de los colectivos en la actual sociedad, es indispensable, pues el modo de vida de cada uno es diferente y el perfil epidemiológico² varía en cada uno de los colectivos. Es importante señalar que en el modo de vida se relacionan aspectos biológicos, psicológicos, sociales, políticos, económicos, culturales, los cuales se unen en un solo proceso y es donde se desarrollan los colectivos. Al moverse los sujetos en esta dialéctica, el cuerpo responde a lo que se denomina *plasticidad* ante las condiciones del medio,

¹ Conjunto articulado y sistemático de principios, lineamientos, formulaciones, orientaciones y disposiciones de largo alcance y duración impulsada por el Estado, tendientes a asegurar una serie de servicios-beneficios sociales a los sectores integrantes de una realidad nacional determinada. (Vázquez, 2012: 13)

² Modo de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan.

éstas pueden ser precarias y destructoras de los colectivos. (Laurell y Noriega, 1989)

Un ejemplo de cómo ha cambiado la sociedad y cómo se ha manifestado la urbanización, es el crecimiento de la ciudad y el tráfico vehicular enfrentado día a día por los operarios, lo que provoca un aumento del estrés. En el caso de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella el proceso salud-enfermedad está determinado por el tipo de trabajo realizado, la práctica alimentaria y el proceso salud-enfermedad vivido a diario.

Para esta investigación, es necesario entender el fenómeno de la urbanización, desde el análisis del crecimiento poblacional local y el crecimiento del transporte público para el uso de las personas que deben trasladarse de un lado a otro con la finalidad de llevar a cabo actividades económicas y sociales.

La realización de esta investigación se debe a que los operarios de transporte público están expuestos a una crítica constante, pues se les señala como personas con alta vulnerabilidad para desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, sin conocer en verdad qué hay detrás de su jornada laboral, práctica alimentaria y proceso salud-enfermedad.

En otro sentido, se analizará, a partir de un estudio transversal, el por qué los operarios de transporte público de microbús no son reconocidos como trabajadores formales, es decir, se les considera trabajadores prestadores de un servicio de traslado de personas, dejando a un lado sus derechos laborales, provocando que se convierta su trabajo en precario, desvalorizándolo. Por ello, se debe dignificar el valor de su trabajo y se deben hacer válidos sus derechos laborales, de alimentación y de servicios de salud, porque carecen de ellos, causando desigualdad e inequidad en salud frente a otros operarios del sistema de transporte urbano.

Entender las condiciones laborales³ de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella es necesario para conocer cómo es su jornada laboral en tiempo y espacio, pues se infiere que es diferente al de los otros operarios del transporte urbano. Es importante señalar la existencia de desigualdad laboral entre los operarios de la ruta 12 y otros operarios del sistema de transporte urbano, partiendo de lo que Jaime Breilh denomina la reproducción social donde analiza el movimiento de la vida social en un espacio histórico-natural concreto, el cual permite formular el sistema de contradicciones que determina ese movimiento. De esta forma, Breilh menciona que de acuerdo al medio de producción donde se insertan los sujetos, es la forma en cómo desarrollan sus patrones de consumo, las formas específicas de organización y cultura, las cuales se desenvuelven en medio de un sistema contradictorio que, por un lado, benefician la salud, y por otro, la deterioran. En otras palabras se puede interpretar como lo que se disfruta y se padece con base en las necesidades básicas de subsistencia como las condiciones del trabajo, alimentación, vivienda, vestido y otras necesidades. Con esto se puede acercarse a lo que el operario puede gozar o padecer.

Por otro lado, entender la forma de alimentarse de los operarios de la ruta 12 es necesario porque, a partir de ello, se puede vislumbrar su proceso salud-enfermedad. Pero antes de eso, se debe explicar qué hay detrás del proceso de alimentación-nutrición. Para esta investigación se toma como base la práctica alimentaria y la reproducción social como fenómenos sociales, los cuales explican la forma de comer de los colectivos, debido a la relación de elementos sociales que determinan la forma de comer como son: políticos, económicos, sociales, culturales, y éstos a la vez condicionan el qué, cuándo, cómo, dónde y con quién se come. Así mismo, se explica que la alimentación ha cambiado a lo largo de la historia.

³ Contenido del trabajo y las repercusiones que puede tener sobre la salud y la vida personal de los asalariados. (Laurell y Noriega 1989, p. 44).

En cuanto al tema de salud, para esta investigación se analiza el proceso salud-enfermedad, que no concibe a la salud y a la enfermedad como fenómenos independientes, sino como un continuo. Así mismo, cuando se habla de problemas de salud o de enfermedad en la sociedad actual, a partir del discurso médico tradicional, se culpa a la población de sus patologías, por considerarse problemas de consumo y conductas poco saludables. Esto se asocia a lo planteado por el discurso médico hegemónico vinculado a los *estilos de vida*, planteando que las conductas saludables provocarán salud y las no saludables llevarán a la enfermedad. Además, la crítica hecha a la perspectiva de *estilos de vida* desde la perspectiva histórica-social, es que jerarquiza a los determinantes de la salud, dándoles mayor peso a unos y sin analizar la complejidad del problema. Pero en verdad, ¿son sólo las conductas las que regulan la salud y la enfermedad?

Es importante reconocer que no sólo las conductas son las que afectan la salud de las personas y se debe tomar en cuenta otros aspectos como son las condiciones de trabajo, pues éstas determinan el proceso salud-enfermedad. Así mismo, es necesario explorar el campo de los patrones de consumo de alimentos que adquieren los colectivos, por lo que en este caso se estudia el tipo de trabajo, la práctica alimentaria y la salud de los operarios de transporte público de la ruta 12 como parte de la explicación del proceso salud-enfermedad.

Por lo anterior, es obligatorio romper con la propuesta de explicar la salud y la enfermedad como consecuencias de las conductas de las personas, porque es necesario entender la existencia de la subsunción de lo biológico a lo social, por lo tanto las conductas asumen formas históricas específicas. En primer lugar, el trabajo constituye un hecho social porque a partir de él, el sujeto se transforma a sí mismo, depende de la organización social, del trabajo en sí, de la división del trabajo, y de la actividad económica en la que se inserten los sujetos. Así mismo, esta inserción determinará las relaciones de producción. En el caso de la alimentación-nutrición se trata de un proceso donde participan diferentes elementos: psicológicos, políticos, económicos, culturales y sociales.

Para explicar el proceso salud-enfermedad de los diferentes colectivos desde esta postura, es importante analizar el proceso de producción capitalista, porque a partir de esto, es cómo se dan las relaciones de clase y ello determina el proceso laboral y el desgaste de los sujetos. En este caso es necesario explicar cómo se expresan tanto las relaciones de clase como el desgaste en los operarios de transporte público de la ruta, pues esto puede dar cuenta de las formas biológicas, psicológicas y sociales que viven estos sujetos.

Objetivo general.

Analizar qué relación tiene el tipo de trabajo y la práctica alimentaria con el proceso salud-enfermedad de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

Objetivos específicos.

- Identificar las condiciones laborales de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.
- Describir la práctica alimentaria de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella durante su jornada de trabajo.
- Reconocer los procesos de salud-enfermedad de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

Hipótesis.

El proceso productivo y la práctica alimentaria de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella determinan el perfil patológico de este colectivo.

Preguntas de investigación.

- ¿Por qué el tipo de trabajo que realizan los operarios de transporte de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella determina su perfil patológico?
- ¿Cómo se relaciona la práctica alimentaria de este colectivo con su proceso salud-enfermedad?
- ¿Qué relación existe entre el tipo de trabajo y la práctica alimentaria con la salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella?

Capítulo 1

Urbanización

La urbanización es un fenómeno que ha dado pie a grandes cambios en la ciudad de México, entre ellos, el aumento de la necesidad de utilizar los servicios del transporte público para llevar a cabo la reproducción social. Entre los aspectos que han provocado la migración de los espacios rurales a los urbanos, se encuentra buscar mejores condiciones de vida a través de la obtención de un trabajo digno, al migrar hay un impacto en el crecimiento de las ciudades y en la necesidad de dotar de servicios públicos a las nuevas comunidades.

Lo anterior se puede explicar a partir del proceso de urbanización que para Manuel Castells es entendida: “como una función de la organización particular de los modos de producción que coexisten históricamente” (Castells, 2008: 311-312), en este proceso se debe entender que los modos y medios cambian constantemente en el espacio urbano, el cual se constituye a través del tiempo y por las cuestiones políticas e intereses económicos dados en cada periodo histórico.

El mismo Castells menciona que en el proceso histórico de la urbanización existen tres momentos para su organización: el sistema económico, el político-institucional y el ideológico. En el primero se analizan las relaciones entre las fuerzas de trabajo y los medios de producción componentes de la reproducción social.⁴ El modo capitalista que hoy se vive en el Distrito Federal (DF), es la base de la organización del espacio urbano, porque pasa a ser el espacio donde se llevan a cabo las actividades de los diferentes sectores económicos que se realizan en la sociedad. El sistema político-institucional se manifiesta a partir de la dominación clasista y la regulación hecha por el Estado. El sistema ideológico se marca por

⁴ Analiza el movimiento de la vida social en un espacio concreto que permite entender el sistema de contradicciones que determinan el movimiento. Así mismo, tiene como características principales la producción y el consumo para la satisfacción de las necesidades básicas de los hombres.

una red de símbolos que le dan sentido a la organización social a través de su expresión y sus formas. (Castells, 2008)

Como parte de este proceso de urbanización, en las ciudades se ha ido modificando la forma en la que sus habitantes se trasladan de un lugar a otro. A continuación se hace mención de los cambios que ha sufrido el transporte urbano en la Ciudad de México, desde la mitad de siglo XX hasta la actualidad.

Transporte público

El transporte público en el Distrito Federal (DF) ha tenido grandes cambios, debido al tipo de transporte ofrecido, evolucionando unos y desapareciendo otros, va desde el uso de las canoas, los caballos, las mulas, las carretas, las calandrias, los ferrocarriles, los tranvías utilizados en épocas pasadas, y los microbuses, los camiones, el metro (Montejano, 2006), el metrobús, hasta el tren suburbano que hoy en día ofrece el Estado de México. El cambio no sólo ha sido en el tipo de transporte, también se ha modificado el espacio urbano, con la pavimentación de calles y grandes avenidas permitiendo el traslado de las personas de un lugar a otro, permitiendo que se lleven a cabo las actividades económicas, sociales, escolares que se concentran en el DF.

Otro aspecto que determinó el crecimiento del transporte urbano en el DF es el crecimiento poblacional dado en las ciudades a causa de los flujos migratorios de personas que abandonan el campo para llegar a la ciudad. Esto trae como consecuencia el aumento de la demanda del uso de los diferentes tipos de transporte para el traslado de las personas.

Actualmente para llevarse a cabo las actividades en el DF se requiere del uso del transporte público, en especial el de microbuses, debido a que la ubicación de sus diferentes paraderos y bases permite conectar con otros medios de transporte para llegar a los diferentes destinos de los ciudadanos como son el trabajo, la escuela y todo tipo de eventos sociales.

El mayor proceso de urbanización en el D.F. comenzó a darse a partir de 1940, provocando que el transporte público fuera uno de los servicios con mayor necesidad para los capitalinos (Davis, 1999). Con el gobierno de Manuel Ávila Camacho y del Presidente Miguel Alemán Valdés, las políticas de la ciudad de México se enfocaron a construir una imagen nueva que diera un enfoque similar a las diferentes ciudades del mundo, a través de la inversión masiva de dinero estatal en la infraestructura y en los servicios urbanos. En ese periodo, se invirtió en los servicios requeridos por la ciudad; por ejemplo, vivienda, drenaje, servicio eléctrico, transporte, por medio de la ayuda de las principales empresas privadas y por parte de actores sociales de las clases medias y populares que recientemente se habían incorporado al partido priísta con la finalidad de que creciera la producción industrial. Cuando se construyeron más viviendas en el periodo de Miguel Alemán en la zona de Coyoacán, el transporte en esta zona de la ciudad cobró gran importancia, pues el traslado de personas en Taxqueña, Xotepingo, la Unidad Modelo, el Reloj (Davis, 1999) y sus alrededores provocaron que creciera la delegación Coyoacán y su población (ver cuadro 1) aumentando la demanda del transporte público.

Cuadro 1. Población de la ciudad de México y población en la delegación Coyoacán hasta 2010.⁵

<i>Año</i>	<i>Total de habitantes por década en la Ciudad de México.</i>	<i>Total de habitantes por década en Coyoacán.</i>
1950	3, 050, 442	70 005
1960	4, 870, 876	169 811
1970	6, 874, 165	339 446
1980	8, 831, 079	597 129
1990	8, 235, 744	640 066
2000	8, 605, 239	640 423
2010	8, 851, 080	620 416

Al inicio del gobierno del Presidente Adolfo Ruiz Cortines (1952-1958) y con el regente Ernesto Uruchurtu, quien gobernó durante 14 años la ciudad de México, se llevaron a cabo nuevas políticas de transporte y creación de rutas de camiones que facilitaron la circulación de la ciudad, principalmente en el Centro.

En 1958 durante la administración de Adolfo López Mateos (1958-1964), y aún siendo el regente de la ciudad Ernesto Uruchurtu se creó la Unión de Permisarios de Transporte de Pasajeros en Camiones y Autobuses en el Distrito Federal que representó una autoridad gubernativa, cuya obligación era regular las tarifas, las rutas y operaciones de los camiones, con la finalidad de

⁵ Elaboración propia. A partir de: "Decreto por el que se aprueba el Programa General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal" (2003). [En línea]. México Disponible en: <http://www.poi.ipn.mx/Documents/Normateca/reglamento/Programa%20General%20de%20Desarrollo%20Urbano%20del%20DF.pdf> [Accesado el día 28 de enero de 2012]

Gobierno del Estado de México (2009), "Conformación de las zonas metropolitanas, panorama demográfico, México". [En línea]. México, disponible en: http://qacontent.edomex.gob.mx/coespo/centrodedocumentacion/publicaciones/groups/public/documents/edomex_archivo/coespo_pdf_confzm.pdf [Accesado el día 26 de enero de 2012]

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). "Número de habitantes" [En línea]. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/> [Accesado el día 8 de mayo de 2012]

ofrecer un servicio eficiente y barato. Sin embargo, los problemas del transporte urbano se complicaron, debido a que entre 1950 y 1970 la población se triplicó (Ver cuadro 1), por lo que se requería de un transporte que pudiera satisfacer las necesidades de la población.

Ante el incremento poblacional en esa época, la administración del Presidente Gustavo Díaz Ordaz y la regencia de la Ciudad a cargo de Alfonso Corona del Rosal, acordaron la creación de la primera línea del metro en 1969, con la finalidad de conectar las zonas alejadas con las del centro, así como transformar el centro en una zona comercial y bancaria de alto valor. Para la construcción de este medio de transporte hubo muchos problemas, porque el costo para el diseño y la construcción era muy elevado, y eso provocaría muchos gastos para la ciudad e implicaba una inversión de tres cuartas partes del presupuesto del Distrito Federal. Otro de los problemas causado por la construcción del metro fue con habitantes del centro de la ciudad, camioneros y pequeños industriales, por la reducción del uso de la industria camionera, la cual implicaba una disminución de las ganancias de los camioneros permisionarios, además del peligro de las posibles alianzas políticas con el sector camionero privado (Davis, 1999).

En la administración del Presidente Luis Echeverría Álvarez y Octavio Senties como regente de la ciudad (1970-1976), las políticas favorecieron al transporte camionero, por la pavimentación de la ciudad, la elevación de las tarifas y el acortamiento de las rutas (Davis, 1999); en cambio, el sistema colectivo metro sufrió el abandono de la administración de ese período por cuestiones políticas, mencionándose que no había recursos para la continuación de esta construcción.

Por otro lado, en la década de los años setenta se creó la Ruta 100, empresa paraestatal con una imagen, equipo de transporte y organización semejante a las condiciones abordadas por las políticas anteriores, es decir, con la finalidad de mejorar la movilidad y regularizar el transporte público de camiones (Montejano, 2006). Es importante mencionar la creación de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella en 1979 para ofrecer el servicio de transporte en la Delegación Coyoacán y sus alrededores.

En la administración de José López Portillo (1976-1982) y Carlos Hank González como regente de la ciudad, los problemas del transporte urbano se hicieron notar rápidamente, pues hubo inversión en el metro y no en el transporte de camiones. Además, en este periodo el país tuvo problemas económicos como el endeudamiento y la devaluación del peso, generando la no inversión en los servicios de la ciudad, lo que significó una disminución del 12% en los servicios de transporte. En 1981 se otorgaron las concesiones a la Ruta 100 y llegó a tener más de 150 rutas con 7,500 autobuses, pero dejó de funcionar en 1995, debido al adelgazamiento del Estado, es decir, comenzó la política neoliberal en México a partir de 1982, basada en la privatización de los servicios, y se acrecentó con la llegada a la presidencia de Carlos Salinas de Gortari en 1988. El transporte urbano no fue la excepción. Además, empezó a tener problemas de índole operativo y de carácter sindical, causando su quiebra y posterior privatización en medio de disturbios políticos y legales (Montejano, 2006).

En las últimas dos décadas el transporte público ha tenido diferentes problemas, debido a la forma en la que se ofrece el servicio, por ejemplo, la contaminación producida por las unidades, el ruido generado, la delincuencia que se vive en la ciudad, la forma de regulación del tarjetón de circulación de los operarios de transporte público. Hasta 2007, en el Valle de México y la zona metropolitana habían 25 millones 618 mil vehículos de los cuales 13 millones 860 mil vehículos eran de pasajeros. Por ello, es importante el servicio ofrecido por los operarios del transporte, pues cada día eso permite la comunicación, adquisición de bienes y servicios, traslado para otros lugares de trabajo y educación (Delgado, *et al.*, 2010).

Otro de los problemas respecto al transporte es el crecimiento de la ciudad provocando que el traslado de las personas que viven sea insuficiente, suscitando que en las horas "pico"⁶, como se dice comúnmente, se observe una gran cantidad de pasajeros aglomerarse para abordar los diferentes medios de transporte

⁶ Horas en las que hay una gran concentración de tráfico o de personas utilizando los medios de transporte público tráfico.

público. Cabe señalar que en la actualidad, en la ciudad de México circulan diariamente cerca de tres millones de autos, 1.7 millones de autos privados, 28 mil microbuses, 105 mil taxis, 2 mil autobuses, más los restantes, como son los vehículos de carga o particulares con placas de otras entidades (López, 2007).

Aspectos demográficos

Para esta investigación, los aspectos demográficos juegan un papel importante, pues el país y especialmente el DF, tienen un incremento poblacional. Por ejemplo, en el país, de acuerdo con los datos reportados en el censo 2010 por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) se menciona que hay 112, 336, 538 habitantes. De ellos, en el DF, en sus 16 delegaciones el crecimiento se dio en hasta el año 2000, pero se ha mantenido como se observa en el cuadro 1.

En el cuadro 1 se puede observar que el incremento de la población en el DF entre 1950 y 1970 casi se triplica, esto ha provocado que el transporte público sea un medio que se use con mucha frecuencia en la ciudad de México. De acuerdo con datos reportados por la Secretaría de Transportes y Vialidad, a diario se llevan a cabo 7 250 000 viajes en sus diferentes medios de transporte (Secretaría de Transportes y Vialidad, 2006) (ver cuadro 2). Por otro lado, en un estudio realizado a 2 500 personas por la asociación civil *El poder del consumidor* en noviembre de 2010, se obtuvieron los siguientes resultados respecto al uso del transporte público: el medio de transporte más utilizado según los encuestados es el metro con 36.41%, le sigue el microbús 26.52%, la combi 11.67% y el Metrobús 7.82% (Padilla, 2011). Esto hace importante el estudio de este medio de transporte, ya que a través de éstos se generan casi la tercera parte del traslado de personas de un lugar otro.

Cuadro 2. Tipo y número de viajes que realizan los diferentes medios de transporte en el Distrito Federal.⁷

Medio de transporte	Número de viajes que realiza en un día
Metro	4.2 millones
RTP	750 mil
Transporte concesionado (entre ellos el microbús)	1.2 millones
Taxis	1.1 millones

Contexto de la Ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella y su relación con la delegación Coyoacán.

La ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella da servicio en la delegación Coyoacán, en la zona centro-sur del Distrito Federal, que abarca 5 400 hectáreas de todo el D.F. Este espacio geográfico juega un papel importante debido a que el proceso de urbanización trajo como consecuencia que, entre 1950 y 1970, se incrementara casi cinco veces la población en esta delegación (ver cuadro 1) en dos de sus principales zonas: la zona de los Pedregales y la zona de los Culhuacanes. El incremento de la población provocó que se necesitara aún más el servicio de transporte de microbús en la zona de los Culhuacanes. La ruta estudiada favoreció el servicio para esta zona, ya que transita por sus diferentes colonias. Es importante mencionar que la zona de los Culhuacanes tiene como característica principal el gran número de unidades habitacionales construidas, entre ellas destacan el conjunto habitacional CTM, dividido en sus 12 secciones, Alianza Popular Revolucionaria (APR) y la U.H.STUNAM. En esta zona actualmente habita aproximadamente el 38% de la población total de Coyoacán (Programa Delegacional en Coyoacán, 2010). El cuadro 2 muestra el crecimiento de población que se ha dado desde 1950 hasta 2010. Es notorio que el crecimiento en la delegación se dio principalmente entre 1950 y 1970, pues su población

⁷ Secretaría de Transportes y Vialidad del Gobierno del Distrito Federal, 2006.

aumentó casi 5 veces en este periodo. En 1979 se creó la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

El sector de actividades en la delegación Coyoacán no sólo se expresa en lo habitacional, sino en características de desarrollo económico, es decir, en actividades económicas (ver cuadro 3 y 4), esto se ejemplifica por el flujo requerido por el servicio de los operarios de la ruta 12, tanto para las personas que viven en la delegación, como para los que llegan a ésta a realizar distintas labores, pues en la delegación se llevan a cabo diferentes funciones económicas, las cuales contribuyen el desarrollo en la ciudad de México.

Cuadro 3. Sectores económicos que se llevan a cabo en la delegación Coyoacán (Distribuidor Automático de llamadas, 2010).

Unidades económicas	19,381
Industria	1, 509
Comercio	8,795
Servicios	9,077
Hoteles	16
Restaurantes	2,597

Cuadro 4. Trabajadores por sector en la delegación Coyoacán (Distribuidor Automático de llamadas, 2010).

Personal ocupado	Total
Manufacturas	23,059
Comercio	23,059
Servicios	79,615

Lo anterior hace que el trabajo de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella, sea importante para la delegación Coyoacán, puesto que ofrece el servicio a buena parte del 38% de la población que vive en este espacio. Así

mismo, pasa por uno de los centros educativos de mayor cobertura de educación superior, la Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica (ESIME) Culhuacán del Instituto Politécnico Nacional (IPN), localizada sobre el Eje 3 Oriente y avenida Santa Ana.

Por otro lado, la delegación cuenta con varios medios de transporte urbano, es decir, cuenta con cuatro paraderos de microbuses, localizados en el metro Taxqueña, metro Universidad, Estadio Olímpico y Estadio Azteca, posee seis estaciones del metro y 10 del tren ligero, cuatro líneas de trolebuses, 64 rutas de autobuses urbanos Ex-R100 (Programa Delegacional de Coyoacán, 2010). Esto hace que los servicios de transporte sean necesarios en la delegación Coyoacán para que se puedan llevar a cabo las diferentes actividades económicas, académicas y culturales. Ante el proceso de urbanización y el crecimiento del transporte público se requiere del trabajo que realizan los operarios del sistema de transporte urbano, pero a qué se refiere el concepto *trabajo*, en el siguiente capítulo se explica qué es el trabajo.

Capítulo 2

Trabajo

Entender la situación que viven hoy día los diferentes trabajadores de la Ciudad de México en relación al proceso de urbanización planteado en el capítulo anterior es necesario para conocer las condiciones laborales manifestadas debido a las políticas neoliberales que se han dado desde inicio de 1980 a la fecha, las cuales han provocado que el trabajo formal (OIT, 2013)⁸ sea escaso y el incremento del trabajo informal (OIT, 2013)⁹ vaya en ascenso, con las consecuentes condiciones de precariedad que le son propias. Esto nos acerca a conocer cómo es el proceso de salud-enfermedad de cada colectivo, pues se relaciona tanto el tipo de trabajo como a las condiciones en cómo se realiza éste. El trabajo como actividad humana se complejiza en el Distrito Federal debido a la concentración de la producción de bienes y servicios, en especial se señalará el de los servicios de transporte público, ya que esto permite la reproducción social.¹⁰ Los servicios del transporte cada vez son más usados por la sociedad en nuestros días. De acuerdo con datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía hasta el tercer trimestre de 2011, había 28.7 millones de trabajadores en el sector de los servicios, y 30, 053 operarios en el transporte, comunicaciones, correo y almacenamiento en el país (INEGI, 2011).

⁸ Tener un trabajo formal significa: contar con oportunidades de un trabajo que sea productivo y que produzca un ingreso digno, seguridad en el lugar de trabajo y protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración a la sociedad, libertad para que la gente exprese sus opiniones, organización y participación en las decisiones que afectan sus vidas, e igualdad de oportunidad y trato para todas las mujeres y hombres (OIT, 2013).

⁹ Las principales características del trabajo informal son: malas condiciones laborales, relacionadas con el aumento de la pobreza, el no pago de salarios, obligación de hacer sobretiempo o turnos extraordinarios, despidos sin aviso ni compensación, condiciones de trabajo inseguras y ausencia de beneficios como las pensiones, el reposo por enfermedad o el seguro de salud (OIT, 2013).

¹⁰ Para este capítulo se entiende la reproducción social como un proceso que se basa en el trabajo (práctica humana que transforma la realidad objetiva y al propio hombre). Así mismo, significa analizar las condiciones generales de la producción de bienes, en este caso, la producción de servicios que realizan los operarios de transporte urbano.

Una de las principales necesidades del ser humano es la de trabajar, porque a partir de esto sobrevive en su medio, pues a través de su trabajo puede obtener alimentos, vestido, vivienda, entre otras necesidades. Carlos Marx define al trabajo como la “fuente de riqueza y de todo valor, el cual se determina por la cantidad de trabajo socialmente necesario invertido en su producción y por su reproducción” (Marx y Engels, 1983: 10).

Conceptualización de: trabajo

El *trabajo* se puede definir como una “actividad concreta como cotidianidad del obrero” (Márquez y Laurell, 1983: 10). Es una actividad que asume formas específicas como expresión de las relaciones sociales bajo las cuales se realiza. Por esto, es necesario definir cómo se lleva a cabo el proceso laboral o proceso de trabajo, pues es éste el lugar donde se manifiestan las condiciones de trabajo: “contenido del trabajo y las repercusiones que puede tener sobre la salud y la vida personal de los asalariados” (Laurell y Noriega, 1989: 44), las cuales se vinculan con el desgaste tanto biológico como psicosocial de los sujetos (Márquez y Laurell, 1983). A partir del análisis del trabajo es como se reconoce la relación entre lo biológico y lo social, pues desde éste se da la relación entre el sujeto y la naturaleza, porque es aquí donde el sujeto transforma la naturaleza y se transforma a sí mismo (Laurell y Noriega, 1989). Cabe señalar que a pesar de que los trabajadores del transporte público¹¹ (Laurell, *et al.*, 1984: 49) no producen un bien a partir de la naturaleza, se encargan del servicio de traslado para que la sociedad lleve a cabo la reproducción social, considerando de esta manera el producto de su trabajo.

El trabajo en sí mismo constituye una forma de vivir, debido a que es un modo biológico, psíquico y social realizado por el obrero, por esto, se requiere entender qué actividades realizan los colectivos y en el caso de los operarios de transporte público conocer su proceso laboral para entender cómo se relaciona éste con su proceso salud-enfermedad y con las condiciones desgastantes. El trabajo, para

¹¹ Trabajador que en la circulación de mercancías permite la realización de éstas.

muchos trabajadores, se expresa en condiciones precarias. Para poner énfasis en lo que significa *trabajo precario*, es necesario mencionar que depende del contexto en donde se analice, pues existen diferentes formas de conceptualizarlo, sin embargo, tiene características específicas que lo pueden describir, tales como:

- Pérdida de los derechos sociales;
- Es un medio utilizado por los empleadores para trasladar los riesgos y las responsabilidades a los trabajadores;
- Provoca incertidumbre en cuanto a la duración del empleo;
- Existe competencia entre los empleados;
- Un salario bajo o nulo; (Oficina de Actividades para los Trabajadores ACTRAV de la OIT, 2011).
- Los trabajadores temporales y precarios trabajan a la par de los empleados permanentes;
- Se asocia con el empleo, un salario bajo y obstáculos considerables, tanto legales como prácticos, para afiliarse a un sindicato y negociar colectivamente; y
- Los trabajadores con contratos temporales se pueden beneficiar con el trabajo a corto plazo (OIT, 2012).

Estas características se presentan con diferentes trabajadores de la sociedad mexicana que carecen de un contrato colectivo de trabajo. En el caso de los trabajadores del transporte público concesionado de microbús, al carecer de contrato, pierden en primera instancia sus derechos laborales como la seguridad social y viven con la inseguridad de perder el trabajo. Así mismo, provoca desigualdad e inequidad laboral entre los diferentes operarios del sistema de transporte urbano.

Mediante la inserción de los trabajadores al sector de los servicios de transporte¹² (INEGI, 1995) cada uno de los trabajadores del sistema de transporte urbano busca satisfacer sus necesidades básicas de vida como alimentarse, vestirse,

¹² Comprende el servicio de transporte terrestre de pasajeros de ruta fija o de sitio.

tener una vivienda digna y volver a trabajar. Pero en el trabajo que realizan los diferentes operarios del sistema del transporte público existen diferentes desigualdades laborales (ver cuadro 3), esto hace que la reproducción social sea diferente para cada grupo, porque tienen distintas condiciones laborales, pues a partir de la división de trabajo es como se construye la diferencia entre el ingreso, los derechos laborales y servicios de salud.

Cuadro 3. Prestaciones laborales de los operarios de transporte urbano de los que se obtuvo información.¹³

Operario	Salario	Vacaciones	Seguro Social	Prima Vacacional	Día de descanso	Reparto de utilidades	Aguinaldo	Servicio colectivo de alimentación
Operarios de la ruta 12 T-LE	No	No	No	No	No	No	No	No
Alianza de tranviarios	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
RTP	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Metro	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Como se señala en el cuadro anterior, las prestaciones laborales son diferentes para los operarios de transporte urbano. En el caso del operario de microbús de la ruta 12, se observa que no tiene ninguna prestación respecto a los demás operarios del sistema de transporte urbano, lo cual provoca desigualdades laborales a las que deberían tener derecho y; sin embargo, no disfrutan, por ejemplo, baja remuneración económica por no contar con una cantidad fija y por el tiempo invertido en el trabajo. Así mismo, no tienen seguridad social que les permita tener acceso a servicios de salud porque sus empleadores no se las otorgan. Esto tiene como consecuencia que su proceso salud-enfermedad sea distinto al de otros trabajadores asegurados. Por otro lado, al no tener un seguro

¹³ Fuente: Elaboración propia, a partir de la revisión de los contratos colectivos de cada grupo de operarios que se citan.

Cabe señalar que los operarios de la ruta 12 carecen de contrato por parte de sus empleadores.

médico, ellos mismos deben cubrir los gastos de los servicios de salud, provocando frente a un proceso de enfermedad la generación de gastos catastróficos, dejando de lado otras necesidades como el vestido, el pago de servicios, vivienda, etcétera.

Por lo anterior, la venta de la fuerza de trabajo se efectúa de manera diferenciada, en condiciones laborales diferentes según la plusvalía que cada uno de los operarios del sistema de transporte otorga a sus patrones (relaciones de producción), lo que tiene como consecuencia que tanto sus condiciones laborales como sus condiciones materiales de vida se satisfagan de manera diferenciada, expresándose las desigualdades dentro del sistema de transporte urbano.

Una posible explicación al problema planteado se debe a lo que se está viviendo desde finales del siglo XX llamado *flexibilización*, entendida como “los cambios en la estabilidad del trabajador, la modificación en la jornada laboral y en el salario” (Marini y Millán, 1996: 57). Estas condiciones se dan a la par con este tipo de transporte, a partir de esto, el supuesto del que se parte, es que los operarios del transporte concesionado entregan su tiempo a los dueños del microbús, ya que no reciben un salario, la jornada de trabajo varía según el tiempo para poder trabajar y el préstamo del microbús no es estable, pues pueden ser despedidos en cualquier momento. Lo anterior se puede asociar a cómo se concibe el trabajo improductivo, en el que Marx menciona que las características del obrero improductivo “es que en lugar de producir mercancías para el comprador de su fuerza de trabajo, es éste quien se las suministra a él” (Lamelas, 2005: 9). Esto se entiende de la siguiente manera, el trabajador del transporte público no ofrece una mercancía, sino su fuerza de trabajo, y el patrón es quien le ofrece el medio para producir un ingreso económico, el cual les permitirá a ambos sobrevivir, generando que los trabajadores ofrezcan su conocimiento: desde manejar, conocer el trayecto para trasladar a las personas de un lugar a otro, tener conocimientos mecánicos para arreglar el vehículo cuando se descomponga, etcétera. A esto se le llama, desde la perspectiva histórica-social, capital cultural.

Siguiendo la idea del significado del trabajo improductivo, éste se caracteriza por no generar capital. En el contexto de este tipo de trabajadores en su jornada de trabajo cumplen con dos características principales, por un lado generan una ganancia para el dueño del microbús, y por otro cumplen la característica de que el servicio ofrecido es comprado por un consumidor (Lamelas, 2005); es decir, otro sujeto invierte parte de su salario para comprar el servicio requerido (el traslado de un lugar a otro).

Es necesario tomar en cuenta que el *trabajo* en la sociedad capitalista en la que estamos inmersos se divide en clases sociales. El proletariado es aquel grupo de individuos que necesitan vender su fuerza de trabajo para poder subsistir, pues es el único bien poseído. Quienes poseen los medios de producción no requieren de la venta de dicha fuerza puesto que son los dueños de los mismos (*aunque no siempre se cumple esto*). Esto tiene como consecuencia que la sociedad capitalista sea diferenciada por su inserción en el aparato productivo manifestando las relaciones de explotación de aquellos que venden su fuerza de trabajo (Rojas, 1995). Así mismo, en esta sociedad se expresa el sistema contradictorio expuesto por Jaime Breilh, donde se padece y se disfruta cada una de las condiciones materiales de vida porque se cubren de manera diferenciada. Ello se expresa cuando entre los dueños del microbús y los trabajadores existe la diferencia entre el tiempo de esparcimiento, pues los segundos tienen que ofrecer el servicio para así satisfacer sus necesidades básicas tanto de ellos mismos como de los dueños. Otro ejemplo es cuando los trabajadores deben pagar la cuenta y el combustible, mientras que los dueños no lo hacen.

A partir de la inserción al proceso productivo se da la división de trabajo. Julio Boltvinik menciona que provoca “la pérdida, para la mayoría, del sentido creativo, del trabajo que deja de ser la realización de las potencialidades humanas y se convierte en algo rutinario y fatigante” (Boltvinik, 2003: 22). Esto sucede con los operarios de transporte público, debido al trabajo realizado, pues no promueve sus potencialidades porque se vuelve monótono y repetitivo. Por otro lado, la división de trabajo está dada por la subsunción formal y la real. La primera se da a partir

de las relaciones de producción (relaciones entre los vendedores de la fuerza de trabajo y los poseedores de los medios de producción) que empiezan a formarse. Mientras, la segunda se lleva a cabo cuando existe la transición hacia el maquinismo, el taylorismo-fordismo y la automatización (Márquez y Laurell, 1983).

En el proceso de producción o laboral, el consumo juega un papel importante, pues los dos momentos son un mismo proceso, debido a que el consumo está determinado por la producción. Por lo anterior, entender el trabajo y el consumo desarrollado por los colectivos es necesario, porque de esta manera se pueden explicar los patrones de desgaste y reproducción social expresados en el proceso salud-enfermedad. Así, el proceso laboral determina el modo específico de trabajar, desgastarse y condiciona la adopción de patrones específicos de reproducción (producción-consumo), provocando una notoria relación entre trabajo y salud (Laurell y Noriega, 1989). Dicha relación se da a partir del vínculo existente entre el proceso laboral y el tipo de desgaste que manifiesta el colectivo determinado, por ejemplo, el operario de transporte público no produce un bien a partir de la naturaleza, sino produce un servicio que consumen los sujetos de la sociedad al utilizar el microbús como medio para trasladarse de un lado a otro. Cuando se analiza el tipo de proceso laboral, se puede conocer cuáles son las principales cargas laborales (más adelante se describen y analizan) enfrentadas por la clase trabajadora, lo cual determinará el desgaste biológico específico. Por lo anterior, a partir del análisis del proceso laboral es como se explica el proceso salud-enfermedad, permitiendo entender la subsunción de lo biológico en lo social de forma dialéctica, mencionando que los elementos básicos de éste son tres: 1) *el objeto de trabajo* (se lleva a cabo cuando se efectúa la función de traslado de personas o se presta el servicio de transporte) 2) *los instrumentos de trabajo* (el mismo microbús, el combustible, aceite, entre otros) y 3) *el trabajo mismo* es una expresión concreta de la relación de explotación a través de su organización y división (duración de la jornada laboral, el cómo se maneja y se llevan a cabo las relaciones de producción), es aquí donde se concreta la idea de la relación entre las características biológicas y sociales de un colectivo en su jornada laboral, ya que para los operarios de transporte público existen condiciones ambientales

vinculadas con el proceso laboral y tienen como consecuencia una dialéctica entre el desgaste corporal y el periodo en el tiempo laborado en los servicios de transporte.

Por ello, las condiciones de trabajo o laborales de los diferentes colectivos no se presentan como algo exterior a los sujetos, sino que se expresan como un proceso biológico-psíquico, pues es el componente determinante del modo de vida de la sociedad (Márquez y Laurell, 1983). En consecuencia, las condiciones de trabajo se convierten en la concreción de la combinación del objeto de trabajo, los instrumentos de trabajo y el trabajo mismo.

Por otro lado, uno de los elementos empleados para caracterizar el proceso es la actividad que realizan los trabajadores, ésta requiere de esfuerzo físico y mental y de un aprendizaje que exige al trabajador la necesidad de desarrollar diversas habilidades y capacidades humanas. En el caso de los operarios de transporte deben realizar ciertas acciones, poseer ciertos conocimientos y destrezas, requisitos para que pueda ofrecer el servicio tales como:

- Saber manejar;
- Estar sentado la mayor parte de su jornada de trabajo;
- Estar en el volante atento para cambiar velocidades y formas de evitar un percance;
- Estar pendiente de cuándo hacen parada los usuarios y cuándo bajan;
- Cobrar el pasaje de los usuarios al mismo tiempo que manejan;
- Saber cómo arreglar el vehículo cuando se descompone; y
- Tener tarjetón vigente.

Cargas laborales

Estas características específicas que deben cumplir los operarios del transporte concesionado, se asocia a las condiciones laborales y al desgaste de los colectivos, es la categoría *carga laboral* como parte de las condiciones ambientales en la que se insertan los sujetos, ya que busca “resaltar en el análisis del proceso laboral a los elementos de éste que interactúan dinámicamente entre

sí y con el cuerpo del obrero, generando aquellos procesos de adaptación que se traducen en desgaste” (Laurell y Noriega, 1989: 73). Esta categoría permite analizar el proceso laboral, pues determina el vínculo entre lo biológico y lo social, puesto que a los colectivos obreros le confieren el modo histórico de andar por la vida. Es necesario dar cuenta de cada una de las distintas cargas, debido a la relación entre ellas, porque esto permite analizar el espacio en donde laboran los colectivos. La categoría *carga laboral* se divide en: físicas, químicas, biológicas, mecánicas, fisiológicas y psíquicas. Las primeras cuatro se expresan a nivel exterior de los sujetos y las dos últimas a nivel interior del cuerpo de los mismos.

Los trabajadores del transporte público en su espacio físico, manifiestan cada una de las cargas. La carga física se expresa con el ruido y el calor, esto lo viven a diario al momento de hacer los trayectos de una base a otra, provocando efectos a nivel biológico en el cuerpo de los operarios. Por ejemplo, el ruido influye directamente en la función de escuchar constantemente los sonidos que generan los autos en el tráfico de la ciudad y, cuando hay altos índices del mismo, puede alterar el sistema nervioso. En el caso del calor tiene cambios en la termorregulación, provocando sudoración y cambios hormonales, los cuales se llevan por la temperatura del ambiente y por el calor que genera el motor del microbús.

Los trabajadores del transporte público durante la jornada de trabajo están expuestos a cargas químicas y biológicas que se expresan con partículas, polvos, humos, fibras, vapores y microorganismos puesto que en su ambiente de trabajo se exponen a los contaminantes de los gases que emiten los vehículos que circulan por la ciudad.

La carga mecánica se refiere a la continuidad del cuerpo y riesgos, como son contusiones, heridas, fracturas, las cuales pueden ser provocadas por algún accidente de tránsito al que están expuestos los operarios durante su jornada laboral.

Las cargas fisiológicas y psíquicas, como ya se mencionó, son de carácter interno al cuerpo de los sujetos, pero se explican a partir de la expresión o efecto sobre el proceso salud-enfermedad del colectivo en estudio. Con los trabajadores del transporte público se identifican porque la mayor parte del tiempo están en una única posición -estar sentado frente al volante- lo cual les puede causar fatiga, pues se vuelve monótono y repetitivo el trabajo. Por otro lado, la carga psíquica se puede dividir en dos: la sobrecarga y la subcarga. En la primera los operarios se enfrentan a la presión de tener sacar la cuenta por la renta del microbús, estar expuestos a los accidentes de tránsito, las altas jornadas de trabajo. En la subcarga, se puede identificar la pérdida de control del trabajo realizado, debido a la repetitividad y monotonía.

En términos reales, con los trabajadores del transporte concesionado se combinan varias cargas a la vez: el ruido del tráfico, el estar sentados en la misma posición, la repetitividad y monotonía de acelerar y frenar el microbús para cargar y descender pasajeros, provocando en ellos tensión nerviosa por el ruido que hay en los trayectos, estrés ante el ruido, fatiga por estar sentados la mayor parte del tiempo, aburrimiento e irritabilidad, competencia entre sus compañeros y otras rutas generando rivalidad.

Es necesario apuntar que las cargas no deben ser vistas como la suma total de ellas, sino como la totalidad del proceso de trabajo al que se enfrentan los sujetos, lo cual determinará un perfil patológico definido en cada uno de los medios de producción a los que se insertan los colectivos. Esto es resultado del trabajo que realizan los obreros, en combinación entre el desgaste y la reproducción (producción-consumo) como un proceso dialéctico.

El desgaste del trabajador del transporte público se determina, en primer lugar, por la inserción al proceso productivo, que se define como "pérdida de la capacidad corporal y psíquica potencial y/o efectiva" (Laurell y Noriega, 1989: 73). Así mismo, se da a partir de las formas específicas de vivir en sociedad.

Una de las formas en cómo puede manifestarse el desgaste, es a partir de las fuentes de tensión, esto es el conocimiento de los riesgos implícitos en el trabajo, como son los accidentes viales a los que están expuestos día a día los operarios de transporte durante su jornada laboral. También se puede dar ante la tensión por tener que pagar sus cuentas del día y el dinero sobrante será la ganancia con la que deberán cubrir sus necesidades.

Con el trabajo-servicio que ofrecen los operarios de transporte de microbús adquieren cierto ingreso económico, el cual les debe permitir satisfacer sus necesidades de alimentación-nutrición, entre otras.

En el siguiente apartado se hace una descripción del significado de la práctica alimentaria. Así mismo, una breve descripción de cómo ha cambiado la alimentación mexicana y cómo esto ha provocado que la práctica alimentaria se transforme a lo largo de la historia.

Capítulo 3

Alimentación-nutrición

El proceso alimentación-nutrición está vinculado entre sí, porque es el modo en el que los sujetos no sólo satisfacen una necesidad meramente biológica (hambre-saciedad) necesaria para realizar sus actividades, también existen otros procesos que se involucran como psicológicos (gustos, preferencias, apetito, estado de ánimo), económicos (nivel de ingresos, precio de los alimentos, acceso diferenciado a alimentos y oferta de alimentos determinados por el mercado), culturales (usos y costumbres), ambientales (lugar en donde se producen y se distribuyen los alimentos para el consumo de la sociedad) y productivos que determinan la forma de comer de la sociedad (NOM-043-SSA2-2005, 2006). Esto implica que la alimentación pueda ser definida como un fenómeno presente en la vida cotidiana de los diferentes colectivos (Bertran y Arroyo, 2006).

El análisis de la alimentación-nutrición para esta investigación se lleva a cabo desde la perspectiva socio-histórica que toma como base la práctica alimentaria y la reproducción social para explicar la forma como se alimentan los colectivos.

Para Gastón Gaínza la práctica alimentaria “se ejecuta en la reproducción social o lo que es lo mismo en la historia” (Gastón, 2003). La práctica alimentaria está condicionada por la cultura en que se produce, pues responde a las condiciones culturales del colectivo respecto a qué come, en dónde se come, el tiempo para comer, con quién se come.

Reproducción social y su relación con la alimentación-nutrición

La reproducción social¹⁴ analiza el proceso alimentación-nutrición de los diferentes colectivos, desde las categorías de producción-consumo, pues el resultado de las condiciones de consumo deriva de la inserción al proceso productivo de los distintos colectivos. De acuerdo con Asa Cristina Laurell, el proceso de

¹⁴ Para este capítulo se define la reproducción social como: el qué, cómo, dónde, con quién se come y la elección de alimentos que pueden realizar los colectivos de la sociedad.

alimentación-nutrición de los colectivos depende del tiempo y el lugar en donde puedan consumir sus alimentos, esto provoca la diferencia en cada una de las clases sociales concretadas en la expresión del estado nutricional de cada uno de los sujetos, permitiendo así entender el perfil patológico de las clases sociales.

En la reproducción social, el acceso a los alimentos indica la condición “que determina los niveles de nutrición de un país o región” (Rivera, Ruiz y Laurell (2009: 18). Para esta investigación se considera que a partir de la inserción al proceso productivo es como se determina la accesibilidad económica¹⁵ a ciertos alimentos en el espacio físico donde trabajan los sujetos. Desde la lógica capitalista la alimentación-nutrición de los colectivos se analiza y se describe desde de la mercantilización que se ha hecho de los alimentos, es decir, a mayor poder de compra, mayores las posibilidades de acceder a mayor variedad y calidad de alimentos.¹⁶ Referente al consumo de éstos, las instituciones de salud imponen la importancia de combinar los alimentos de los tres grupos (1. verduras y frutas, 2. cereales y tubérculos, 3. leguminosas y alimentos de origen animal) contenidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 (Secretaría de Salud, 2006). Respecto a la orientación alimentaria, y para que se lleve a cabo, se requiere conocer la cantidad de alimentos consumidos por la sociedad, pues habrá colectivos-trabajadores que requieran de mayor consumo de alimentos, esto dependiendo de las necesidades energéticas de cada uno de ellos, siempre y cuando se tome en cuenta el qué se come, dónde se puede comer, con quién, los recursos económicos, las costumbres, la disponibilidad alimentaria y el tiempo para comer. Es importante mencionar que la perspectiva hegemónica indica cómo y qué comer para estar sanos; sin embargo, no toma en cuenta el aspecto social de los colectivos.

¹⁵ Determinada por la desigualdad (nivel de ingresos) y la inequidad (el mercado ofrece alimentos a cada estrato social).

¹⁶ Cabe mencionar que no por tener mayores recursos mejor será el estado nutricional de los colectivos, pero a menor poder adquisitivo, menor la posibilidad de elección.

Los indicadores que permiten entender el acceso a los alimentos son los siguientes: el empleo, el salario, los precios de la canasta básica, el acceso a seguridad social y los subsidios al consumo (Rivera, Ruiz y Laurell, 2009). En el modelo económico actual -capitalismo-neoliberalismo- la posición de mercantilizar los derechos sociales y la alimentación no es la excepción. Como ya se mencionó el proceso productivo y espacio físico donde se insertan los sujetos determinará la forma en la que podrán acceder a sus alimentos, trayendo como consecuencia un perfil patológico definido y diferente.

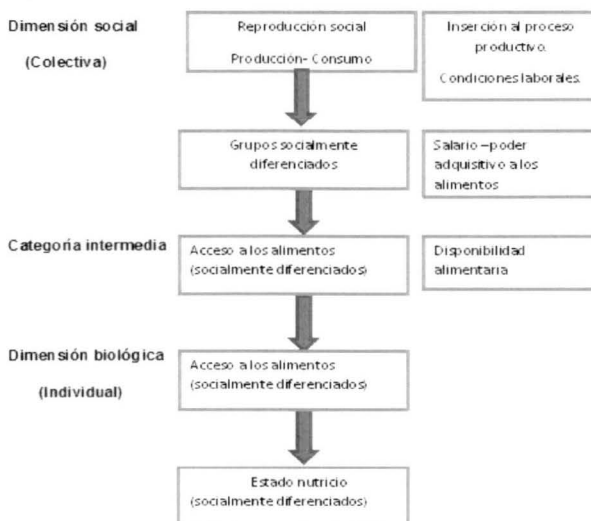
El empleo juega un papel importante, porque a partir de él es como se obtiene un salario y se adoptan ciertas formas de consumo. Éste forma parte de la determinación del tipo de alimentación de los colectivos, en este caso para trabajadores del sistema de transporte urbano, pues a partir del ingreso económico adquirido en su jornada laboral, podrán destinar cierta cantidad de dinero a su alimentación-nutrición.

Desde la perspectiva socio-histórica el acceso a los alimentos se considera la categoría intermedia entre el nivel social y el nivel biológico de las condiciones alimentarias y nutricionales, porque a partir de ella se puede analizar el estado nutricional de algunos grupos socialmente definidos. Por lo tanto, la alimentación-nutrición se convierte en un mismo proceso, el cual se expresa como un determinante social de la salud-enfermedad (Rivera, Ruiz y Laurell, 2009).

Para entender el proceso de alimentación-nutrición como determinante social debe ser revisado desde la categoría de análisis reproducción social y sus diferentes componentes (ver figura 1).¹⁷

¹⁷ Figura 1. Tomada y modificada de: Rivera Márquez, José Alberto; Ruiz Arregui, Liliana; Laurell, Asa Cristina, "Crisis, políticas de ajuste alimentación-nutrición en la Ciudad de México. Análisis del periodo 1970-1992."

Figura 1. Determinación social de la alimentación-nutrición.



La figura 1 indica que la *reproducción social* es la categoría de mayor complejidad en la que se encuentran la producción y el consumo de alimentos, pues es el resultado del proceso de producción donde se inserta cada sujeto o colectivo. Por lo tanto, el tipo de alimentación adquirida por los diferentes colectivos está condicionada por la capacidad social de producir sus alimentos y por la forma en la que se les distribuyen, generando un consumo definido. En la reproducción social se da la relación entre los procesos biológicos y los sociales, debido a que se comprende la diversidad social del acceso a los alimentos y las diferencias en las condiciones nutricias de cada uno de los colectivos o sujetos. En ese mismo nivel, se agrega *la inserción al proceso de producción*, pues en ella se analizan las condiciones laborales de cada colectivo. Para los operarios de transporte público concesionado, se relacionan con la forma en que se concreta la función de trasladar a la gente de un lugar a otro, el cómo se maneja y cómo se utilizan los medios de producción (microbús), así como los determinantes de la jornada laboral y los horarios de la misma. Todo esto se vincula con el espacio físico en donde ellos pueden consumir sus alimentos y con su capacidad económica. De

esta manera, las condiciones laborales pueden repercutir de manera positiva o negativa en la salud de estos trabajadores, a partir de cómo es su estado nutricional.

En el caso del sistema de transporte urbano, el análisis de las condiciones laborales explica las diferencias en el consumo de alimentos de sus operarios, pues determinan la práctica alimentaria de cada una de las ramas que componen el sistema de transporte por la relación existente entre el espacio físico y el poder de compra de cada uno de los trabajadores del sistema de transporte. Por lo tanto, el mercado ofrece productos para el consumo de cada colectivo, dependiendo de la clase social, es decir, a partir de cuánto gana cada grupo es como se destinará cierta cantidad de dinero para la compra de alimentos ofrecidos en su espacio.

La categoría intermedia *acceso a los alimentos* analiza el ingreso económico que tiene cada colectivo y el espacio donde habitan. Cada uno de estos elementos determina tanto el acceso a alimentos que cada colectivo tiene, como su estado nutricional. A partir de conocer el estado nutricional se agrega el elemento *disponibilidad alimentaria*; así, se puede hacer el vínculo entre la dimensión biológica a la social, porque no sólo se sabe la forma en cómo se insertan los sujetos al proceso productivo, sino se comprende la evolución de los sistemas alimentarios y cómo han cambiado a lo largo de la historia. En este sentido, la *disponibilidad alimentaria* depende de la producción, la distribución y el consumo de alimentos (sistema alimentario). Por otro lado, el acceso a alimentos no sólo se determina por lo que se ofrece, pues existen otras variables que se deben tomar en cuenta como: ingreso económico, cultura alimentaria y espacio donde se habita, porque influyen en la elección de los alimentos. Dos aspectos que analizan el acceso a los alimentos son *empleo y salario*, los cuales explican la diferenciación del consumo de alimentos entre los colectivos. En el *empleo* influye el espacio físico donde labora cada colectivo, el tiempo para comer, la jornada laboral, entre otras. Mientras tanto, a partir del *salario* es como se explica el consumo de alimentos que puede adquirir cada colectivo, porque de acuerdo a cuánto se gana es la manera en como se distribuirá el salario en alimentos y en otras necesidades.

Cada uno de los elementos involucrados en el proceso alimentación-nutrición tiene relación con los satisfactores de la necesidad de alimentarse que hoy en día surgen en la Ciudad de México, debido al incremento poblacional y al crecimiento del espacio urbano, porque a partir de este proceso se puede desarrollar una práctica alimentaria definida en cada colectivo, el cual depende de la producción de alimentos, de elementos sociales y culturales, definiendo así la elección y consumo de los alimentos disponibles, el qué, cómo, dónde y con quién se come, la situación geográfica, elección personal, grupal y familiar, el tiempo para alimentarse, el lugar, la edad, el sexo, así como la accesibilidad y disponibilidad de alimentos (Bertran, 2005). En lo que se refiere al trabajo realizado por los colectivos y su relación con la forma de comer depende de: el lugar de trabajo, los horarios de trabajo y de comida, los espacios donde se puede comprar alimentos, poder adquisitivo, entre otros (Bertran, 2005). La forma en cómo comen los colectivos no sólo está determinada por la necesidad meramente biológica de saciar el hambre, sino por la relación que existe entre los elementos sociales. Un factor importante es el mercado hegemónico (Torres y Trápaga, 2001), el cual explica una parte de la elección asociada a la práctica, aunque la elección real de la práctica es mucho más rígida y restringida, pues está subordinada por el ingreso y la oferta alimentaria existente en el espacio.

La alimentación no sólo está determinada por las cuestiones socioculturales, sino por cómo van cambiando de acuerdo con la época; es decir, en tiempo y espacio, por la suma de influencias culturales históricas (Bertran, 2005). A continuación se presenta una breve descripción de cómo se ha modificado la práctica alimentaria en nuestro país a lo largo de la historia.

Contexto histórico de la alimentación mexicana

En las culturas mesoamericanas, la alimentación se modificó gracias a la invención de la agricultura (Bonfil, 2005) y a la domesticación de los alimentos, permitiendo mayor diversidad y que la comida fuera variada. Los habitantes de aquel periodo consumían pájaros, culebras, conejos o venados, como parte de

proteínas. Así mismo, comían maíz, frijol, amaranto, pitayas, calabaza, chile, cacao y maguey (Lomelí, 2004), calabacitas, quelites, verdolagas y huazontles.

Con el mestizaje alimentario hubo introducción de nuevos alimentos, los cuales modificaron la forma de comer de los mexicanos, debido no sólo al aumento en la diversidad de alimentos, sino de la acumulación de saberes y experiencias locales (Bonfil, 2005), que permitieron mezclar alimentos. Se empezó a consumir chocolate, café, manteca, arroz, huevo, sesos, ternera, cerdo, liebre, pollo, papas, garbanzos, coles, nabos, zanahorias, chayotes, peras, plátano, manzana (Bonfil, 2005), hierbas de olor, canela, comino, orégano y cilantro (Flores, 2005).

Con la llegada de estos alimentos a América, y en especial a México, comenzó la fusión de diferentes alimentos con los que hoy es caracterizado el país por su sabor. Por lo tanto, los nuevos platillos empezaron a venderse en los diferentes mercados de México mediante proveedores de alimentos donde empezaron a ofrecerse guisos en las fondas y fogones, como carnes con chile, nopales con queso, pescado a la veracruzana, tamales dulces y salados, pipián verde, rajas con crema, enchiladas verdes o rojas, salpicón de res, chiles en nogada, entre otros. Los comerciantes, desde entonces, promueven comidas completas, llamadas *comida corrida*, la cual incluye sopa aguada, arroz o ensaladas, guisado, agua de sabor y en algunas ocasiones postres. La cuestión aquí radica en el cómo son elaborados los alimentos; es decir, va desde el estado del alimento hasta la forma de guisarlo utilizando aceite, manteca u otras grasas. En el territorio mexicano es notable ver a la hora de la comida a personas a las que Jesús Flores ha denominado de *buen diente*: consumidores de alimentos tales como tacos de chicharrón con chile, tortas de milanesa, tacos de canasta o guisado, sopes y quesadillas con salsa, queso espolvoreado y crema dependiendo del gusto. Es por la fusión de alimentos traídos de Europa y los que había en México que permitieron crear estos *antojitos*, los cuales se pueden encontrar en diferentes espacios, pues estos son de fácil consumo en el espacio donde se labora, porque son rápidos de consumir y a bajo costo. En este sentido, Bernal de Díaz del Castillo, denominó al pueblo mexicano como *antojadizo* (Lomelí, 2004) por la

variedad de antojitos que se han vendido y consumido en los diferentes mercados, fondas y espacios donde puedan ser fáciles de comprar. Estos alimentos se venden en la calle, a pesar de no cubrir los requerimientos nutricionales para cada persona por el alto contenido de grasas saturadas debido a la reutilización de aceites. Su consumo se debe a su bajo costo y al bajo poder adquisitivo de los sujetos, lo que limita el acceso a otra variedad de alimentos más caros. Además, la falta de higiene de los alimentos, pues se despachan al aire libre, provocando que se expongan a contaminantes.

En el espacio físico donde laboran los colectivos puede haber elección de diferentes alimentos como los mencionados anteriormente, pero existen empresas que impusieron sus productos industrializados y empacados, permitiendo trasladarlos de un lugar a otro, ya que es más fácil comerlos en espacios como el lugar de trabajo. Esto, asociado a lo denominado por Eric Wolf como poder táctico, donde se controlan los espacios y dicho poder es usado por las empresas transnacionales (Lomelí, 2004), provoca una influencia en la modificación de los hábitos alimentarios, tal es el caso de refrescos, yogurt, galletas, helados, entre otros.

Hoy en día, a través de la industrialización, existen alimentos que se venden en cualquier puesto de dulces: palomitas de maíz, frituras, botanas, galletas, pastelillos. Esto, como parte de una difusión masiva de productos denominados apaciguadores del hambre y que, según Arturo Lomelí, se consumen con mayor frecuencia en las poblaciones con menores recursos por su bajo precio provocando mala nutrición en las poblaciones. Estos alimentos se han catalogado como parte de alimentos que promueven un alivio de las tensiones, pues promueven hasta cierto punto un placer por sus sabores (Lomelí, 2004) y están lejos de ser considerados como buenos alimentos debido a la distracción del hambre y por sus grandes cantidades de grasas trans, harinas refinadas y azúcares simples, que al ingerirse se convierten en calorías que contribuyen a la obesidad (Lomelí, 2004), la cual se relaciona con otras enfermedades crónicas-degenerativas. Sin embargo, el problema no sólo son los alimentos sólidos, sino

también los líquidos como refrescos y jugos embotellados. Estos alimentos se relacionan con la salud por su alto contenido de hidratos de carbono simples, provocan un mayor consumo, generan una adicción, pues contienen cafeína, descrita como una droga, produciendo que las personas no sientan cansancio, aunque acaban por causar taquicardia, insomnio, dolor de cabeza, úlcera gástrica y ansiedad.

En la década de los años cuarenta del siglo pasado, los principales alimentos consumidos por la población mexicana; en general, eran el frijol, maíz y chiles, mientras tanto, las familias con mejor posición económica tenían acceso a mayor variedad de alimentos.

Los principales alimentos consumidos y preparados en ese periodo eran: sopa de pasta o lenteja; arroz; sazonados con jitomate, cebolla y ajo; guisados a los que se les agregaba a veces un poco de verduras. Todo esto se consumía con tortillas (Casanueva y Pfeffer, 2003).

La globalización es otro aspecto que ha sido estudiado como parte de los cambios en la forma de comer de los sujetos en nuestra sociedad. Este proceso se agudizó desde la década de los años ochenta y tiene efectos positivos y negativos. Entre los positivos se ha disminuido la desnutrición infantil-adulta a nivel mundial y ha permitido mayor variedad de alimentos a menores precios. Sin embargo, entre los aspectos negativos las economías desarrolladas, ante el flujo de capitales, y los movimientos de dinero, ponen a las economías menos desarrolladas en desventaja por las crisis financieras vividas, lo cual provoca un aumento de pobreza, desnutrición de sus poblaciones y problemas de salud asociados a esta problemática. Debido a esto, las políticas alimentarias deben enfocarse a la atención a la desnutrición, sin perder de vista la sobrealimentación de los colectivos y a beneficiar a los más pobres que no se han visto beneficiados de las ventajas de este proceso (González, *et al.*, 2011).

En este sentido, Julio Boltvinik menciona que para establecer la relación entre la determinación del hambre y la pobreza, se debe hacer a través del análisis de lo denominado como *titularidades* y que se refieren a: “la habilidad de las personas

para acceder a alimentos a través de los medios legales disponibles” (Schteingart, 2002: 382). Dicho acceso se debería de llevar a cabo como se establece en la legislación internacional y mexicana, en cuanto al derecho a la alimentación, por lo tanto, es importante señalar que la elección de alimentos sanos deben promoverse para prevenir y curar enfermedades tratables (González, *et al.*, 2011). La aplicación de la ley ante este fenómeno la llevan a cabo las políticas neoliberales, las cuales permiten el acceso a alimentos con alto contenido calórico, provocando daños a la salud, la existencia de grupos desfavorecidos, así como mayor injusticia, desigualdad y mayor pobreza (González, *et al.*, 2011).

Marco jurídico sobre la alimentación

Los cambios en la forma de alimentarse han provocado el establecimiento de acuerdos donde se reconoce a la alimentación como un derecho humano y constitucional. A pesar de que cada una de las personas pertenecientes a nuestra sociedad tienen este derecho, no lo disfrutan; al contrario, lo padecen, -esto asociado al sistema de contradicciones como lo menciona Jaime Breilh-. El derecho humano-constitucional-local sobre la alimentación está establecido:

- A nivel internacional existe la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de la Organización de Naciones Unidas (ONU), aprobada en diciembre de 1948, que en su artículo 25 expresa que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”¹⁸
- A nivel nacional, mediante el decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación en 2011, en la Constitución Política se establece que: “Toda

¹⁸ Robles, H., López, F., Rangel, G. (2009), *Informe sobre avances en el derecho a la alimentación México*, [En línea], México, disponible en: <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/infmex.pdf> [Accesado el día 27 de febrero de 2012]

persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. El Estado lo garantizará”¹⁹

- Proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria para el Distrito Federal, Publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 17 de septiembre de 2009 (Asamblea Legislativa del Distrito Federal, 2013).

Tabla 1. Marco jurídico sobre el derecho a la alimentación.

NIVEL	DÓNDE SE ESTABLECE EL DERECHO	QUÉ DICE
INTERNACIONAL	1) Declaración Universal de los Derechos Humanos, (artículo 25). 2) Declaración Sobre el Derecho al Desarrollo. En ella en su artículo 8.	1) Derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación. 2) Establece que los Estados para realizar un derecho al desarrollo deben garantizar la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, en caso concreto a los alimentos
NACIONAL	1) Constitución, artículo 4, último párrafo. 2) Ley de Desarrollo Social.	1) El derecho a la alimentación es de todos los individuos a disfrutar del acceso físico y económico a una alimentación adecuada y los medios para obtenerla. 2) Artículo 6. Son derechos para el desarrollo social la educación, la salud, la alimentación, la vivienda, el disfrute de un medio ambiente sano, el trabajo y la seguridad social y los relativos a la no discriminación en los términos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

¹⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, Capítulo I de los Derechos Humanos y sus Garantías (2013). [En línea], México, disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm>

[Accesado el día 22 de febrero de 2013]

	3) El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafo 4	3) Establece "el derecho a una alimentación adecuada"
LOCAL	1) Proyecto de Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Distrito Federal	1) Cuyo objetivo es garantizar la seguridad alimentaria en el Distrito Federal, junto al establecimiento de un sistema de seguridad alimentaria. Artículo 19. Se establece el Programa para la Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Distrito Federal que tiene por objeto contribuir a garantizar el derecho humano a la alimentación, mediante una ingesta correcta y una orientación alimentaria permanente.

El fin que tienen estas leyes es garantizar la alimentación para tener una mejor calidad de vida, entendida como: "las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales" (González, et al., 2011: 157-158); entre ellas, el acceso a una alimentación sana, dejando a un lado la desigualdad alimentaria e inequidad en el acceso de alimentos que prevengan cualquier tipo de enfermedades.

A pesar de los pactos suscritos por México para garantizar el derecho a la alimentación y las propias leyes que se han realizado dentro del país para garantizar la seguridad alimentaria, ésta no se lleva a cabo pues no les permite a las personas prevenir enfermedades que se vinculan con la alimentación; en consecuencia no se cumple este derecho y sus titularidades.

Amartya Sen menciona que las titularidades "dependen, naturalmente, de su posición en la estructura de clases" (González, et al., 2011: 157-158), de acuerdo con la inserción al proceso productivo.

Como ya se mencionó en el proceso alimentación-nutrición de los colectivos existen diferentes elementos: sociales, culturales, económicos y políticos que intervienen en el proceso salud-enfermedad. En el siguiente capítulo se describe cómo se lleva a cabo dicho proceso.

Capítulo 4

Proceso salud-enfermedad

La conceptualización de la salud ha sido tema a lo largo de la historia, por eso es necesario saber cómo ha transcurrido su estudio hasta nuestros días, para saber qué cambios ha tenido en su concepción. Por ello, se hace un breve recorrido desde la época primitiva hasta llegar a la perspectiva histórica-social que plantea estudiar la salud-enfermedad como un proceso. Esta perspectiva ayuda analizar el perfil patológico de los colectivos que conforman la sociedad capitalista mexicana, por lo que a partir del estudio histórico-social se investiga cómo lo viven los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

Proceso histórico del concepto salud

El concepto de *salud* se ha interpretado y modificado de diversas maneras a lo largo de la historia. En la época primitiva la salud se relacionaba con las cuestiones mágicas, eran fuerzas externas las que protegían o dañaban al hombre (González, *et al*, 2011).

En el siglo IV a.C. los griegos rompieron con la idea de los poderes sobrenaturales y concibieron la salud como un equilibrio entre el cuerpo y el universo (González, *et al*, 2011). Esta relación fue desarrollada por Hipócrates, quien concibió la enfermedad como un desequilibrio de los cuatro humores (Mendoza, 2008). Así mismo, en la antigua Roma se llevó a cabo el cuidado de la salud de manera individual, pero contribuyeron a la salud pública (sistema sanitario y las condiciones de agua, además de la institucionalización de hospitales y clínicas).

Posteriormente, en la Edad Media se planteó la relación entre la higiene y la salud como forma de moderar los excesos de la vida ociosa (González, *et al*, 2011). En ese periodo la iglesia fue la encargada de dar explicación de los padecimientos de las personas a partir de lo sobrenatural y la investigación del cuerpo y los fluidos. Así mismo, comenzaron a tomarse ciertas prácticas de higiene como los entierros colectivos, la cremación y la cuarentena (Mendoza, 2008).

Con la llegada de la revolución industrial y el capitalismo, surgió la salud pública, la cual relacionó la salud con la pobreza como generadora de enfermedades y muerte prematura. Así mismo, surgió el paradigma biologicista de la medicina, que planteó la definición de salud como lo normal, el estado de equilibrio, el polo positivo y lo opuesto a la enfermedad (González, *et al*, 2011). En el siglo XVIII se empezó a estudiar las enfermedades a partir de la relación médico-paciente. Es decir, se comenzó a examinar primero al paciente y luego la enfermedad. También, en esta época se dejaron a un lado las fuerzas demoniacas como explicación de las enfermedades y se inició así el estudio de enfermedad como tal. El Estado surgió para apoyar en acciones y mejorar la salud de la población, a partir del orden político, económico y funciones administrativas convirtiéndolo en Estado de Derecho.

Por lo tanto, la salud pública nació con la finalidad de mantener la universalidad de las leyes de la naturaleza y ocuparse de las expresiones generales de la salud y la enfermedad. Además, como campo de saber legitimado y legitimante que aseguraba el Estado de Bienestar (Mendoza, 2008).

Esta concepción se rompe en el mismo siglo XVIII cuando se concibió la medicina como “ciencia social”, al explicar que en las enfermedades de los trabajadores, existe una relación entre las condiciones del lugar del trabajo y las enfermedades (Mendoza, 2008).

En el siglo XIX, la salud pública fue conformada como instrumento que sirvió para el interés de los gobiernos absolutistas donde intervinieron en asuntos de higiene y sanidad de los pueblos (Mendoza, 2008). En esta época, la cirugía inició el estudio de la función del cuerpo a partir de los fluidos y tejidos, pero para la medicina “el tiempo del hombre no existe, controlando el cuerpo social y su utilización como objeto en el que se fundan las relaciones de poder” (Mendoza, 2008: 64).

Perspectiva histórico-social de la salud

La perspectiva histórica-social analiza la salud de los colectivos desde la salud colectiva y considera que se debe estudiar de manera integral y transdisciplinaria. Su campo de conocimiento es parecido al de la salud pública, por ejemplo, ambas centran su atención en los problemas de los grupos humanos, pero se diferencian en cómo entienden la salud y la enfermedad. La salud pública separa la salud y la enfermedad y explica esto a través de causas y jerarquiza a los determinantes sociales, basado en la triada ecológica (agente-huésped-ambiente). Mientras que la salud colectiva estudia la salud y la enfermedad como un proceso, como un todo, es decir, como un continuo, constituido por la forma en que se organiza, se reproduce la sociedad y lleva a cabo su política, economía y cultura. Así mismo, considera la salud y la enfermedad como un mismo proceso, analizando la plasticidad del organismo, no sólo a partir de las condiciones biológicas del individuo, sino su adaptación al contexto en que se desarrolla en la sociedad a través de la historia. También lo explica como una determinación, es decir, utiliza el planteamiento de que las condiciones materiales de vida, determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos.

La salud colectiva plantea que el proceso salud-enfermedad está determinado por el desarrollo de las fuerzas productivas, las relaciones de producción y la ideología que se impone, pues es como el hombre entra en contacto con la naturaleza al transformarla y al mismo tiempo se transforma a sí mismo.

Dicho proceso adquiere historicidad porque se da en circunstancias y condiciones en un contexto histórico-específico de la sociedad (Mendoza y Carrillo, 2011).

En el cuadro 1 se señalan las diferencias entre la salud pública y la salud colectiva.

Cuadro 1. Comparación entre la salud pública y la salud colectiva.²⁰

Salud Pública	Salud Colectiva
Su crítica al orden social se reduce a señalar que la mala distribución es tolerada e incluso favorecida por normas y políticas sociales.	Explica que las desigualdades son un problema distributivo, injusto de bienes, ingresos, servicios y poder, que afecta la vida de las personas.
Fragmenta la realidad en factores de riesgo, suponiendo que aislados mantienen su capacidad explicativa y son susceptibles de ser modificados.	Postula reunir evidencia de los factores sociales que generan desigualdades en salud, porque reproduce las limitaciones del paradigma dominante.
Facilita la simplificación de explicar los factores de riesgo como elecciones inadecuadas de estilos de vida.	Considera los factores como determinantes sociales con una dimensión socio-histórica, tomando en cuenta la relación entre el hombre y la naturaleza. Además, estos determinantes tienen relación.
Da recomendaciones sin dar un contexto y las reduce a resolver los problemas.	Toma en cuenta el proceso socio-histórico de la sociedad, explicando los determinantes sociales y su interrelación.

²⁰ Elaboración propia. A partir de:

Mendoza, J; Jarrillo, E, (2011), "Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos" en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 16, marzo 2011, pp. 847-854.; y

López, O; Escudero, J y L. Carmona (2008), "Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud." ALAMES. [En línea], México, disponible en:

http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/EL_DERECHO_A_LA_SALUD_Y_LA_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Materiales_y_documentos/Art%C3%ADculo%20DSS.%20%C3%B3pez.%20Escudero%20y%20Carmona-1.pdf

[Accesado el día 22 de marzo de 2012]

No toma en cuenta el modo de producción que tienen las sociedades.	Hace un análisis sobre la fase actual del capitalismo, la globalización y el neoliberalismo.
No se preocupa por reducir la pobreza.	Propone reducir las brechas sociales y sanitarias.
Desconoce las relaciones de poder entre los profesionales de la salud.	Toma en cuenta las relaciones de poder que hay en la sociedad, desde su inserción al proceso productivo.
Explica la salud enfermedad a partir de la unicausalidad.	Explica la salud enfermedad como un proceso continuo dando una explicación entre la interrelación, de "las causas, de las causas, de las causas".

En la perspectiva *socio-histórica*, Asa Cristina Laurell planteó algunas formas de estudiar la salud como *proceso salud-enfermedad*. La primera idea es que la salud es un proceso social en el que se debe entender la salud y la enfermedad de manera conjunta, ya que no pueden separarse una de la otra para su estudio. Esto se puede hacer desde el punto de vista histórico; es decir, existe una subsunción de lo biológico a lo social, pues el cuerpo responde a la plasticidad (capacidad del cuerpo para adaptarse a los cambios sociales); sin embargo, estos cambios no pueden darse en condiciones precarias. Dentro de la fase de la historicidad y la adaptación de los colectivos hay un nexo entre el proceso de desgaste en el trabajo y el perfil patológico. Esta relación se da a partir de cómo se explica la inserción del sujeto en el proceso productivo y cómo es que enferma (Laurell y Noriega, 1989). Por eso, la Medicina Social ha estudiado la salud de los trabajadores, dando cuenta de lo que hace cada trabajador; es decir, la forma en cómo se apropia el hombre de la naturaleza y cómo la transforma para su uso, pero transformándose a sí mismo, con la finalidad de satisfacer sus necesidades. Esto se ejemplifica a partir de nuestro objeto de estudio de la siguiente manera: en el caso de los operarios de transporte público, los trabajadores satisfacen sus

necesidades al insertarse en el proceso productivo, al vender su fuerza de trabajo/tiempo a los dueños del microbús. De este modo, se construyen las relaciones de producción y reproducción social (producción-consumo de los usuarios que requieren del servicio ofrecido). Este proceso consiste en que los operarios deben manejar el microbús durante la jornada para permitirles obtener un ingreso económico y así cubrir sus necesidades materiales. Como clase trabajadora, lo único que realizan para cubrir esas necesidades es insertarse al proceso productivo de los servicios de transporte público cuando los dueños les prestan el vehículo para trabajar y ellos, a cambio, entregan la cuenta por la renta del uso del microbús y el pago del combustible.

En el caso de los dueños del microbús, que también trabajan aunque no pagan cuenta y cubren por sí mismos el pago del combustible y el deterioro del microbús, invierten su tiempo para obtener ingresos económicos y así cubrir sus necesidades. Por tanto, operarios (dueños y trabajadores) logran que se lleve a cabo la reproducción social y se desarrollen las actividades económicas en la ciudad, pues necesitan trasladar a las personas que requieren del servicio.

Dentro de la perspectiva socio-histórica se menciona que “la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que no son más que dos momentos de un mismo fenómeno, puesto que entre ellos se establece una relación en constante cambio” (Rojas, 1995: 215).

Así mismo, Asa Cristina Laurell planteó estudiar el proceso salud-enfermedad a partir de tres consideraciones:

1. Entender el carácter social del objeto de estudio de cada grupo o colectivo.
2. Entender cómo se conceptualiza el concepto de salud definiendo socialmente el fenómeno, así como comprendiendo qué hay detrás del término enfermedad en el proceso biológico entendiendo las relaciones internas y externas.
3. Explicar cuál es la relación metodológica de la concepción social del proceso salud-enfermedad (Laurell, 1994, pp.1-19).

A partir de estas consideraciones el proceso salud-enfermedad está determinado por su carácter social. La determinación social se da por el carácter histórico del objeto de estudio y hay que entenderlo de esta manera: cada colectivo tiene diferentes formas de enfermar y morir de acuerdo con su inserción al proceso productivo.

La determinación social está dada por determinantes sociales de la salud como puede ser la alimentación, el trabajo, la educación o la vivienda, los cuales expresan la desigualdad social y mala distribución de la riqueza. Estos elementos, por una parte, actúan sobre la salud -para bien o para mal- y, por la otra, están determinados por la forma en que se distribuye el dinero y el poder. Se dan en un ambiente y en las circunstancias en las que nacen, crecen, viven, alimentan, trabajan y envejecen los sujetos durante su ciclo de vida. En cada uno de los determinantes sociales se expresa la inequidad por la mala distribución de la riqueza. Los gobiernos están obligados a planear políticas públicas para cada uno de los determinantes sociales con la finalidad de que no se promueva la inequidad y la desigualdad.

Para reconocer cómo influyen en la vida de los colectivos los determinantes sociales de la salud, en 2005, la Organización Mundial de la Salud, por medio de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud,²¹ explica cómo se expresa la inequidad en salud en la sociedad y propone tres recomendaciones para revertir la desigualdad en salud: La primera es mejorar las condiciones de vida a partir de “alcanzar equidad desde el comienzo de la vida, servicios de saneamiento, prácticas en materia de trabajo digno, protección social y atención de salud universal” (OMS:2005). La segunda recomendación implica luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos para lograr la equidad

²¹ Comisión creada por la Organización Mundial de la Salud con la finalidad de estudiar y hacer visibles las desigualdades sociales y las desigualdades en salud. La principal atribución que tiene la Comisión es generar recomendaciones basadas en la evidencia disponible de intervenciones y políticas apoyadas en acciones sobre los determinantes sociales que mejoren la salud y disminuyan las inequidades sanitarias. Esta comisión está formada por destacados formuladores de políticas y gerentes, científicos, grupos expertos y miembros de la sociedad civil, designados por el Director General de la OMS. (OMS, 2005).

sanitaria, otorgando la prestación de servicios básicos de salud a cada miembro de la sociedad. La última recomendación propone que haya sistemas de datos que evidencien o permitan distinguir las inequidades sanitarias para llevar a cabo políticas y programas que sean eficaces. A parte de estas recomendaciones deberían tomarse en cuenta a los principales actores en materia de salud para lograr un trabajo interdisciplinario, que tenga como fin principalmente la equidad sanitaria (López, O; Escudero, J; L, Carmona, 2008).

Por otro lado, la actual fase de desarrollo capitalista deteriora en forma acelerada la calidad de vida y en este proceso interrelacionan cuatro elementos: “el aumento de la pobreza, la desigualdad económico-política y la ampliación de brechas sociosanitarias, que conforman sociedades crecientemente polarizadas” (López, O; Escudero, J; L, Carmona, 2008). Esto, como parte de la forma diferenciada de satisfacer las necesidades de los colectivos.

La perspectiva de la Medicina Social toma en cuenta el papel que juegan los determinantes sociales de la salud, pero es importante reconocer cuál ha sido el papel jugado por el Estado; es decir, reconocer la transición en México de un Estado benefactor a un Estado neoliberal.

El Estado de Bienestar nace a partir del proceso de urbanización, la industrialización y el crecimiento de la población del siglo pasado. A partir de esto se planearon políticas públicas para satisfacer las necesidades de la sociedad, enfocando su interés en la salud, la vivienda y la educación apoyando a las clases más necesitadas. Como parte de conductas corporativas y clientelares de monopolios de representación, grupos de interés que influyen en la formación de políticas públicas, partidos políticos, organizaciones públicas y privadas. En especial, el Partido Revolucionario Institucional (PRI), partido político que estuvo en el poder durante el siglo XX, ejerció prácticas corporativistas y clientelistas de compra de votos mediante la cooptación, como otorgar servicios de salud, educación y viviendas a los funcionarios públicos que legitimaron su estancia en el poder.

A partir de la década de los ochenta, con la crisis capitalista las políticas neoliberales dejan al mercado la opción de comprar y satisfacer las necesidades de cada uno de los derechos humanos-sociales, ya que éstos se identifican a través del símbolo mercado de los derechos, tales como la salud, la educación, la alimentación, la vivienda, entre otros.

Asa Cristina Laurell planteó diferentes formas de demostrar el carácter histórico del proceso salud-enfermedad. A partir del momento en que el carácter social se verifica, es decir, mediante la comparación de los perfiles epidemiológicos de países que tienen distinto nivel de desarrollo de fuerzas productivas y relaciones sociales de producción, existen diferencias estructurales de la sociedad. Se ha demostrado el hecho de que las diferentes clases sociales de una misma sociedad viven, se enferman y mueren de modo distinto. En este sentido, ella propone la comparación del perfil patológico de una sociedad en dos momentos históricos. Por otro lado, compara el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico y al analizar los perfiles patológicos de cada sociedad se evidencia que son diferentes.

Otro modo de estudiar el proceso salud-enfermedad se realiza a partir del tipo de enfermedades, su frecuencia y distribución entre los distintos grupos sociales (clases sociales). Para esta investigación se mostró el perfil patológico de operarios de transporte público de microbús a nivel local con el de los de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella en un mismo período. Así mismo, se comparó el perfil epidemiológico de algunos operarios que componen el transporte urbano mediante el análisis de sus condiciones de trabajo, a partir del contrato colectivo de trabajo. Se debe entender el proceso salud-enfermedad de un colectivo cuando se construyen características sociales definidas, por ejemplo, los operarios del sistema de transporte urbano son un conjunto de trabajadores que tienen un proceso de salud-enfermedad definido por sus principales particularidades laborales. En este sentido, dentro del sistema de transporte urbano se dan condiciones de salud en cada subsistema.

Para esta investigación se comparan las condiciones laborales y de atención a la salud de diferentes operarios del sistema de transporte urbano en un mismo momento histórico. Esto se hace mediante el análisis del contrato colectivo de trabajo de los operarios del Sistema de Transporte Colectivo-Metro, los de la Alianza de Tranviarios y los de la Red de Transporte de Pasajeros del Distrito Federal para comparar sus condiciones laborales y de atención a la salud que tienen algunos operarios de transporte público del sistema con las de los operarios de transporte público de la ruta 12. Por ejemplo, hay trabajadores que sí cuentan con seguridad social para atender cualquier asunto del proceso salud-enfermedad. El cuadro 2 muestra la seguridad social de algunos operarios de transporte público.

Cuadro 2. Tipo de servicios médicos de algunos operarios del sistema de transporte urbano.

Clasificación de algunos operadores de transporte público	Tipo de seguridad social
Operarios de transporte público de la ruta 12	Ninguno
Alianza de tranviarios (Autobús, Trolebús, Tren ligero y Tranvía)	Instituto Mexicano del Seguro Social
Sistema de transporte colectivo-Metro	Clínica privada e Instituto Mexicano del Seguro Social.
RTP	Instituto Mexicano del Seguro Social

Por otra parte, Cristina Laurell señala que para demostrar el carácter social y biológico del proceso salud-enfermedad, es necesario destacar cómo hacer el vínculo entre estas dos condiciones de los colectivos; es decir, plantear lo biológico y lo social. En esta investigación se realiza mediante la relación de la forma en que comen los operarios de la ruta 12 y cómo influye en su salud. La unión del proceso biológico-social se da en el momento de comer de los operarios: biológico-hambre y saciedad y las condiciones sociales como producción,

distribución y consumo de alimentos, accesibilidad económica (nivel de ingresos que se distribuye de manera diferenciada en alimentos), el tiempo para comer de los operarios y la jornada laboral, gustos, entre otros, los cuales se vinculan con lo biológico de la nutrición. Ante las condiciones de cada colectivo y la manera en cómo se presenta el proceso salud-enfermedad, los sujetos deben ser atendidos por las instituciones de salud, pero se necesita saber en cuáles pueden atenderse.

De acuerdo con el Programa Delegacional Urbano de Coyoacán, la delegación cuenta con servicios de salud, donde los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella que viven en la misma delegación podrían atenderse junto a sus familias. Sin embargo, no se pueden atender en todas las instituciones de salud existentes en la delegación por no ser considerados trabajadores formales, pues o eres derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad y Servicios de los Trabajadores del Estado, según sea el caso.

En el caso de Coyoacán existen:

1. Cuatro clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (15, 19, 21 y 46) ubicadas en las colonias Parque Coyoacán, Parque San Andrés, Prado Churubusco y en Villa Coyoacán. Además del Hospital de Zona No. 32 localizado en la colonia Parque Coyoacán.
2. Cuatro clínicas del Instituto de Seguridad Social y de Servicios para Trabajadores del Estado como son las clínicas a) Dr. Chávez, b) Coyoacán, c) Churubusco y d) División del Norte ubicadas en las colonias Alianza Popular Revolucionaria, La Concepción, Parque San Andrés y El Reloj, respectivamente.
3. El Instituto Nacional de Pediatría que cuenta con cobertura regional.
4. Once instituciones de la Secretaría de Salubridad y Asistencia localizadas en las colonias Adolfo Ruiz Cortines (que proporciona consulta general), Ajusco (cuenta con consultorio y dispensario), Atlántida, Carmen Serdán, Copilco el Alto, Popular Emiliano Zapata, Ampliación Huayamilpas, Santo Domingo, Pueblo de los Reyes, San Francisco Culhuacán (cuenta con un centro antirrábico) y Santa Úrsula Coapa.

Los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella no pueden acceder a las instituciones que se presentan en el número 1, 2 y 3 por carecer de seguridad social. A los centros de salud pueden acudir cuando presentan alguna enfermedad como parte de la asistencia pública que ofrece el Estado.

Sin embargo, como parte de la urbanización y el incremento de población que ha sufrido tanto el Distrito Federal como la delegación Coyoacán, los servicios de salud son insuficientes.

La desigualdad social respecto al acceso a servicios de salud que viven estos trabajadores y, en general, la población que no cuenta con un trabajo formal, se puede abarcar desde dos perspectivas teóricas. Una es la tesis conservadora y, la otra, es la antítesis radical.

La tesis conservadora concibe la desigualdad social como justa, necesaria e inevitable y se vincula con la forma en que el Gobierno Federal buscó otorgar servicios de salud a través del programa del Seguro Popular. La propuesta del Gobierno Federal mediante este programa fue “universalizar” la atención en salud, simulando universalizarla, porque el Seguro Popular no cubre todas las enfermedades. Desde el discurso oficial el programa extiende atención a personas en situación de pobreza. La antítesis radical describe la desigualdad social como injusta, innecesaria y evitable; además, hace una crítica a la conservadora. Desde la postura de esta investigación se debe combatir la desigualdad en servicios a través de la exigibilidad del derecho a la salud, pues el no acceder a los servicios de salud es una condición injusta, innecesaria y evitable, ya que toda la sociedad mexicana tiene derecho a la salud como está establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4, fracción IV:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73

de esta constitución²². (Constitución Política de los Estado Unidos Mexicanos, 2011).

Mientras el Seguro Popular sea un catálogo para ciertas enfermedades, no habrá cumplimiento del derecho social a la salud. Además, como ya se explicó anteriormente, los operarios de la ruta 12 y trabajadores informales, únicamente pueden acudir a centros de salud como parte de asistencia pública, mientras tanto los trabajadores formales acuden a los servicios públicos de salud como parte de su seguridad social.

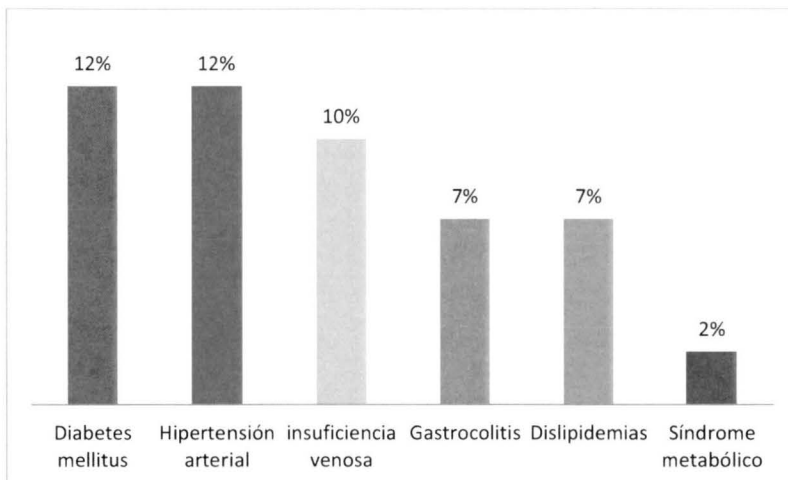
La antítesis radical hace una crítica al programa del Seguro Popular, ya que no contribuye a universalizar los servicios de salud, pues combina transferencias públicas con aportaciones de los usuarios, concebidas como un prepago de servicios médicos (Calva, 2012) volviéndolo de carácter privado, así como de carácter focalizado y hasta cierto punto discriminador, dejando a un lado el derecho a la salud. A partir de esto, el Gobierno Federal aparenta cumplir la ley con el Seguro Popular, promoviendo este programa de carácter neoliberal, el cual busca tratar las enfermedades de los colectivos.

Perfil patológico de los operarios de transporte público y de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella

Entre los principales problemas de salud-enfermedad de los operarios del transporte (taxi, microbús, carga y transporte escolar) reportados en 2010 por el Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios de Transporte Público de la Ciudad de México (CENFES), AC, asociación civil encargada de otorgar el tarjetón de los diferentes operarios, se encuentran los siguientes resultados (gráfica 1):

²² Adicionado mediante decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983.

Gráfica 1. Prevalencia de enfermedades de los Operarios de Transporte Público en la ciudad de México.²³



Según estos datos se han evaluado a 120 mil trabajadores, los cuales presentan con mayor frecuencia seis enfermedades que se relacionan con la alimentación-nutrición (ver gráfica 1):

- Con 12%, la diabetes mellitus tipo II, defecto implicado por el tipo de trabajo y el tipo de alimentos con grandes cantidades de azúcar.
- Con 12%, la hipertensión arterial muestra un gran número de casos.
- La insuficiencia venosa con un 10%, debido a que la mayor parte del tiempo están sentados.

²³ Elaboración propia. A partir de

Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México (CENFES), (2010), *Formación Integral para los/as Operarios/as del Transporte Público de la Ciudad de México*. [En línea], México, disponible en:

http://www.cenfesac.org/manuales/2o_informe_cenfes.pdf
[Accesado el día 22 de marzo de 2012]

- La gastrocolitis con 7%, inflamación simultánea del estómago y del colon relacionado con estrés y por la forma de alimentarse, su importancia radica en la naturaleza del trabajo realizado por estos trabajadores.
- Las dislipidemias con 7%, concentración elevada de grasas en sangre (Colesterol, triglicéridos, colesterol HDL y LDL).
- En último lugar, la presencia de síndrome metabólico con 2%.

Es importante señalar que la obesidad representa un balance positivo de energía, debido a un desequilibrio entre la energía ingerida y la gastada. Cuando la ingesta de energía de alimentos es mayor de la que gasta el organismo con sus actividades y funciones metabólicas, esta grasa se almacena en el tejido adiposo formando grasa y condicionando la presencia de otras patologías como: la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la gastrocolitis, las dislipidemias, el síndrome metabólico (Bertran, 2005); entre otras, todas estas asociadas al tipo de alimentación-nutrición que desarrollan los operarios de transporte público.

Mediante los datos obtenidos en el Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios de Transporte Público de la Ciudad de México (CENFES), el perfil patológico que tienen los operarios de transporte de microbús de un total de 11 768 casos analizados en 2011, es el siguiente:

Cuadro 3. Principales enfermedades y padecimientos de los operarios de microbús de la ciudad de México.

	Enfermedad	Prevalencia	%
1	Obesidad/Sobrepeso	9690	39
2	Dislipidemia	5251	21
3	Ametropía	2852	11
4	Diabetes mellitus Tipo II	1898	8
5	Hipertensión arterial	1486	7
6	Síndrome Metabólico	1452	6
7	Insuficiencia Venosa	968	4
8	Gastrocolitis	651	3
9	Hiperuricemia	281	1
10	Estreñimiento	207	1
11	Hemorroides	191	1
	Total	24 927	

El cuadro 3 indica la prevalencia de enfermedades y la manera en cómo se clasificaron las patologías desarrolladas por los operarios de transporte público de microbús en la Ciudad de México. De acuerdo con los datos proporcionados por CENFES, hay enfermedades y padecimientos detectados que se relacionan con la alimentación-nutrición de este colectivo:

1. En el primer lugar se encuentra la obesidad y el sobrepeso, es una condición de los operarios estar sentados la mayor parte del tiempo en su jornada laboral, por lo que su trabajo es sedentario disminuyendo el gasto calórico e inhibiendo la posibilidad de ejercitar el cuerpo;
2. En segundo lugar dislipidemias;²⁴
3. En tercer lugar la ametropía;²⁵
4. En cuarto lugar la diabetes mellitus tipo II;
5. En quinto lugar la hipertensión arterial.

²⁴ Alteraciones en la concentración de grasas en la sangre

²⁵ Se relaciona con cualquier defecto ocular que ocasione un enfoque inadecuado de la imagen sobre la retina, causando por lo tanto una disminución de la agudeza visual.

6. En sexto el síndrome metabólico;
7. En séptimo la insuficiencia venosa;
8. En octavo la gastrocolitis;
9. En noveno la hiperuricemia;
10. En décimo el estreñimiento; y
11. En décimo primero las hemorroides.

Se debe señalar que el total de enfermedades no corresponde al total de casos analizados por sujeto y la suma de los porcentajes da 102%, pues hay operarios que tienen más de una enfermedad. La encargada del área de salud de esta asociación señala que “hay sujetos que presentan un estado de salud alarmante, ya que padecen obesidad, dislipidemias, hipertensión arterial y gastrocolitis.” Cabe señalar que en su conjunto conforman el perfil patológico que desarrolla este colectivo y la mayoría de estas enfermedades y padecimientos se vinculan al proceso de alimentación-nutrición de estos sujetos, excepto la ametropía.

A partir del perfil patológico definido de los colectivos, las políticas en salud deberían enfocarse a reconocer el derecho social y humano como: el trabajo, la alimentación y la salud, promoviendo igualdad y equidad, pues se establece una política de mercado, es decir, se entienden a los derechos como una mercancía, dejando a un lado el gasto social público.

En el caso de la salud provoca que cada sujeto de la sociedad deba pagar por los servicios de salud. Por lo tanto, el Estado deja sin protección a la población y sólo se ocupa de lo que el sistema privado no puede atender o no puede resolver (Laurell, 1994).

Esto se puede identificar con los operarios de transporte público, pues al no contar con seguridad social por parte de sus empleadores, utilizan el servicio privado de salud, debido a que el mercado es más amplio, por lo tanto, hay mayor atención a su salud, la cual se convierte en mercancía pagada con sus ingresos económicos, provocando que el Estado no invierta en el sector público. Esto refleja que la protección a la salud de los mexicanos se identifique como un bien público no

necesario y poco valioso. Así mismo, la concepción ideológica neoliberal establece que la protección de la salud es prioridad y obligación de las personas.

El Estado neoliberal considera que para mejorar los servicios de salud se requiere de la privatización de los mismos, a partir de los siguientes tres puntos:

1. La pobreza. Esto debido a que los gobiernos destinan pocos recursos para la atención en salud de la población, gastan poco de su Producto Interno Bruto en atención a la misma. En México, durante el sexenio 2006-2012, hubo una inversión de 7.2% (OCDE, 2012) del PIB a los diferentes programas para combatir la pobreza, provocando que las cuotas para la atención se paguen por los mismos sujetos o a partir de las cuotas que ofrecen los obreros-patrones u obreros-patrones-Estados.
2. La ineficiencia del sector público.
3. La inequidad en los servicios de salud.

Lo antes mencionado explica la acumulación que hay en las ganancias de los servicios de salud privados para quienes ofrecen estos servicios, la política neoliberal favorece a los monopolios que ofrecen atención médica, servicio de laboratorios, fármacos, entre otros servicios. Anulando el derecho a la salud, provocando desigualdad, pues no hay igualdad en la atención, el acceso, la utilización y la calidad en el servicio.

En el caso los operarios de transporte público, son únicamente ellos los que pagan por sus servicios de salud, puesto que como ya se mencionó no cuentan con una seguridad social que contribuya a pagar las cuestiones médicas y el Estado no atiende estas necesidades.

Lo anterior, parte de la forma en cómo y quién puede ser seleccionado para ser incluido en los servicios de salud. En este sentido, el Estado ofrece dos formas de incluir a la población, entre los que se encuentran los operarios de transporte público de la ruta 12. Por un lado, los servicios privados diferenciados dirigido a quien puede pagarlos, a partir de sus posibilidades económicas y por el otro el Seguro Popular dirigido a grupos vulnerables.

Para el grupo en estudio, es necesario acudir a los servicios privados más económicos y a programas dirigidos a los más pobres con la finalidad de reducir las tasas de morbi-mortalidad. Las acciones van encaminadas a mejorar y promover entornos sanos, pero el problema de estas acciones es que no toman en cuenta la desigualdad social y la inequidad en la distribución de servicios. Tampoco considera el tipo de trabajo de los colectivos que provocan un desgaste específico, lo que trae como consecuencia un perfil patológico definido.

Por eso, la política de salud selectiva debe enfocarse a no considerar la salud como una mercancía o un medio de carácter privado, sino como una necesidad y un derecho humano-social.

Capítulo 5

Metodología

La metodología que se utilizó en este trabajo se basó en la propuesta de Asa Cristina Laurell, comparando el perfil patológico de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella (T-LE) con los operarios de microbús del Distrito Federal.

También, a partir de conocer cómo son algunas condiciones laborales, a través del análisis del contrato colectivo de trabajo se comparó el perfil epidemiológico²⁶ en un mismo momento histórico, entre los operarios de esta ruta y los del Sistema de Transporte Colectivo-Metro, de la Red de Transporte de Pasajeros de la Ciudad de México (RTP) y de Trolebús pertenecientes a la Alianza de Tranviarios de México, pues las cargas laborales provocan un perfil distinto.

Se decidió trabajar la propuesta de la autora, ya que a partir de la perspectiva histórica y social se puede demostrar la desigualdad laboral que viven los operarios de la ruta 12 respecto de los operarios antes mencionados.

En este sentido, para explicar cómo es el tipo de trabajo de los operarios y conocer las desigualdades laborales en las que están inmersos por ser trabajadores informales se optó por buscar los contratos colectivos de trabajo de los operarios del metro, RTP y tranviarios. Se explica el perfil epidemiológico de los operarios de transporte.

Para conocer la práctica alimentaria de los operarios de la ruta 12, se decidió acudir a su espacio de trabajo y, después de un recorrido por las bases y el trayecto, se conoció la oferta de alimentos que pueden elegir y el costo de cada uno de ellos. Así, para conocer el proceso alimentación-nutrición se decidió aplicar

²⁶ Modo de vida o de reproducción social que caracterizan a los diferentes grupos sociales, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, sus formas organizativas y su cultura con el comportamiento de sus organismos y las enfermedades que los afectan.

una encuesta para identificar qué come en su espacio de trabajo durante su jornada, cuánto gasta, qué preferiría comer. Con la finalidad de especificar cómo se relaciona la jornada de trabajo con su forma de comer.

Como propósito de esta investigación fue necesario explorar el tema de la práctica alimentaria de los operarios de transporte público, pues no se ha estudiado con mucha frecuencia. Es importante dar a conocer cómo se abordaron las variables – alimentación-nutrición; y salud-enfermedad-, debido a que se estudiaron como procesos. La alimentación-nutrición como proceso se ha estudiado poco, bien lo menciona Asa Cristina Laurell, *et al*, en su libro: *Crisis, políticas de ajuste y alimentación en la ciudad de México. Análisis del periodo 1970-1992*, en el que menciona: “(...) sin embargo no fue posible contar con datos históricos para reconstruir adecuadamente la evolución de los procesos sociales y biológicos” (Rivera, Ruiz y Laurell; 2009:33) que se discutían en el libro. Con este referente se da cuenta que la práctica alimentaria de los colectivos no se considera como proceso histórico y social.

En el caso del proceso salud enfermedad se decidió conocer: 1) el perfil patológico del grupo en estudio, en el que prevalecen las crónicas degenerativas como la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II, la obesidad, las dislipidemias; 2) así como el tratamiento que siguen, cómo vinculan sus enfermedades con su trabajo y su alimentación, conocer de viva voz el desgaste que provoca su trabajo y saber a qué instituciones de salud acuden para atenderse.

Tipo de estudio

El estudio fue de carácter transversal debido a que se aplicó la encuesta sólo en un periodo de tiempo. Además, tuvo un enfoque mixto:²⁷ cualitativo y cuantitativo. Los datos obtenidos son para explicar el perfil patológico y epidemiológico de los choferes en estudio, asociando los conceptos teóricos trabajo y alimentación, los

²⁷ Proceso que recolecta, analiza y vincula datos cualitativos y cuantitativos es un mismo estudio para responder a un planteamiento del problema (Hernández, 2006).

cuales determinan el proceso salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12. A continuación se muestra la forma en que se construyeron.

Cuadro 1. Operacionalización de los conceptos: Trabajo, alimentación y proceso salud-enfermedad.²⁸

Concepto	Operacionalización del concepto
Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo precario • Desigualdad laboral • Fuerza de trabajo • Ingreso económico • División del trabajo • Desgaste • Proceso laboral • Condiciones laborales • Cargas laborales
Alimentación-nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica alimentaria • Accesibilidad económica • Trabajo como operarios • Acceso a alimentos • Historia de la alimentación mexicana • Derecho a la alimentación
Proceso salud-enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptualización de la salud • Salud Pública vs Salud Colectiva • Desgaste • Perfil patológico • Estudio del proceso salud-enfermedad • Desigualdad en servicios de salud

²⁸ Fuente. Elaboración propia.

La encuesta se aplicó en las bases Taxqueña-Lomas Estrella, en el espacio donde laboran los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella para analizar cómo se relaciona el tipo de trabajo, la práctica alimentaria y el proceso salud-enfermedad de estos trabajadores. (Ver anexo 1).

Selección de la muestra

Se decidió sacar una muestra representativa de operarios de la ruta 12 de un universo de 140 trabajadores.²⁹ A partir de este dato se optó por sacar la muestra con los siguientes criterios de inclusión/exclusión:

Criterios de inclusión

- Ser trabajador de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.
- Haber laborado más de un año en la ruta.

Criterios de exclusión.

- Pertenecer a otras rutas de trabajo.
- Tener menos de un año trabajando en la ruta.

Se utilizó el programa Statdisk para calcular la muestra con un nivel de confianza de 95% y un error del 5%. De 90 operarios que cubrieron los criterios de inclusión se encuestaron a 70 operarios para completar la muestra. Cabe mencionar que hubo ocho operarios que cubrieron los criterios de inclusión, no quisieron participar en el estudio, mencionando: “No me interesa, no tengo tiempo, no gracias”. En algunas ocasiones los choferes no quisieron que se les aplicara la encuesta en el momento que se les hizo la petición porque estaban realizando actividades como: comer, lavado del micro, reparación del microbús; esto, como parte de sus condiciones laborales que desarrollan cotidianamente antes de salir entre una vuelta y otra. Sin embargo, en otro momento aceptaron.

²⁹ Dato reportado por el representante de la ruta hasta mayo de 2012.

Cada una de las encuestas tuvo una duración de 10 a 15 minutos por cada operario, aunque hubo operarios que se extendieron de 30 a 45 minutos, dando otros datos que se utilizaron para la investigación. Dicho proceso fue elaborado durante mes y medio (abril a mayo de 2012) hasta que se cubrió la muestra de 70 operarios de la ruta 12.

Conformación y aplicación de la encuesta

La encuesta realizada tuvo 30 preguntas y se dividió en cuatro partes (ver anexo 1). En la primera se identificaron los datos generales de los operarios como son nombre, edad, estado civil, número de dependientes económicos, escolaridad y lugar de nacimiento. Se construyeron estas preguntas porque se requirió conocer los datos socio-demográficos de estos trabajadores.

En la segunda sección, las preguntas se refirieron a las condiciones laborales en las que están inmersos los operarios de la ruta 12 con la finalidad de obtener información sobre el proceso productivo. Por ejemplo, se identificó la antigüedad laboral, el desgaste, la desigualdad social, el trabajo precario, los horarios, el ingreso que pueden generar en un día de trabajo y el gasto que pueden destinar en su jornada de trabajo a los alimentos.

En la tercera sección, las preguntas se enfocaron a entender la práctica alimentaria para analizar los tiempos de ayuno, la oferta de alimentos en el espacio de trabajo, el gasto económico en alimentos durante su jornada laboral, los gustos y las razones por las cuales eligen sus alimentos.

La última parte de la encuesta se realizó para conocer el perfil patológico de los operarios de la ruta, conociendo el tipo de enfermedades padecidas y saber si consideran que sus patologías se relacionan con el trabajo y la alimentación habitual, cómo tratan sus enfermedades y en qué institución de salud se atienden.

Problemas durante la recolección de datos

- Algunos operarios de la ruta 12 que cumplieron los criterios de inclusión se negaron a participar, mencionaron: “No me interesa, no tengo tiempo, no gracias”.
- Largo tiempo para conseguir los contratos colectivos de los operarios de la Red de Transporte de Pasajeros del Distrito Federal, Sistema de Transporte Colectivo-Metro, Alianza de Tranviarios. En los últimos dos casos se intentó buscar los contratos vía electrónica, pero no se pudieron conseguir; por lo tanto, se buscó a operarios que quisieran prestar sus contratos, pero se tuvo que esperar hasta dos meses para conseguirlos.
- Larga espera para conseguir los datos del Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México (CENFES) porque se estaba realizando la actualización de datos; por lo tanto, se esperó tres meses para que se obtuvieran los datos de 2010.

Resultados

Se considera importante describir de manera general lo que viven en su jornada los operarios de la ruta 12 en una semana de trabajo. Esto, permite acercarse a entender los rasgos generales de cómo es una semana de trabajo de estos choferes con la finalidad de analizar el proceso productivo, la práctica alimentaria y, en consecuencia, el proceso salud-enfermedad en este colectivo.

Es importante destacar que existe una diferencia en la carga de trabajo de lunes a viernes a un fin de semana (sábado-domingo) porque existe diferencia en la carga de tráfico, pasaje, número de vueltas, gasto en combustibles, pues los fines de semana no hay clases en las escuelas ubicadas en el trayecto recorrido por los operarios de esta ruta y tampoco se transporta mucha gente a sus empleos. A continuación se describen estas condiciones a partir de la observación realizada durante el tiempo en que se encuestaron a los trabajadores de esta ruta:

- El mayor congestionamiento vehicular se da en la mañana entre 7 y 9 hrs hacia el metro Taxqueña porque existen diferentes escuelas primarias, secundarias, la Escuela Superior de Ingeniería y Mecánica-Culhuacán (ESIME-Culhuacán) del Instituto Politécnico Nacional, así como escuelas privadas. El tráfico intenso se registra, principalmente, desde calzada Santa Ana, avenida que se incorpora a la calzada Canal de Miramontes para llegar al metro Taxqueña. El fin de semana disminuye el tráfico porque los estudiantes no asisten a la escuela.
- Posteriormente, el tráfico se ubica en ambos lados de la ruta de las 12:30 a las 14 hrs, ya que es cuando salen y entran los alumnos de primaria y secundaria de la escuela.
- Por el contrario, después de las 19 hrs el mayor tránsito vehicular se dirige a la avenida Tláhuac, trayecto por donde pasan los operarios para llegar a la base de Lomas Estrella hasta las 21 hrs. Esto se cumple cuando la gente va de regreso a sus casas.
- Sumando el tráfico, las condiciones del ambiente como la temperatura ambiental y el calor del motor, los conductores, al estar sentados la mayor

parte del tiempo en una sola postura, sólo acelerando y frenando porque no avanzan rápido, la principal parte del cuerpo desgastada va de los pies a la cadera, pues es donde se siente más el calor de la máquina del microbús. Además, el estrés generado por el poco avance cuando es hora “pico”; es decir, las principales horas de tráfico.

En una “vuelta buena” entre semana algunos operarios mencionaron que suben entre 80 y 100 pasajeros y, principalmente, es a la hora que hacen uso del transporte los estudiantes que asisten a las escuelas. Mientras, una vuelta en fin de semana, donde no hay estudiantes, suben entre 30 y 40 pasajeros, representando la mitad de personas, la mitad de ingresos, pero menos tráfico y menos estrés. Esto es un ejemplo claro de lo que es el sistema de contradicciones que menciona Jaime Breilh, pues las condiciones para los operarios de la ruta 12 en una semana inglesa es benéfica en cuanto a cuestiones económicas, pero con mucho estrés. Mientras tanto, en un fin de semana hay menos dinero y menos estrés.

De acuerdo con lo señalado por un operario, aproximadamente se gasta \$500 pesos en combustible en un día de trabajo para dar, aproximadamente, ocho vueltas.

La encuesta aplicada tuvo como propósito acercarse a la comprensión de cómo es el proceso productivo y la práctica alimentaria de los operarios de transporte público de la ruta 12. Una vez analizadas estas dos condiciones, podemos entender cómo se relacionan con el proceso salud-enfermedad.

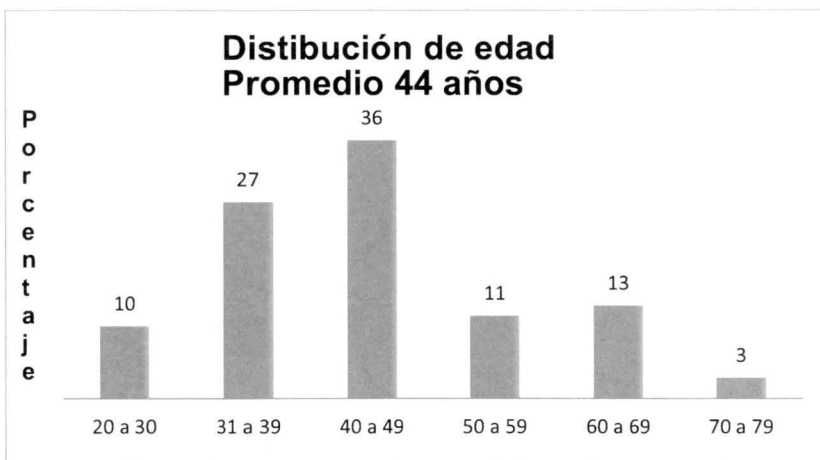
Las primeras tres gráficas se relacionan con las condiciones personales y sociodemográficas de los operarios de esta ruta.

De la gráfica 4 a la 11 se muestran datos para reconocer las condiciones en las que trabajan los choferes: los días laborales, las horas trabajadas, qué hacen durante su jornada, razones por las cuales eligieron su trabajo y el número de comidas realizadas en su jornada, así como el dinero destinado a sus alimentos durante el tiempo que pasan en la ruta.

De la gráfica 12 a la 15 se muestra información que permite saber cómo es la práctica alimentaria de los operarios de la ruta 12, ofreciendo datos de los alimentos consumidos y por qué los comen durante la jornada laboral, los tiempos de comida en un día; es decir, a qué hora realizan el primer alimento y a qué hora el último.

De la gráfica 16 a la 22 se presentan datos asociados a las condiciones de salud de los microbuseros de la ruta 12: qué enfermedades padecen, tratamientos llevados a cabo, cómo relacionan tanto el tipo de trabajo como la alimentación con las enfermedades padecidas, las situaciones que les generan estrés durante la jornada. Por último, se muestra si tienen o no seguro médico y se expone el registro de las instituciones de salud donde se atienden.

Grafica 1. Edad.



La gráfica 1 indica que la edad promedio de los trabajadores de la ruta 12 es de 44 años, lo que indica una población adulta. El rango de edad con mayor porcentaje es el de 40 a 49 años con 36%; por otro lado, 27% de los trabajadores tiene una edad entre 31 y 39 años, 11% entre 50 a 59 años y, el 16%, son adultos mayores y continúan trabajando. Los últimos datos pueden dar cuenta de una de las desigualdades laborales de los operarios de esta ruta y a los que posiblemente se enfrenten los demás operarios, pues siguen trabajando en el sector de los servicios de transporte al no haber obtenido una pensión que, por derecho, se les hubiera otorgado por ser personas de la tercera edad y trabajadores formales.

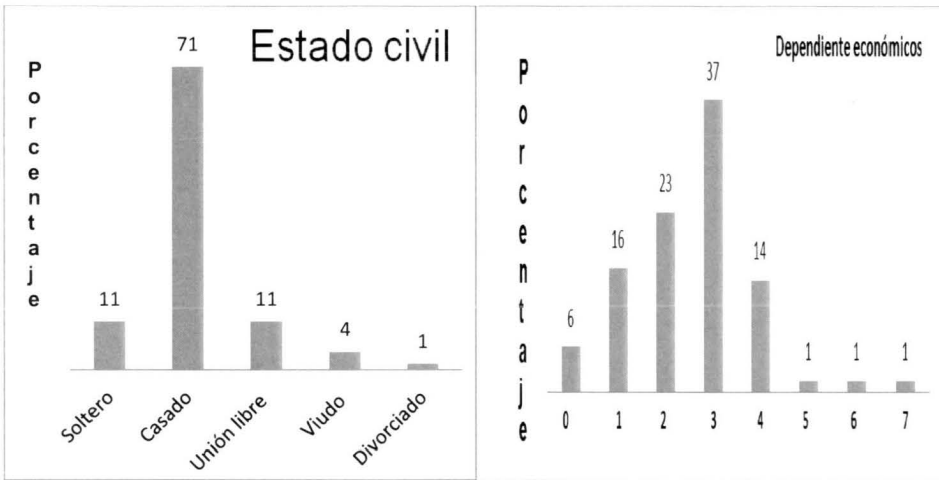
Cabe señalar que las enfermedades crónicas degenerativas empiezan a manifestarse con mayor frecuencia a partir de los 40 años en adelante. De acuerdo con los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, en el caso de la diabetes mellitus tipo II, la prevalencia en adultos (20 a 65 años) representa 51.6% de la población en todo el país. Respecto a la hipertensión arterial la prevalencia es de 33.3% y, la hipercolesterolemia, de 13%

³⁰ La suma en casi todas las gráficas no da 100%, debido al redondeo que se hace, hay ocasiones que da 98%, 99% o hasta 101%

(INSP, 2012). Por lo tanto, a mayor edad -después de los 40- mayor prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas.

Por otro lado, el grupo en estudio se caracteriza por ser adulto (47%) y en una o dos décadas serán adultos mayores al igual que sus compañeros.

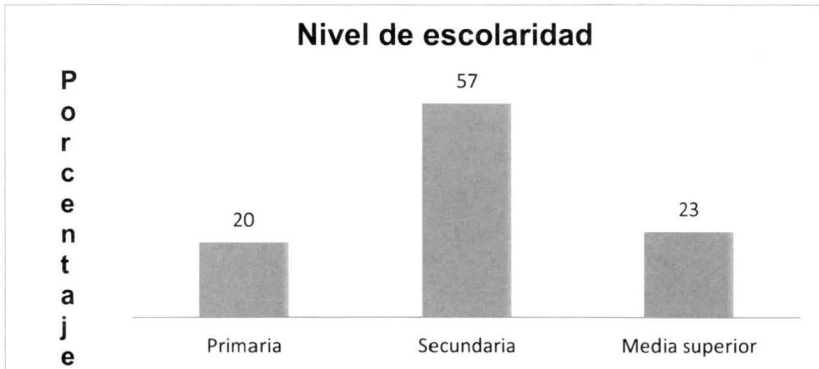
Gráfica 2. Estado civil y número de dependientes económicos.



La gráfica 2 indica el estado civil de los operarios de esta ruta. Al relacionar el estado civil con el número de dependientes económicos, encontramos que 71% de los operarios están casados y tienen dependientes económicos, de igual manera aquellos que están en unión libre (11%). 96% de los operarios tienen dependientes económicos y sólo 4% no tiene ningún dependiente.

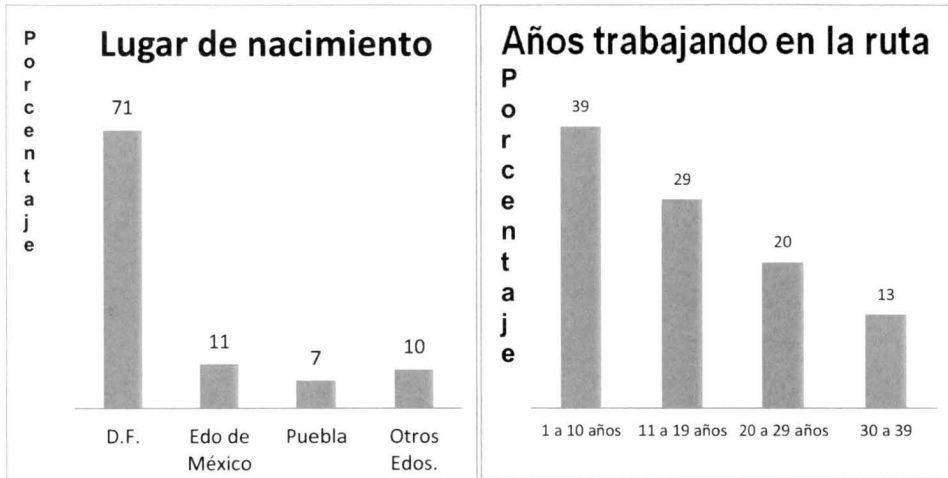
La gráfica de la derecha indica que el mayor porcentaje en número de dependientes es de tres, con 37%; seguido de dos dependientes con 23%; un dependiente con 16% y cuatro dependientes con 14%, lo que representa un gasto importante en la mayor parte de los operarios.

Gráfica 3. Escolaridad.



En la gráfica 3 se puede observar que más de la mitad (57%) de operarios de esta ruta únicamente tiene terminada la secundaria. Mientras tanto, 20% de ellos sólo la primaria. El resto de choferes (23%) tiene un nivel media superior concluida. Esto puede dar una explicación del por qué eligieron este trabajo, pues como varios de ellos lo mencionan “no conseguí otro trabajo, porque no tuve estudios”. Así mismo, al no poder acceder a otro tipo de empleo, los pone en la situación de trabajadores informales y no pueden acceder a los derechos laborales que por ley tienen los trabajadores formales del mismo sistema de transporte urbano, teniendo como consecuencia *desigualdad laboral* sin prestaciones sociales.

Grafica 4. Lugar de nacimiento.



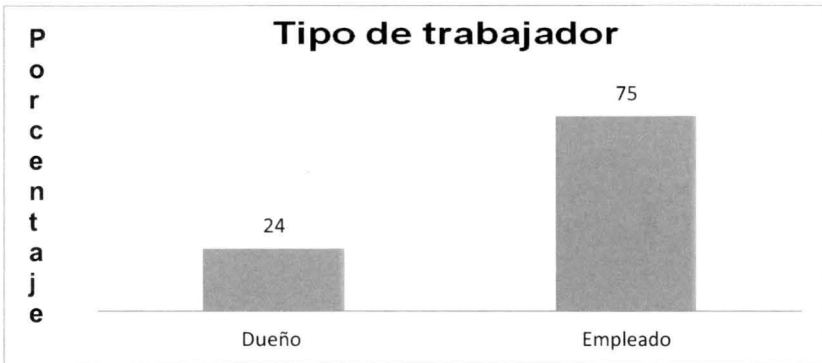
Es notorio que casi tres de cada cuatro operarios son originarios del Distrito Federal y 18% de estados aledaños al D.F. Esto se relaciona con el proceso de urbanización acelerada iniciado en la primera mitad del siglo XX, lo que provocó migración de personas del interior de la República a la ciudad de México para buscar mejores oportunidades y satisfacción de necesidades. El 10% restante proviene de estados del norte y centro del país. Cabe señalar que la mayor migración se dio en la década de los años setenta, pero ha disminuido y eso puede explicar el lugar de nacimiento del porcentaje de los operarios actuales.

En la gráfica de la derecha se observa por rangos de 10 años el porcentaje de operarios que han laborado en esta ruta, indicando que el promedio de años laborados en la ruta es de 15.

Este indicador permite analizar el desgaste biológico que han tenido durante el tiempo laborado en la ruta, lo cual se relaciona con la forma en cómo se han alimentado los operarios y a su proceso salud-enfermedad.

Así mismo, esto también se relaciona con los resultados mostrados en la gráfica 1 edad + años trabajando en la ruta + el desgaste provocado por el trabajo realizado, provocando un perfil patológico definido en este colectivo.

Gráfica 5. *Tipo de trabajador.*



En esta gráfica se observa que el 76% de los operarios de la ruta 12 son empleados y sólo el 24% son dueños. Es necesario conocer qué tipo de trabajadores hay en la ruta, porque esto permite saber a qué clase social pertenecen. En este sentido tres cuartas partes pertenecen a lo que Carlos Marx define como clase dominada, teniendo que vender su fuerza de trabajo para satisfacer sus necesidades. La cuarta parte de operarios ha logrado ser dueño del microbús, sin embargo, a través de sus medios también trabajan para satisfacer sus necesidades.

Una diferencia entre el dueño del microbús y el que lo renta para trabajar, radica cuando el dueño que lo da a trabajar; al enfermar, sigue obteniendo ingresos económicos y cuando el empleado enferma no tiene ingresos para mantenerse, pues sólo posee su fuerza de trabajo.

Se puede inferir que los dueños del microbús tienen mejores condiciones de vida y económicas a diferencia de los empleados; sin embargo, carecen de las mismas prestaciones y derechos frente a los otros operarios de transporte urbano, pues el 100% de los operarios de la ruta 12 no cuenta con un contrato colectivo de trabajo, generando que su trabajo sea considerado precario.

Gráfica 6. *Días que laboran los operarios.*

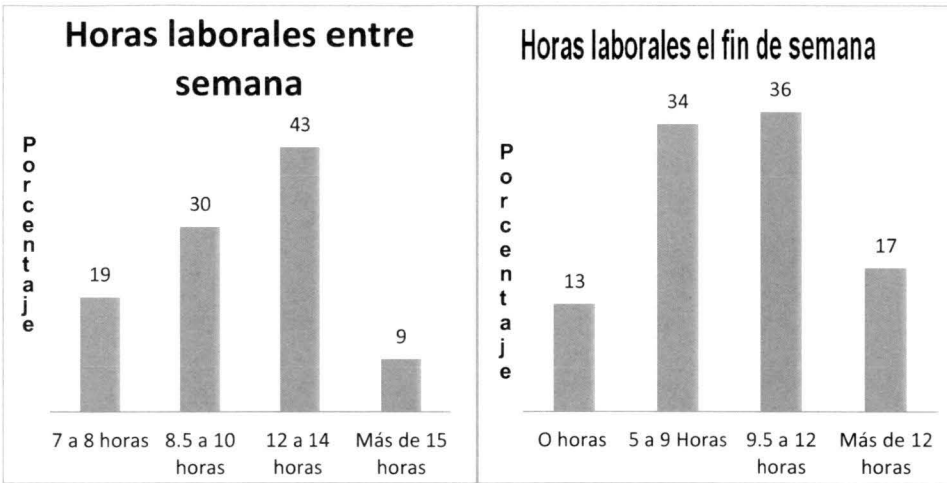


La gráfica 6 muestra cuántos días a la semana trabajan los operarios de esta ruta durante una semana. Los datos permiten reconocer el desgaste que tienen los operarios durante la semana y la utilización del tiempo libre. Por ejemplo, 20% de ellos trabajan los siete días de la semana, lo cual representa que no disfrutan del día de descanso que por derecho deberían tener. En este sentido, los operarios mencionan: “(...) qué le hacemos, sino no nos alcanza, por eso hay que trabajar toda la semana”. Aquí es importante preguntarse si los trabajadores estudiados se consideran sujetos de derecho y, por tanto, consideran la exigibilidad como un recurso para exigirlo.

54% de los trabajadores tiene un día de descanso en el “que se olvidan del trabajo que tienen hacer, ya sea talacha o lo que se le parezca”. Se les preguntó si no debían hacer mantenimiento al microbús el día que por ley el vehículo descansa, contestaron que no. Por otro lado, el 22% de ellos únicamente trabaja cinco días, algunos descansan todo el fin de semana aunque no son necesariamente los dueños del microbús. Por último, el 4% trabaja sólo cuatro días.

Esto no significa que los dueños del microbús descansen necesariamente más de dos días, esto sólo lo hacen ocho de 20 y, siete de 20, descansan un día. Cinco de ellos no descansan un solo día.

Gráfica 7. Horas que trabajan de lunes a viernes y fin de semana.



Saber cuántas horas por día trabajan los operarios ayuda a saber: 1) cuántas vueltas realizan durante su jornada, 2) si se violan o no sus derechos laborales y 3) la afectación a su proceso salud enfermedad. En la gráfica de la izquierda se observa que únicamente el 19% de los operarios de esta ruta cubre las horas laborales establecidas en la ley para cualquier trabajador formal. En contraste, el 30% labora más de las horas establecidas por ley. Eso no es todo, más de la mitad (51%) cubre una jornada exhaustiva y puede considerarse que no hacen otra cosa más que trabajar e ir a dormir. En consecuencia, no tienen tiempo para convivir con la familia o realizar actividades de esparcimiento, generando lo que Julio Boltvinik denomina como “desviado social” por no hacer otras actividades más que trabajar. Así mismo, al no descansar lo suficiente, están fatigados durante su jornada laboral, teniendo mayor riesgo de estar implicados en accidentes viales. Por otro lado, el promedio de horas trabajadas por estos operarios es de 11 horas al día entre semana, rebasando la carga horaria de ocho horas tal como lo establece el artículo 123 constitucional.

La gráfica de la derecha muestra que el 13% de los operarios no trabaja los fines de semana. El conteo incluye a los dueños del microbús y a los trabajadores. El 34% trabaja de cinco a nueve horas y el 36% de 9.5 a 12 horas los fines de

semana. Mientras tanto, el 17% labora más de 12 horas. A eso hay que restarle aproximadamente media hora por vuelta realizada entre semana y, los fines de semana, un poco más porque la duración en las bases es mayor al no haber clases en las escuelas de la zona (primarias, secundarias, Esime-Culhuacán y escuelas privadas). El fin de semana genera más tiempo muerto durante la jornada, pues pueden pasar de “una a dos horas para salir el sábado o el domingo” tal como lo mencionaron algunos operarios.

Gráfica 8. *Número de vueltas que realizan en un día de trabajo.*



La gráfica muestra el porcentaje del número de vueltas hechas en un día. Se puede observar que casi la mitad (49%) de los operarios realiza entre seis y ocho vueltas y, el 44%, entre tres y cinco.

El objetivo de preguntar: “¿Cuántas vueltas realiza en su jornada laboral?” radica en saber cuánto dinero posiblemente pueden adquirir los operarios de esta ruta en un día de trabajo, cuánto pagan de cuenta al día, cuánto combustible utilizan, el tiempo que descansan entre una y otra. Por ejemplo, un operario de esta ruta gana aproximadamente \$339.30 pesos al día libres, pagando ya la cuenta y el combustible. Esto significa que obtienen 4.72 salarios mínimos al mes (\$8,821.8 pesos), pero gana menos quien realiza menos vueltas. Sería importante saber cómo distribuyen sus ingresos con la familia, pues hay que recordar que 96% de los operarios tienen dependientes económicos (aunque no se sabe si son los

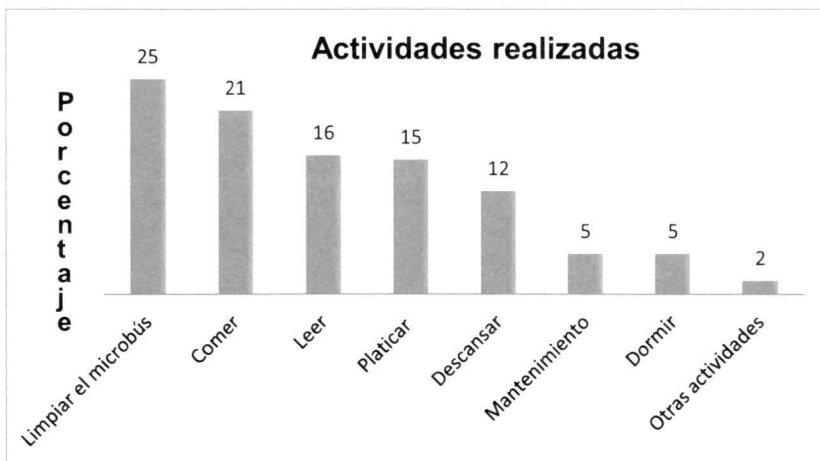
únicos proveedores de dinero) y deben destinar sus ingresos a las necesidades básicas como es comida, educación de los hijos, medicamentos, entre otras.

Respecto a cuánto pagan los trabajadores de esta ruta (76% son los que venden su fuerza de trabajo), el promedio de la renta del microbús es de \$377.36 por día. Por ejemplo, quien trabaja el microbús ocho horas tiene que pagar aproximadamente \$250 pesos, mientras quien trabaja más de 12 horas llega a pagar entre \$450 y \$500 pesos en un día.

Por otro lado, en cada vuelta se gasta en combustible entre \$70 y \$80 pesos; por tanto, esto se debe multiplicar por el número de vueltas al día. Éste es el dinero que egresa de la ganancia de los operarios, ya que es un gasto que deben cubrir los operarios para seguir trabajando al siguiente día. Además, se debe señalar que durante la administración panista y aun en la de transición priísta, han existido incrementos mensuales en los combustibles, “los gasolinazos nos generan cada vez más pérdidas, pero al gobierno no le importa; eso sí, las tarifas no suben”. Esto genera que los ingresos de los operarios disminuyan.

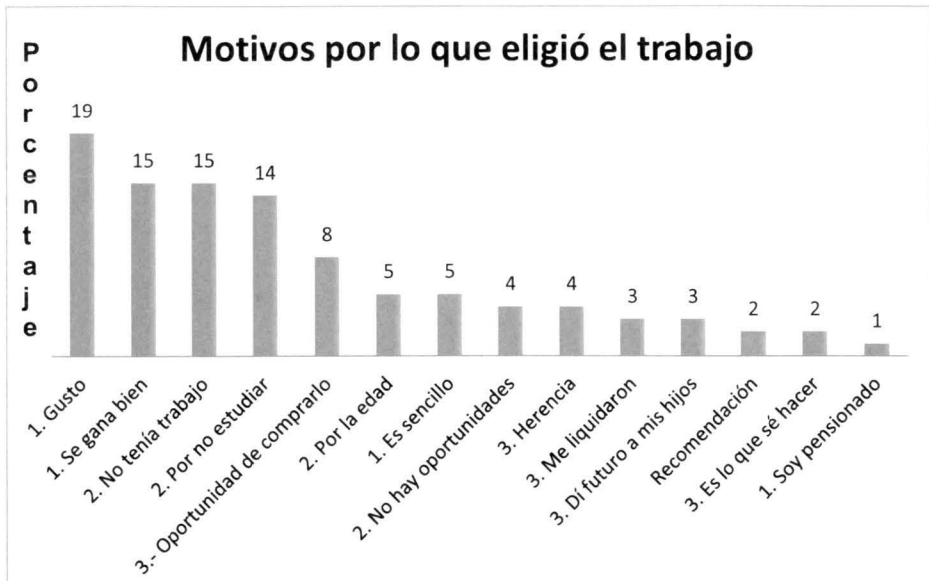
El tiempo que descansan entre una vuelta y otra es de casi tres horas en un día de trabajo, lo cual representa pérdida de tiempo. Las principales actividades hechas en ese tiempo se enuncian en la siguiente gráfica.

Gráfica 9. Actividades por porcentaje que realizan entre una vuelta y otra.



La gráfica 9 indica qué actividades realizan los operarios de esta ruta durante el tiempo muerto, en lo que salen entre una vuelta y otra. Las cinco principales acciones se concentran en: limpiar el microbús (25%), comer (21%), leer (16%), conversar (15%) y descansar (12%). A través de la observación realizada durante la aplicación de las encuestas, la limpieza de la unidad se realiza con mayor frecuencia entre las 9 y las 11 hrs. Generalmente comen en un puesto de la base Taxqueña, el cual vende principalmente guisados y agua de sabor. Principalmente leen el periódico o algunos llevan libros de su interés. Algunos duermen al esperar la siguiente vuelta, pues la salida a veces se prolonga hasta media hora o más y, los fines de semana, aumenta.

Grafica 10. Razones por las que eligieron el trabajo.



Decodificando la gráfica a partir de las respuestas ofrecidas por los operarios, se pueden agrupar en tres principales razones la elección del trabajo como operarios:

- El número 1 muestra satisfacción.
- El número 2 indica falta de oportunidades.
- El número 3 demuestra disponibilidad económica, capital-inversión para la compra del vehículo.

Esta gráfica muestra, en porcentaje, las razones por las que los entrevistados eligieron el trabajo de operarios de transporte. La pregunta se formuló para saber si no tenían otra opción de trabajo. En este sentido, el 19% eligió el trabajo porque “me gusta manejar”. El 15% considera “ganar bien”, pero sería importante saber a qué le llaman “ganar bien”, pues el ingreso económico que tienen es únicamente por las horas laboradas, aunque puede llegar a ser cinco veces mayor al salario mínimo,³¹ a eso se le debe restar lo consumido en la ruta y cómo distribuyen el dinero a su familia y a sus diferentes necesidades.

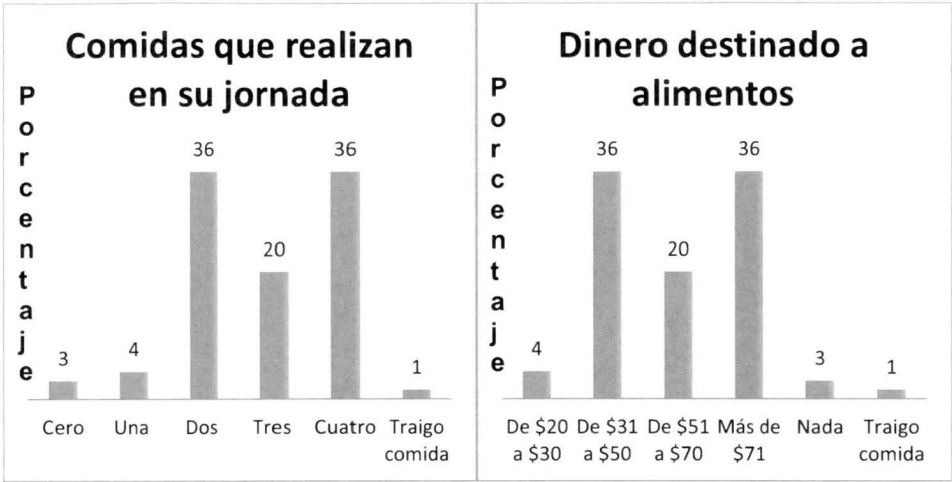
³¹ \$62.33 en la Ciudad de México de acuerdo a la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos.

El 15% no tenía trabajo cuando ingresó a la ruta, por lo tanto, fue su última opción de trabajo. En este sentido, algunas de sus respuestas se vinculan con lo mencionado por el 14% de los operarios: “sin estudios no hay otra opción, la edad ya no me permitió conseguir otro empleo”. Es lo que hoy en día acontece en la sociedad meritocrática en la que vivimos ante la falta de oportunidades para conseguir un empleo formal, el cual pueda garantizar el goce de los derechos sociales que debe tener cualquier trabajador. Esta situación provocó el que buena parte de los operarios se quedaran a laborar en la ruta más de lo que ellos pensaban. Así mismo, esto se puede atribuir a una falta de educación (capital cultural y social) provocando menores oportunidades de trabajo. Sin embargo, se necesitaría conocer qué situaciones fueron las que provocaron el no haber podido estudiar.

El 8% de operarios mencionó que tuvieron la oportunidad de comprar el microbús o bien sus padres se los heredaron. Esto hace que se repita el trabajo familiar, pero no quiere decir que por ser dueños no trabajen en el sector, lo único que cambia es que no venden su fuerza de trabajo, desdibujándose las relaciones de producción propias de quien sí vende su fuerza de trabajo. El poseer los medios de producción (microbús) les permite tener mejores condiciones de vida, por no pagar cuenta a diario.

El 5% considera que la edad representa un impedimento para laborar en otro sector económico, pues ya no es fácil que los contraten. A esto se suma que un 4% menciona la falta de oportunidades laborales. Por otro lado, el 5% considera su trabajo como sencillo y no les representa el más mínimo trabajo realizarlo.

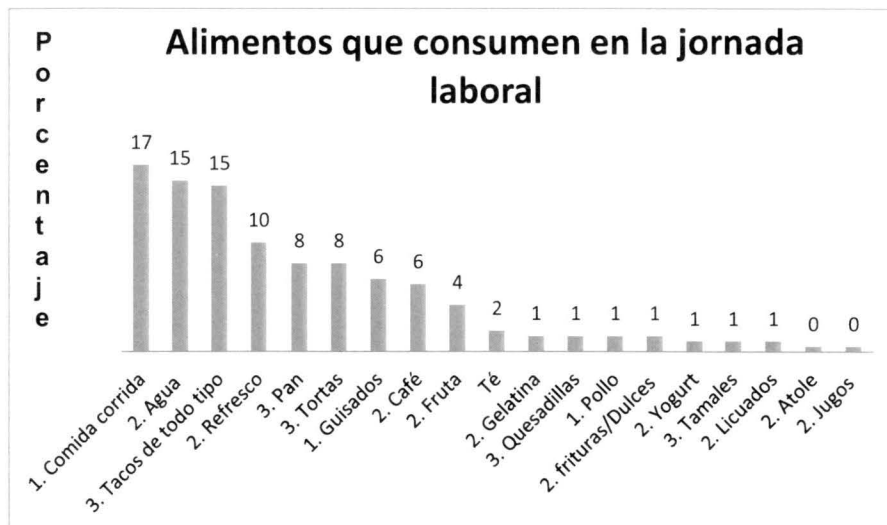
Gráfica 11. Análisis del número de comidas que realizan en la jornada laboral.



En estas dos gráficas se puede observar cuántas comidas realizan los operarios en un día de trabajo y el gasto destinado en alimentos para su consumo en la jornada. Por ejemplo, en la gráfica de la izquierda se observa que hay operarios que comen dos o cuatro veces en la ruta; en ambos casos, la frecuencia es del 36%. Hay operarios que trabajan más de 12 horas y llegan a comer hasta cuatro veces. El 20% de ellos come tres veces durante su jornada.

Haciendo una relación entre ingreso económico y gasto realizado en alimentos, y al restarle a los \$339 pesos que ganan aproximadamente en un día y el gasto hecho en un mismo día, se deduce que los operarios que gastan en alimentos entre \$20 y \$30 pesos obtendrían un ingreso de \$309 a \$329; los que gastan entre \$31 y \$50 ganarán entre \$289 y \$308; cuando gastan entre \$51 y \$70 obtendrán entre \$288 y 269 pesos y, los que gastan más de \$71, generarán un ingreso aproximado de \$268 pesos. Esto es un aproximado tanto en el ingreso como en el gasto, pues hay días donde ganen menos y gasten más, o bien, ganen más y gasten menos en alimentos. En promedio, a partir de esta investigación, podemos señalar que se gasta \$40 pesos en alimentos por día.

Gráfica 12. Alimentos que consumen.



Los alimentos presentados en la gráfica se agruparon de la siguiente manera:

- El número uno indica: alimentos considerados más saludables y equilibrados;
- El número dos muestra: alimentos con hidratos de carbono simples; y
- El número tres expone: alimentos con grasas saturadas.

La gráfica muestra el tipo de alimentación-nutrición que realizan cotidianamente estos operarios durante su jornada laboral. Esto, de alguna manera, permite acercarse a entender la práctica alimentaria. La oferta alimentaria existente en el espacio físico de los operarios consta de los siguientes alimentos: refrescos, jugos embotellados, aguas de sabor, guisados acompañados de frijoles o arroz, comida corrida, tacos de guisado, tacos de carnitas, gelatinas, quesadillas, coctel de frutas, yogurt con frutas (estos dos últimos con alta densidad energética), galletas, papas, dulces, café, atole, pan de dulce, helados, tortas, entre otros alimentos. Cabe mencionar que este tipo de alimentación tiene grandes cantidades de hidratos de carbono simples, grasas saturadas y altas cantidades de proteínas, los cuales son la causa principal de enfermedades crónicas degenerativas como la obesidad, diabetes tipo II, hipertensión y dislipidemias.

El mayor consumo es el de la comida corrida (17%), seguida por tacos de carnitas, de guisado con arroz y de canasta (15%). A la par de consumir tacos, toman aguas. El problema aquí es el tipo de taco y la frecuencia de consumo, pues no es lo mismo comer tacos de carnitas a unos tacos de guisado por la cantidad de grasa con la que están cocinados los primeros con respecto a los segundos. En este rubro existe un error metodológico ajeno a la investigación debido al escaso tiempo de los operarios para atender nuestros instrumentos, ya que al estar apresurados para la siguiente vuelta, por comer o por limpiar el microbús, no pudieron contestar de manera más precisa cuál es la frecuencia de los alimentos consumidos cotidianamente.

Por otro lado, las bebidas, como los refrescos de cola, son alimentos líquidos que consume el 10% de los operarios. Estos provocan -por su alto contenido de azúcar refinada- el querer consumir más, pues contienen cafeína, descrita como una droga y, tomada en frío, acelera su acción para que las personas no sientan cansancio, aunque acaba por causar taquicardia, insomnio, dolor de cabeza, úlcera gástrica y ansiedad. Existen diferentes presentaciones que se venden en el lugar de trabajo de los operarios de la ruta 12, principalmente Coca-Cola, Manzanita Lift, Sprite, Pepsi, Jumex y Boing. Estos productos son consumidos en diferentes cantidades, los cuales van desde $\frac{1}{4}$ de litro hasta dos litros. Estas bebidas son consideradas como no sanas por las instituciones de salud; sin embargo, el gobierno no frena su distribución a través de políticas de salud, ya que según sus productoras son inocuos para la salud.

Gráfica 13. *Motivos por los que eligen los alimentos en su jornada laboral.*



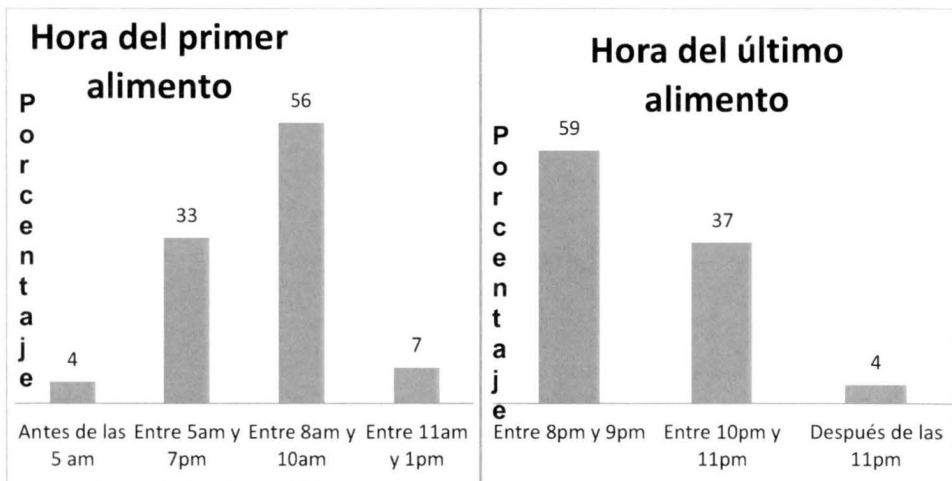
Decodificando todas las respuestas a esta pregunta se pueden agrupar en seis principales razones por las cuales comen así los operarios de esta ruta:

- El número 1 muestra: tiempo.
- El número 2 indica: disponibilidad.
- El número 3 demuestra: seguridad y tiempo para salir a la siguiente vuelta.
- El número 4 explica: accesibilidad económica.
- El número 5 expone: gusto-costumbre.
- El número 6 revela: salud.

Reconocer los motivos por cómo eligen sus alimentos en cada colectivo es importante porque permite entender la práctica alimentaria desarrollada, es decir, saber el espacio donde se come, el tiempo, la cantidad, la oferta y con quién se come. En este sentido, el 33% mencionó que la rapidez/tiempo es un factor importante para comer los alimentos, como algunos lo mencionaron “hay que comer rápido para que no te salten, no puedo ir a una cocina a comer porque representa pérdida de tiempo y dinero”. Así mismo, no pueden regresar a sus

casas porque eso generaría pérdida de ingresos económicos. El 25% mencionó: “es lo que hay”, esto se relaciona con la oferta alimentaria que hay en su espacio físico, lo cual se vincula con la posible elección de alimentos. El 7% asocia la manera de comer porque “debemos tener cuidado, pues en un abrir y cerrar de ojos te bajan la cuenta y el estéreo”, provocando el consumo de alimentos arriba del microbús. Esto contrasta con la observación realizada, ya que la mayoría come en el microbús. Al 7% de los operarios les llevan de comer, por lo tanto, no comen nada en la ruta o bien se esperan a comer en sus casas. El 7% mencionó: “qué más quisiera comer uno, un pescado, mariscos o hasta una buena ensalada, pero son muy caros”, esto se relaciona con un supuesto: *dime cuánto tienes y te diré lo que comerás*. El 5% come eso porque les llena y se relaciona con lo dicho por ellos: “es para aguantar la jornada y para no gastar mucho”. El 4% señala que la elección de lo consumido se asocia a lo identificado como hábito porque se vincula con el gusto y la costumbre. Finalmente, el 3% de los choferes cree que comen sano, pues dijeron: “es variado, porque las señoras que preparan los guisados le ponen de todo y varían los guisados con verduras y carne”.

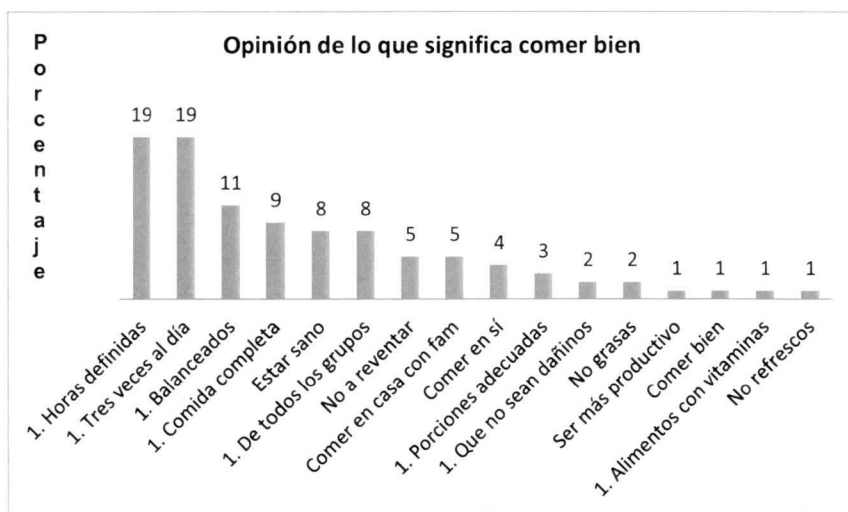
Gráfica 14. *Relación que hay entre la hora del primer y último alimento.*



La relación entre ambas gráficas permite entender la práctica alimentaria de estos trabajadores, es decir, identifica los tiempos de comida realizados cotidianamente.

Es notorio que la mayoría de los operarios (56%) consume su primer alimento entre las 8 y 9 hrs. El 33% desayuna entre las 5 y 7 hrs. Mientras tanto, el 59% realiza su último alimento entre las 20 y 21 hrs y, el 37%, entre las 22 y 23 hrs. Al no conocer con exactitud a qué hora empiezan y terminan la jornada laboral, se presenta un error metodológico que impide construir una relación más efectiva entre los horarios laborales y de alimentación.

Gráfica 15. *Opinión de lo que significa comer bien.*



Decodificando las respuestas, se pueden agrupar en una cuestión principal:

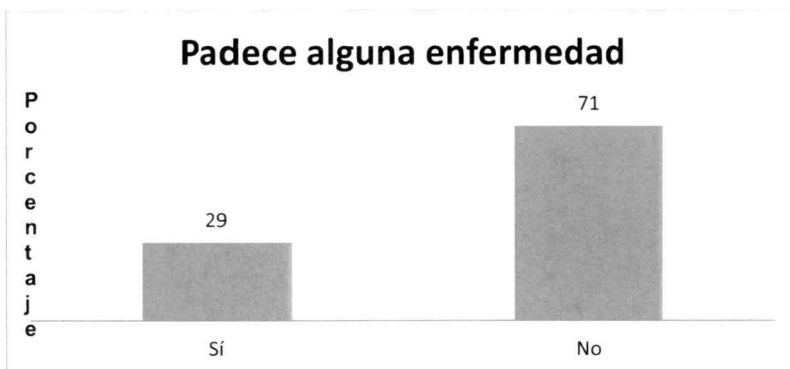
- El número 1 indica la dieta correcta; es decir, cumplir con las cinco características: completa, suficiente, equilibrada, higiénica y variada.

Esta gráfica, sobre práctica alimentaria, indica cómo comen los operarios, el significado dado a la comida, cómo consideran que debe ser su alimentación-nutrición. Por otro lado, se vincula con lo establecido en las leyes de la alimentación y el plato del bien comer. Los operarios consideran que debe ser equilibrada, completa, de todos los grupos y en porciones adecuadas. Sin embargo, esto no lo llevan a cabo porque, como ellos lo mencionan: “tenemos mal pasadas”, “no hay horarios para comer y disfrutar la comida”, “comemos de

acuerdo a lo que me alcanza”, “como algo que medio me llene”, “o come uno o la familia”. Esta situación se presenta porque, en principio, no tienen una jornada definida y no tienen horarios para comer. Además, la oferta de alimentos en su espacio limita las posibilidades del consumo y, el dinero que pueden destinar a su alimentación en su jornada laboral, repercute de manera negativa respecto a las necesidades que deben cumplir en casa para su familia.

Es interesante reconocer que, en un país considerado como el principal consumidor de refrescos, sólo el 1% de los operarios manifiesta que el tomar refrescos no corresponde a comer bien al causar, estas bebidas, obesidad y enfermedades crónicas degenerativas.

Gráfica 16. *Porcentaje de operarios que padecen enfermedades.*



La gráfica muestra en porcentaje cuántos operarios padecen alguna enfermedad. Es notorio que casi 30% de estos trabajadores padece algún tipo de enfermedad. En la siguiente gráfica se identifica qué tipo de enfermedades padecen. Mientras tanto, el 71% de los choferes no padece ningún tipo de enfermedad. Sin embargo, a pesar de no haberles tomado medidas antropométricas para determinar si padecen o no sobrepeso, se pudo identificar a través de la observación que, por lo menos, el 30% de los operarios vive con sobrepeso y, en algunos casos, llegan a presentar algún tipo de obesidad. Ellos consideran que no padecen problema de salud alguno, pero sería importante realizar una futura exploración para contrastar las percepciones de la realidad respecto a su salud y, que ellos mismos,

reconozcan que este sobrepeso puede desarrollar otro tipo de enfermedades crónicas-degenerativas. La percepción de la salud, en este caso, indica que mientras ellos se sientan bien, sin algún síntoma o signo, pueden seguir trabajando sin problemas. Por otro lado, los operarios no acuden a centros de salud para revisiones periódicas.

Gráfica 17. *Enfermedades y síntomas que padecen declarado por ellos mismos.*³²

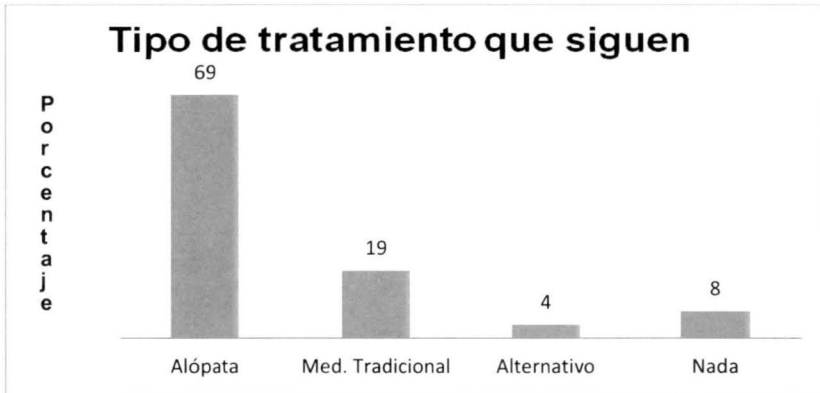


Reconocer las enfermedades que padecen es necesario. Desde una mirada socio histórica en Promoción de la Salud se reconoce no sólo la causa biológica, sino la causa social que determina la forma de enfermar de este colectivo. De este modo, se pueden establecer acciones y políticas en salud. La gráfica indica las enfermedades reconocidas por los propios operarios entre las que destaca, con 18%, la diabetes mellitus tipo II. El 15% presenta obesidad y, el 12% de ellos, reporta hipertensión arterial, gastritis, triglicéridos altos y dolor de espalda. El 9% admite tener altos niveles de colesterol. El 3% señaló tener várices, presencia de ácido úrico y vivir con VIH.

³² Datos reportados por los mismos operarios. Así mismo, mencionaron que las enfermedades padecidas las diagnosticaron en algunos casos sus médicos particulares o bien en CENFES.

Es notorio que las enfermedades se asocian con el tipo de trabajo realizado por el sedentarismo cotidiano, pues es la única posición a la que se someten para manejar (dolor de espalda y varices) y con la práctica alimentaria desarrollada en su jornada de trabajo (diabetes mellitus tipo II, obesidad, hipertensión arterial, gastritis, triglicéridos altos, colesterol alto, ácido úrico).

Gráfica 18. *Tipo de tratamientos.*



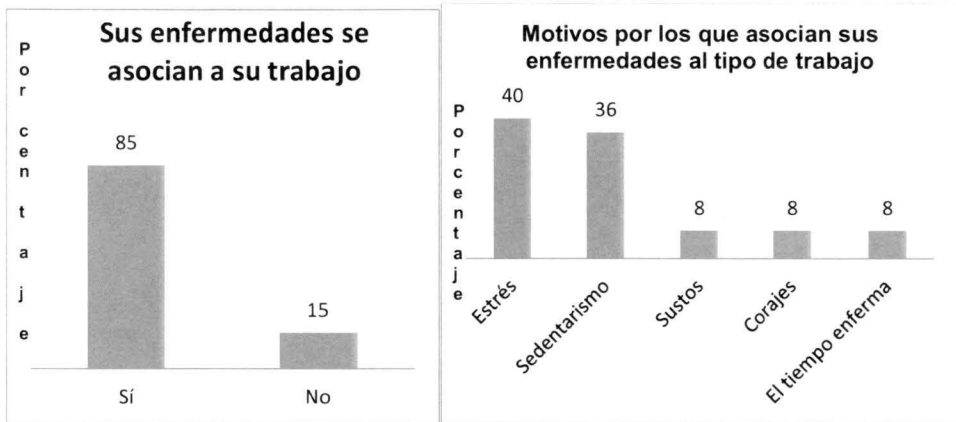
Es necesario conocer qué tipo de tratamiento siguen los operarios para saber si tienen seguro médico que cubra la enfermedad, la posible distribución de su dinero destinado a medicamentos y el modo en que atienden su proceso salud-enfermedad. Cabe señalar la existencia de un error metodológico porque no se les preguntó cuánto dinero destinan a sus medicinas.

Es claro que el 69% utiliza medicamentos alópatas para tratar sus enfermedades, el 19% recurre a la medicina tradicional como tés para ayudar a mejorar su salud, el 4% usa medicina alternativa como acupuntura o suplementos alimenticios tipo Herbalife. Además, el 8% no se trata, lo que genera un riesgo no sólo para su vida, sino para los usuarios que necesitan de los servicios de los operarios, pues pueden provocar un accidente ante las altas o bajas de glucosa o ante el incremento de la presión arterial.

El tipo de tratamiento seguido por los operarios de la ruta 12 es un indicador, el cual permite entender la manera desigual en que combaten sus enfermedades

frente a los otros operarios del sistema urbano. Al no ser trabajadores formales, y no tener acceso a servicios gratuitos de salud, deben pagar por sí mismos sus medicinas. Esto hace que no se ejerza el derecho social y humano a la salud para ser atendidos por las instituciones de salud.

Gráfica 19. Autopercepción de la relación trabajo y efectos en la salud

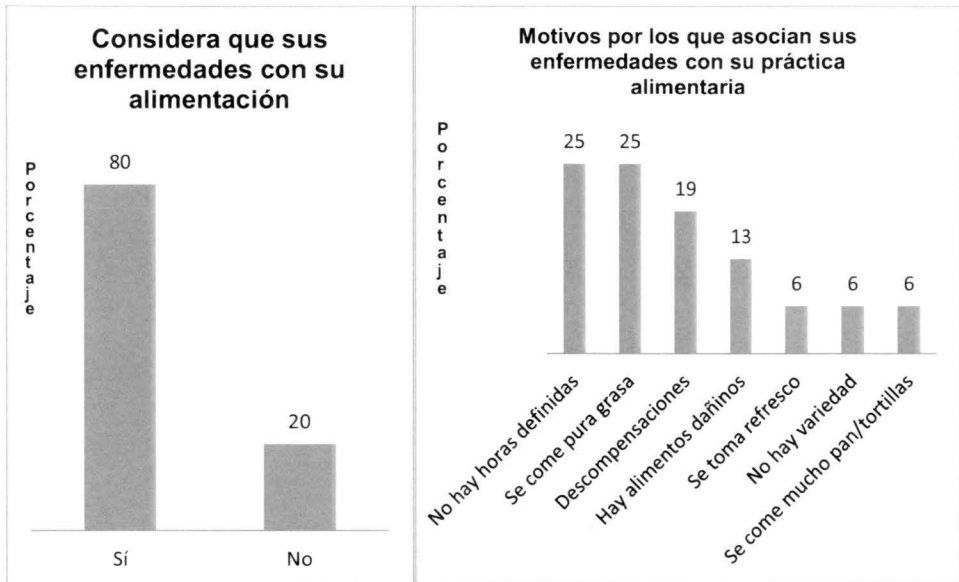


El 85% considera que sus enfermedades sí se relacionan con el trabajo, aunque un 15% rechaza dicha relación. Por otro lado, al menos el 3% de las enfermedades no tiene nada que ver con su actividad laboral, ya que el VIH no se relaciona con las enfermedades crónicas-degenerativas a las que se enfrentan sus compañeros.

El 40% de los operarios que padece alguna enfermedad considera que la principal razón de su padecimiento ha sido causada por el estrés, el cual se vincula con distintas situaciones como se observa en la gráfica 21. El 36% afirma que el sedentarismo presente a diario durante su jornada laboral es la causante de las enfermedades crónicas, lo cual no está lejos de su realidad si recordamos que, en promedio, invierten 11 horas diarias en promedio en su jornada laboral. El 8% considera que los sustos y los corajes contribuyeron, de alguna u otra manera, a enfermarse. Por último, el 8% considera que el tiempo los ha enfermado, lo que se asocia al desgaste desarrollado durante el tiempo laborado como operarios de

transporte público. Estas condiciones se vinculan al desgaste biológico de los operarios por el trabajo hecho.

Gráfica 20. Relación de cómo vinculan su alimentación con los efectos que ha ocasionado en la salud.



Saber cómo relacionan los operarios la práctica alimentaria con sus enfermedades es importante, pues los años laborados en la ruta les ha condicionado su práctica alimentaria. El 80% sí asocia la práctica alimentaria con sus enfermedades; mientras tanto, el 20% afirma que no. Entre las razones mencionadas, relacionadas con la práctica alimentaria, el 25% reconoce no tener horas definidas para comer, otro 25% piensa que se come pura grasa, el 6% considera la ingesta excesiva de refresco, la cual se vincula con la adicción a la cafeína, otro 6% afirma que no hay existe variedad en su dieta. Por último, el 6% considera comer mucho en una sola comida: “se come de más para aguantar la jornada y gastar menos”.

Gráfica 21. Situaciones que generan estrés.



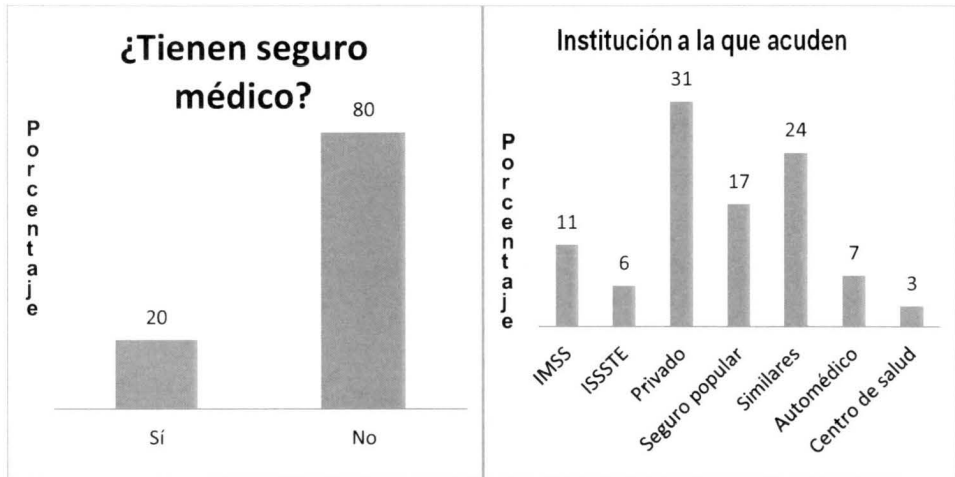
Decodificando las respuestas, se pueden agrupar en dos condiciones causantes de estrés:

- El número 1 indica condiciones laborales, presentes por el trabajo realizado.
- El número 2 muestra condiciones ambientales.

Entender qué situaciones causan estrés es importante porque implica reconocer cómo viven a diario el desgaste físico y mental. Las tres principales situaciones que se expresan como parte del estrés en la jornada son tráfico vehicular (39%), problemas con los pasajeros (17%) y el calor (14%). Los operarios identificaron, como los principales problemas con los pasajeros, que “no se recorren hacia atrás”, “son groseros”, “muchas veces se suben enojados y el humor que transmiten se contagia”. Por otro lado, los operarios se enfrentan tanto al calor del ambiente como al calor generado por el mismo microbús. A estas tres condiciones se suma el que trabajan 11 horas a diario en promedio, particularmente sentados,

y el poco tiempo para el descanso. Otras condiciones mencionadas son: el pagar la cuenta (5%) y no tener trabajo e ingresos (3%).

Gráfica 22. Porcentaje que tiene seguridad médica y la institución a la que acude.



Para entender cómo se expresa la desigualdad social es necesario saber si los operarios cuentan con seguridad médica y a qué institución acuden. En principio, el 80% no tiene seguro al no contar con empleo formal ni contrato colectivo de trabajo. Es decir, los choferes no ejercen el derecho a la salud como trabajadores. El 20% sí cuenta con seguridad debido a que algún familiar, como la esposa o hijos, los afilió.

Respecto de la institución a la que acuden (la suma de porcentaje da 99% por cuestiones de redondeo), el 11% asiste al Instituto Mexicano del Seguro Social y el 6% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Además, el 31% de los trabajadores opta por atenderse en instituciones privadas porque dicen “que es más rápida la recuperación”. Mientras tanto, el 17% se afilió al Seguro Popular: “es peor no tener nada”. El 24% acude a las farmacias Similares: “es para lo que nos alcanza y donde es más barato, porque no hay para hospitales caros”, y a esto se le debe sumar las necesidades familiares como comer, vestir, educación, y otras.

El 7%, al no acudir al médico, decide automedicarse, porque además eso representa no trabajar y pérdida de dinero. Otra de las razones por las que no acuden al médico se expresa en la siguiente frase: “ya sé cómo tratarme porque es lo que el médico me recetó la última vez”, así lo mencionaron tres operarios.

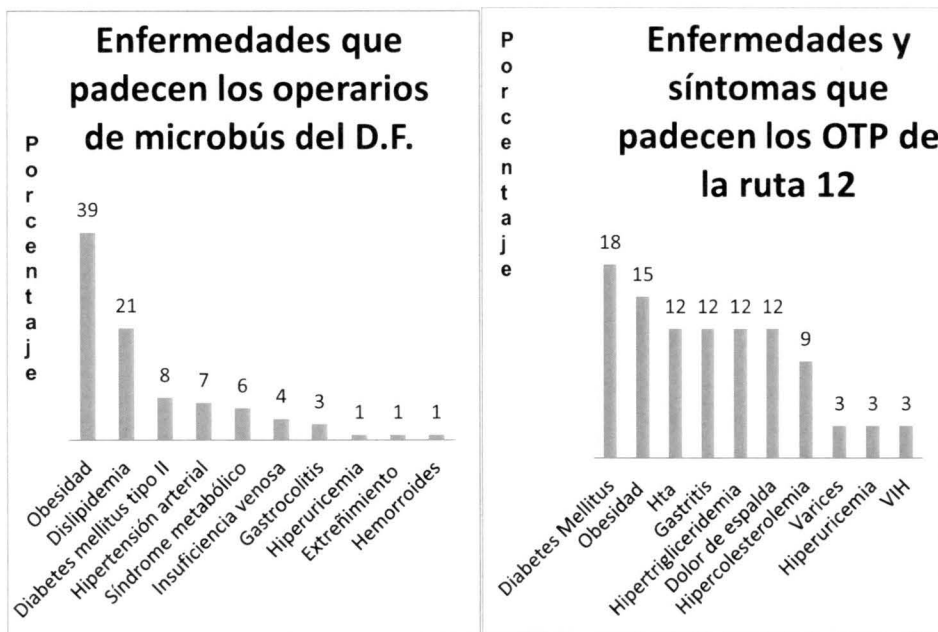
Una vez descrito el proceso de trabajo, la práctica alimentaria y el proceso salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella, se da cuenta de las condiciones que tienen como trabajadores.

Capítulo 6

Análisis de resultados

Partiendo de la metodología propuesta por Asa Cristina Laurell, en la gráfica 1 se compara el perfil patológico de los operarios de microbús a nivel local con los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella, dando cuenta que, en general, padecen las mismas enfermedades crónicas degenerativas.

Grafica 1. Comparación del perfil patológico de los operarios de la ruta 12 con los operarios de microbús a nivel Distrito Federal.



Es importante recalcar que, en ambos casos, las patologías están asociadas tanto al tipo de trabajo realizado por los operarios del transporte público como a la práctica alimentaria desarrollada en sus espacios de trabajo.

Las enfermedades que padecen de forma similar son:

- Obesidad, 39% los operarios del D.F. y 15% los de la ruta 12.
- Dislipidemia, 21% los operarios del D.F. y 21% los de la ruta 12 sumando el porcentaje de triglicéridos y colesterol altos.
- Diabetes mellitus tipo II, 8% los operarios del D.F. y 18% los de la ruta 12.
- Hipertensión arterial, 7% los operarios del D.F. y 12% los de la ruta 12.

En lo que se refiere a la comparación del perfil epidemiológico, a partir de comparar algunas condiciones de trabajo de los operarios del sistema de transporte urbano con los de la ruta 12, se enumeran las siguientes afirmaciones:

1. A pesar de estar en el mismo sector económico -servicios de transporte- los operarios de la ruta 12 tienen un trabajo precario;
2. La división de trabajo en los servicios de transporte determina la desigualdad laboral para los trabajadores en conjunto. Mientras que para los operarios del sistema urbano (RTP, Tranviarios y metro) se respetan sus derechos laborales como trabajadores formales, los choferes de la ruta 12 padecen de ejercer sus derechos;
3. La organización social es diferente, mientras los operarios del RTP, Tranviarios y metro tienen una jornada definida (duración de 8 horas), algunos operarios de la ruta 12 exceden este horario;
4. La práctica alimentaria es diferente, mientras los operarios del sistema (RTP, Tranviarios y metro) tienen un comedor, los operarios de la ruta 12 consumen lo que está disponible en su espacio de trabajo. Aquí sería importante conocer qué alimentos consumen los demás operarios para comparar el tipo de alimentación para cada grupo.
5. La atención diferenciada entre los operarios del sistema de transporte urbano frente a los de la ruta 12, equivale a que mientras los primeros pueden acudir a la institución de salud que les corresponda y sigan teniendo su salario, la mayoría de los operarios de la ruta 12 deben pagar por los servicios de salud y, si no pueden trabajar por enfermedad o accidente, van a carecer de su ingreso económico, y por tanto carecerán de

ingreso económico no son trabajadores protegidos por un contrato colectivo de trabajo.

Cada uno de los elementos enumerados están presentes en el tipo de trabajo y la práctica alimentaria que determinan el proceso salud-enfermedad de todos los operarios de transporte público. Aunque este colectivo en general puede padecer las mismas enfermedades, las condiciones para atenderse se expresan de manera diferente debido a que los choferes de la ruta 12 trabajan en condiciones precarias frente a los operarios de RTP, Tranviarios y metro.

Conclusiones

Con el paso del tiempo el sistema de transporte público ha crecido debido a la demanda de usuarios que requieren del servicio. Además, ha crecido la pavimentación de las avenidas y se han creado nuevas líneas del metrobús y del metro que permiten el flujo de personas a sus destinos y el flujo de capital económico. El trabajo-servicio ofrecido por los operarios del transporte público favorece que se lleven a cabo las diferentes actividades económicas y sociales a nivel local. En la delegación Coyoacán, como se mencionó en el apartado de urbanización, el transporte público facilita el trayecto de las personas y estudiantes a sus destinos.

La urbanización es un fenómeno que ha transformado a la ciudad de México en un espacio donde los habitantes deben utilizar los diferentes medios de transporte para trasladarse de un lugar a otro. El de microbús es importante para conectar con otros medios de transporte, debido a la intensificación de las actividades económicas y sociales y al crecimiento poblacional suscitado desde mediados del siglo pasado hasta nuestros días. El crecimiento en cada una de las delegaciones del Distrito Federal requiere del trabajo realizado por los diferentes operarios de transporte de microbús. La ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella es una ruta que, desde su creación, ha beneficiado a estudiantes y personas que necesitan trasladarse a sus destinos en la delegación Coyoacán.

Por otro lado, la urbanización con el incremento poblacional tanto en la Ciudad de México como en la delegación Coyoacán ha provocado mayor competencia en los servicios de transporte público de microbús entre los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella como de otras rutas que pasan casi por el mismo trayecto de ésta debido a la falta de creación de empleos formales, refugiándose en la prestación de servicios del transporte aunque sea en condiciones precarias. Una cuestión importante y que puede ser analizada para una investigación próxima, será el conocer de qué manera repercute la línea 12 del metro que corre de Tláhuac-Mixcoac, lo que incide tanto a nivel de ingresos económicos, como en

salud. Por tanto, es importante conocer posibles modificaciones al proceso salud-enfermedad con el funcionamiento de la línea 12 del metro.

Con base en los resultados obtenidos, se concluye que los operarios de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella tienen un trabajo precario al no ejercer los derechos laborales como otros operarios del Metro, RTP y Trolebús debido a la existencia de desigualdad laboral. Por ejemplo, los operarios de la ruta 12 carecen de un salario fijo, goce de vacaciones, seguro social, primas vacacionales, reparto de utilidades, aguinaldo, servicios de comedor a precios definidos, algunos no tienen día de descanso, expresándose de esta manera el sistema de contradicciones donde los operarios de la ruta 12 carecen de las diferentes prestaciones que los demás operarios del sistema de transporte urbano disfrutan debido a la responsabilidad de los dueños-empleadores quienes no ofrecen un contrato colectivo de trabajo para sus empleados. Es importante recordar que los procesos de desgaste no se dan de manera individual, sino colectiva, pues los colectivos tienen modos específicos de andar por la vida. En el caso de los operarios de la ruta 12, a pesar de no tener las mismas condiciones entre dueños del microbús y trabajadores, viven de manera similar el proceso productivo. De antemano se concluye que los dueños tienen mejores condiciones de vida por no tener que pagar la renta del microbús, se hacen responsables de sus propias unidades de trabajo, pero aun así viven lo mismo que los trabajadores: la duración de la jornada laboral y la forma de alimentarse al compartir las mismas condiciones de trabajo, desgaste, cargas laborales, mismo espacio y tiempo en la ruta (Laurell y Noriega, 1989). Esta forma de trabajar determina el proceso laboral, provocando desgastes específicos tanto biológicos como psicológicos, los cuales repercuten en el proceso salud-enfermedad provocado por diferentes elementos como son: el estar sentados la mayor parte de su jornada; exceder las jornadas de trabajo de ocho horas diarias establecidas en la Ley Federal del Trabajo ya que, en promedio, laboran 11 horas diarias, lo cual hace que tengan poco tiempo para realizar otras actividades; el calor del ambiente y del microbús; el ruido; el estrés generado por el tráfico; la competencia entre los operarios; monotonía del trabajo realizado, entre otros.

Por otro lado, con la manera diferenciada de trabajar entre los operarios del sistema de transporte urbano (RTP, Tranviarios y metro) y los de la ruta 12, se concluye que se cumple el sistema de contradicciones planteado por Jaime Breilh al expresarse la desigualdad laboral entre los primeros y los segundos, ya que los de la ruta 12, al tener un trabajo precario, no ejercen sus derechos laborales. Aunque en estas condiciones de trabajo deben comer para continuar laborando.

Por otro lado, el proceso de globalización ha influido en la modificación del patrón alimentario, ya que está determinado por el mercado mundial, en donde las empresas transnacionales juegan un papel importante en la distribución de sus productos con la finalidad de incrementar sus ganancias a través de su hegemonía alimentaria (Alarcón, 2002). Así, los alimentos se han convertido en mercancías. Las políticas globalizadoras propias del modelo económico capitalista, más que ayudar a la sociedad mexicana a mejorar su alimentación-nutrición, tienen como objetivo principal incrementar el capital, pasando por encima de la seguridad alimentaria, soberanía, seguridad nacional y bienestar humano (Alarcón, 2002). Por esto, la alimentación de los mexicanos es homogénea en su consumo, ya que pasa por encima de los aspectos culturales, naturales y de producción de una sociedad y de un colectivo en específico (Alarcón, 2002). Por lo tanto, la dieta consumida por la sociedad mexicana está determinada por el mercado que controla qué se vende y qué no, en los espacios tanto laborales como familiares. Esto, porque la distribución de alimentos se lleva a cabo de manera desigual; es decir, no se venden los mismos alimentos en lugares donde el poder adquisitivo de los sujetos es mayor y la variedad de alimentos puede ser mayor de aquellos que tienen menores ingresos económicos.

Por lo anterior, el proceso alimentación-nutrición no puede ser visto sólo como una necesidad meramente biológica, debemos tomar en cuenta la subsunción de lo biológico a lo social, debido a la intervención de aspectos como: cuánto tengo para comer, en dónde puedo comprar, con quién puedo comer, cuánto tiempo para comer, qué encuentro disponible en el espacio donde realizo las diferentes actividades.

Dependiendo del proceso productivo y las actividades económicas donde se inserten los sujetos es como se puede analizar la práctica alimentaria desarrollada en su jornada laboral y es como se puede entender la forma de alimentarse. Por ejemplo, los operarios de transporte público generalmente son atacados con comentarios ofensivos, respecto de su forma de comer, pero no se conoce la realidad vivida a diario, cuáles son las condiciones en las que trabajan, qué disponibilidad alimentaria hay en su espacio, cuánto dinero pueden gastar, etcétera.

Ante las desigualdades laborales de los operarios de la ruta 12 frente a los otros operarios del sistema de transporte urbano, el empleo forma parte de la determinación de la práctica alimentaria desarrollada, esto, porque no reciben un salario fijo que garantice comprar alimentos de calidad. Aunque tienen un ingreso por el servicio ofrecido mediante la renta del microbús, deben cubrir otros gastos tanto a nivel personal y familiar, como gastos para seguir trabajando como el combustible, dejando a un lado la calidad de la alimentación, atendiendo ésta tan sólo para cubrir la necesidad y seguir trabajando, lo cual pudiera tener un efecto negativo en su salud. Además, el consumo de alimentos está determinado por aquellos disponibles en su espacio de trabajo.

El acceso a los alimentos en el espacio de los operarios se puede analizar a partir de la oferta alimentaria presente en su medio y el tipo de alimentos consumidos. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue explicar cómo las condiciones de trabajo determinan la práctica alimentaria y a su vez cómo estas dos condicionan el proceso salud-enfermedad de estos trabajadores.

La manera en cómo se cocinan los alimentos consumidos por los operarios de transporte público de la ruta 12 debería ser analizada, ya que todos los alimentos tienen una manera específica de prepararse. Por ejemplo, no es lo mismo comer tacos de carnitas o tacos de suadero, tacos de tripa fritos en aceite a unos tacos de guisado. Es importante conocer las preparaciones de los alimentos que consumen en su jornada laboral, pues a partir de esto se puede hacer un balance energético de lo comido por los operarios. Una vez hecho este análisis se puede

inferir a mayor profundidad sobre el proceso salud-enfermedad de estos trabajadores, pero se debe tomar en cuenta que este proceso comienza desde el momento en que cambian las condiciones del trabajo, la inserción al proceso productivo y la práctica alimentaria desarrollada para así conocer el proceso salud-enfermedad.

En el actual sistema de transporte urbano de la ciudad de México existen diferentes cuestiones que desde la perspectiva socio-histórica explican el proceso salud-enfermedad de los operarios de transporte público, y los de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella no son la excepción, pues se pueden analizar las condiciones laborales para explicar cómo afectan o cómo inciden en el proceso alimentación-nutrición de este colectivo y por tanto cómo éste tiene un efecto en la salud de los operarios.

En este sentido es necesario entender que el proceso salud-enfermedad vivido por estos trabajadores se ve afectado por diferentes momentos presentes en su jornada laboral y por sus condiciones laborales, las cuales se deben identificar en su espacio de trabajo para explicar cómo se expresa la desigualdad e inequidad para dar una posible solución al perfil patológico.

Por lo anterior, el promotor de la salud necesita conocer las condiciones materiales de vida de estos sujetos si quiere incidir en beneficio de los mismos, sea a corto, mediano o largo plazo, conociendo sus necesidades y atendiendo el problema desde los cambios estructurales pertinentes.

El proceso laboral determina el modo específico de trabajar y desgastarse, además de la adopción de patrones específicos de reproducción (producción-consumo), provocando una notoria relación entre trabajo y salud (Laurell y Noriega, 1989). Por lo anterior, es importante conocer el tipo y el modo de realizar el trabajo de los operarios de la ruta 12, pues permite conocer el resultado del proceso salud-enfermedad. Debido a la relación con las enfermedades y padecimientos por el tiempo laborado, como son los dolores de espalda (12%) o las várices (3%) causadas principalmente por el sedentarismo, ya que es un trabajo monótono que provoca fatiga en su cuerpo, desgastando algunas partes

del cuerpo como son los pies, lugar donde se recibe el calor directo del motor del microbús (Márquez y Laurell, 1983).

Si tomamos como referencia el desgaste biológico del cuerpo de estos trabajadores en su jornada laboral, ellos están expuestos a condiciones de estrés, a contaminación de gases, ruido, posibles accidentes que pueden afectar la salud-enfermedad de manera temporal o duradera. Pero deben trabajar en estas condiciones para cubrir sus necesidades de alimentación, educación, vivienda, entre otras.

En lo que se refiere a la alimentación de los operarios de la ruta 12, una vez analizada su práctica alimentaria se puede planear en un futuro una recomendación alimentaria para prevenir enfermedades crónicas-degenerativas en aquellos que aún no las padecen y para los que ya están enfermos. Es importante mencionar que los requerimientos nutricionales dependen de muchos factores como: estatura, peso corporal, sexo, clima, estado de salud, edad y tipo de actividad que realiza cada sujeto (Laurell, *et al*, 1984).

Pero los alimentos reconocidos como sanos y buenos para la salud (frutas de temporada, bajos en grasas, en sales y en azúcares refinados) no pueden ser consumidos por todos los trabajadores por la manera en cómo se distribuyen y por el costo de ellos. Al respecto, los alimentos se distribuyen de manera desigual tanto cuantitativa como cualitativamente (Laurell, *et al*, 1984).

Así, los alimentos con alto contenido proteico, azúcares refinados y grasas trans son más baratos a comparación de algunas frutas, verduras de temporada, granos, lo cual conlleva a que el consumo de alimentos sanos se convierta inaccesible y su consumo sea desigual para los sujetos (Laurell, *et al*, 1984). Por lo tanto, las enfermedades de tipo crónico-degenerativo son el resultado de la mala distribución de alimentos concebidos como sanos y de la falta de información a la sociedad.

La mala alimentación de los operarios de transporte público de microbús, como la llaman algunas instituciones o las personas en general, no depende sólo de lo consumido por este colectivo, pues se debe tomar en cuenta: el poco tiempo para comer, el dinero para gastar, la disponibilidad alimentaria en sus bases, las cuales

definen su perfil patológico (enfermedades crónicas-degenerativas) asociadas a la práctica alimentaria. Para los operarios de la ruta 12, ¿cómo atender las cuestiones del proceso salud-enfermedad si no ejercen el derecho de gozar de servicios de salud por no ser considerados trabajadores formales? Ellos no pueden atenderse en instituciones de salud por ser trabajadores informales y esto expresa la desigualdad en acceso a servicios de salud al carecer de seguridad social. Así mismo, el no contar con acceso a los servicios implica una situación de inequidad en salud, por lo tanto, se deben encontrar mecanismos que les permitan acceder a los servicios, pues es injusto, innecesario y evitable.

El proceso salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12 está determinado por su inserción en el proceso productivo y el modo específico de realizar su trabajo: sentado la mayor parte del tiempo (sedentario), estresado por el ruido o el calor, incertidumbre de tener trabajo al día siguiente, no sufrir un accidente durante el tiempo que trasladan a las personas, no enfermarse para no faltar y así obtener ingresos económicos para solventar sus necesidades, que el microbús no se descomponga, entre otras.

El proceso salud-enfermedad se vincula con los alimentos consumidos durante sus horas de trabajo, lo cual está determinado por el tiempo disponible para comer, cuánto se puede invertir en la comida, qué se puede comer, a qué hora se puede comer, entre otras circunstancias.

La salud, más que un derecho social en México, se ha convertido en una mercancía más para los colectivos como es el caso de los operarios, no todos acuden a los servicios privados de salud y cada vez son menos los que pueden acudir a una institución de salud como derechohabiente. Pero, ¿por qué se lleva a cabo esto? Por la política neoliberal propuesta desde la década de los años ochenta a la fecha, la cual promueve el autocuidado en los individuos, deja a los trabajadores informales sin servicios de salud por no tener un contrato colectivo que les garantice el disfrute de sus derechos. Además, el adelgazamiento del Estado incide en el desfinanciamiento del sistema de salud y con ello la flexibilización de la regulación para dar cabida al crecimiento del sector privado. En el caso de los operarios de la ruta 12, ellos no ejercen los derechos sociales

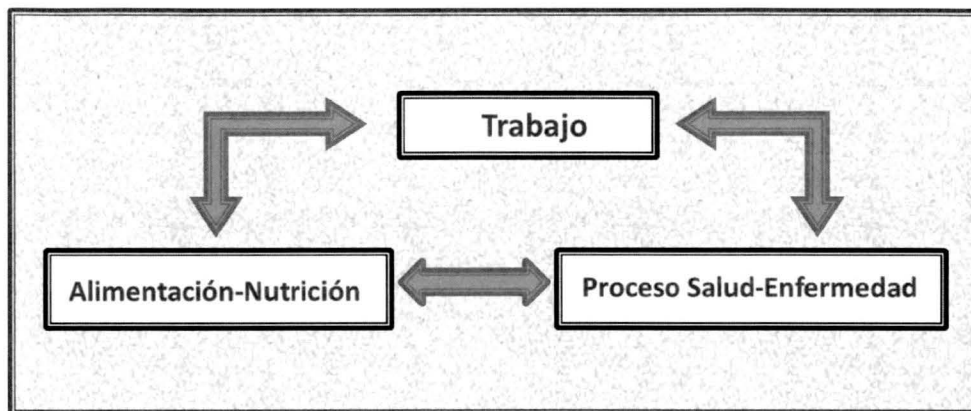
(trabajo, alimentación y salud) como están establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, provocando que las condiciones de vida de estos trabajadores sean precarias y diferenciadas frente a los demás operarios del sistema de transporte urbano.

Por lo anterior, es importante señalar que las políticas sociales en México desde el surgimiento del Estado neoliberal han reducido de manera significativa el goce y ejercicio de los derechos sociales de los operarios de transporte público, pues deberían garantizarse para tener una mejor calidad de vida (Calva, 2012). Esto, como parte de la obligación del Estado, que debe otorgar seguridad económica (trabajo e ingresos) y bienestar social (todos los servicios) (Calva, 2012), generando las condiciones para que éstos y otros trabajadores en condiciones precarias tengan un empleo formal que les permita ejercer sus derechos como trabajadores, así como igualdad en oportunidades y no focalización de problemas, equidad por medio de la redistribución justa al esfuerzo de cada colectivo.

Con el Estado neoliberal, los derechos sociales pasan a ser derechos que los sujetos deben cubrir de manera individual, de ser derechos universales a propuestas meramente selectivas o focalizadas; por tanto, a ser gastos individuales que disminuyen la calidad de vida de la sociedad mexicana, en especial para los trabajadores no formales.

Por todo lo anterior, el promotor de la salud tiene la obligación de analizar qué hay detrás de cada una de las siguientes condiciones (figura 1) para entender el perfil patológico de los operarios de transporte público de la ruta 12, determinado por un contexto histórico y así generar acciones integrales en salud para este colectivo (Breilh, 1989).

Figura 1. Interrelación entre: Trabajo, alimentación y proceso salud-enfermedad.³³



Cada una de estas condiciones se expresa de manera dialéctica porque cada una de ellas afecta a la otra. A partir de los ingresos económicos recibidos por el trabajo realizado, los operarios de la ruta 12 pueden acceder a ciertos alimentos, los cuales tendrán un efecto en la salud-enfermedad, sea de manera positiva o negativa. De acuerdo con lo consumido por el operario se expresará el proceso salud-enfermedad; por lo tanto, se podrá o no trabajar. Por otro lado, de acuerdo con la manera de manifestación del proceso salud-enfermedad del sujeto, es el tipo de alimentación que podrá consumir, y la forma en cómo trabajará. Cada una de estas condiciones está determinada socio históricamente porque se vinculan elementos sociales, económicos, políticos, psicológicos y culturales relacionados entre sí en un tiempo-espacio determinado, los cuales condicionan la manera de trabajar, de comer y de enfermar de los colectivos. De esta manera, se explica el objetivo de esta investigación; es decir, con este ciclo se aproxima a relacionar el proceso productivo, la práctica alimentaria y el proceso salud-enfermedad de los operarios de la ruta 12.

El constante deterioro de las condiciones de vida de los operarios de la ruta 12 está dado por la desigualdad social-laboral expresada por carecer de un trabajo

³³ Elaboración propia.

formal. Esto se ha manifestado no sólo por la falta de un empleo formal, sino por la falta de educación o la meritocracia llevada a cabo en el país, generando la diferencia en las condiciones de vida de los diferentes operarios del sistema de transporte urbano, lo que permite entender la reproducción social, la forma en la que vive, trabaja, come, enferma y muere el operario de transporte público.

Por lo tanto, el trabajo, la alimentación y la salud de los operarios están interrelacionadas por ser derechos sociales y humanos, pero son derechos ejercidos de manera desigual por el actual modo de producción capitalista-neoliberal donde todo derecho se concibe como mercancía, manifestándose el sistema de contradicciones que Jaime Breilh explica como lo que se disfruta o padece.

Referencias documentales

- Alarcón, D. Bourges, H. (2002), *La alimentación de los mexicanos*, El Colegio de México, México.
- Bertran, M. Arroyo, P. (2006), *Antropología y nutrición*, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Bertran, M. (2005), *Cambio alimentario e identidad de los indígenas mexicanos*, UNAM, México.
- Bonfil, G. (2005), *México profundo*, Debolsillo, México.
- Breilh, J. (1989), *Epidemiología, economía, medicina y política*, Fontamara, México.
- Calva, J.L. (2012), *Empleo digno, distribución del ingreso y bienestar, Análisis estratégico para el desarrollo volumen 11*, Consejo Nacional de Universitarios, México.
- Castells, M. (2008), *La cuestión urbana*, Siglo XXI, México.
- Davis, D. (1999), *El leviatán urbano*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Delgado, G. C., et al (2010), *México frente al cambio climático. Retos y oportunidades*, Colección el mundo actual, UNAM, México.
- Flores, J. (2005), *Mercados fondas, antojitos y fogones*, Colección popular de música, gastronomía y cine, México.
- González, R, et al. (2011), *Promoción de la salud en el ciclo de vida*, Mc Graw Hill, México.
- Hernández, R., et al. (2006), *Metodología de la investigación*, Mc Graw Hill, México.
- Laurell, A. C., et al. (1984), *El obrero mexicano*, Ed. Siglo XXI editores, México.
- Laurell, A. C., Noriega, M. (1989), *Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción*, Era, México.
- Laurell, A. C., Noriega, M. (1989), *La salud en la fábrica. Estudios sobre la industria siderúrgica en México*. Era, México.
- Laurell A.C. (1994), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, UAM-X, México.

- Lomelí, A. (2004), *La sabiduría de la comida popular*, Grijalbo, México.
- Marini, M., Millán, M. (1996), *La teoría social latinoamericana*, cuestiones contemporáneas, tomo IV, México.
- Márquez, M., Laurell A. C. (1983), *El desgaste obrero en México, proceso de producción y salud*, Era, México.
- Marx C, Engels. F (1985), *La ideología alemana*, Ediciones de Cultura popular, México.
- Rivera, J. A., Ruiz, L., Laurell A. C. (2009), *Crisis, políticas de ajuste alimentación-nutrición en la Ciudad de México. Análisis del periodo 1970-1992*, Académicos CBS, México.
- Rojas, R. (1995), *Capitalismo y enfermedad*, Ed. Plaza y Valdés, México.
- Schteingart, M. (2002), *Pobreza condiciones de vida y salud en la ciudad de México*, El colegio de México, México.
- Torres, F., Trápaga, Y. (2001), *La alimentación de los mexicanos en la alborada del tercer milenio*, Colección Jesús Silva Herzog, México.
- Vázquez, G. (2012), *El viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina*, UACM, México, p.10.

Artículo de Revista

- Boltvinik, J, “Conceptos y medición de la pobreza. La necesidad de ampliar la mirada”, en Papeles de Población, México, octubre/diciembre, 2003, Núm. 038, p. 22.
- Casanueva, E, Pfeffer, F, “Estado de nutrición de los habitantes de la Ciudad de México en la década de los cuarenta”, en *Cuadernos de nutrición*, México, octubre 2003, vol. 26, Núm. 5.
- Laurell, A. C. (1994), *Sobre la Concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad* en: Rodríguez, Ma. Isabel (coord.) *Lo biológico y lo social*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos no. 101. OPS, OMS.
- Mendoza, J, Jarrillo, E, (2011), “Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos” en *Ciência&Saúde Colectivo*. Vol. 16, marzo 2011.

Tesis

- Mendoza, J, (2008) *Regímenes del Discurso en la Formación de Posgrado en Salud Pública. Una aproximación Fenomenológica-Hermenéutica a los Procesos Sociales en el Campo de la Salud Colectiva*. Tesis de Doctorado. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Electrónicas

- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2013), *Ley de Seguridad Alimentaria y Nutricional para el Distrito Federal*. [En línea], México, disponible en:

<http://www.aldf.gob.mx/leyes-107-2.html>

[Accesado el día 22 de febrero de 2013]

- Centro para el Fomento de la Educación y Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México (CENFES), (2010), *Formación Integral para los/as Operarios/as del Transporte Público de la Ciudad de México*. [En línea], México, disponible en:

http://www.cenfesac.org/manuales/2o_informe_cenfes.pdf

[Accesado el día 22 de marzo de 2012]

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título primero, Capítulo I de los Derechos Humanos y sus Garantías (2013). [En línea], México, disponible en:

<http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm>

[Accesado el día 22 de febrero de 2013]

- Distribuidor Automático de Llamadas (ACD por sus siglas en inglés) (2010). [En línea], México, disponible en: <http://www.acdcomunicaciones.com.mx/interno/archivos/Coyoacan.pdf>

[Accesado el día 5 de febrero de 2012]

- Gastón Gaínza (2003), *La práctica alimentaria y la historia*, en Revista Electrónica Semestral de Estudios Semióticos de la Cultura, [En línea] No 2, Noviembre 2003, Universidad de Granada, España, disponible en:

<http://www.ugr.es/~mcaceres/entretextos/pdf/entre2/gainza1.pdf>

[Accesado el día 25 de febrero de 2012]

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (1995), *Clasificación de Actividades Económicas de la Encuesta Nacional de Empleo*. [En línea]. México, Disponible en:

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/cae_ene.pdf

[Accesado el día 12 de mayo de 2012]

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Número de habitantes*. [En línea]. México, Disponible en:

<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/df/poblacion/>

[Accesado el día 8 de mayo de 2012]

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2011), *Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. Cifras durante el tercer trimestre de 2011*. [En línea]. México, Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/comunicados/estrucbol.asp>

[Accesado el día 8 de mayo de 2012]

- Instituto Nacional de Salud Pública, (2012), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2012*. [En línea], México, disponible en:

<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

[Accesado el día 25 de marzo de 2013]

- Jeannet, A., et al (2011), *Políticas y regulaciones para luchar contra el empleo precario*. [En línea], México, disponible en:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/meetingdocument/wcms_164288.pdf

[Accesado el día 25 de febrero de 2012]

- Montejano, J. (2006), *Consideraciones sobre la posibilidad de la implantación de un sistema de transporte masivo ligero en el centro de la ZMCM*. Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México. [En línea]. México, Disponible en:

<http://ciudadanosenred.com.mx/html/areas/5/tranvia.pdf>

[Accesado el día 12 de mayo de 2012]

- Lamelas, G. (2005), *Una aproximación al concepto de trabajo productivo e improductivo en Marx*. [En línea], México, disponible en:

<http://www.pts.org.ar/spip.php?article1985>

[Accesado el día 15 de febrero de 2012]

- López, O, Escudero, J, Carmona, L, (2008), *Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de*

Determinantes Sociales de la Salud. ALAMES. [En línea], México, disponible en:

http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Cursos/EL_DERECHO_A_LA_SALUD_Y_LA_PROMOCION_DE_LA_SALUD/Materiales_y_documentos/Art%C3%ADculo%20DSS.%20L%C3%B3pez,%20Escudero%20y%20Carmona-1.pdf

[Accesado el día 22 de marzo de 2012]

- López, M. A. (2007), *El transporte de pasajeros y el sistema vial en la ciudad de México.* [En línea], México, disponible en:

<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/6/2735/12.pdf>

[Accesado el día 26 de enero de 2012]

- Organización Internacional del Trabajo (2012), *Del trabajo precario al trabajo decente.* [En línea], México, disponible en:

http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---actrav/documents/meetingdocument/wcms_179789.pdf

[Accesado el día 25 de febrero de 2012]

- Organización Internacional del Trabajo (2013). *Trabajo decente.* [En línea], México, disponible en:

<http://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>

[Accesado el día 15 de febrero de 2013]

- Organización Internacional del Trabajo (2013). *Economía informal.* [En línea], México, disponible en:

<http://www.ilo.org/global/topics/employment-promotion/informal-economy/lang--es/index.htm>

[Accesado el día 15 de febrero de 2013]

- Organización Mundial de la Salud, (2005), *Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud.* [En línea], México, disponible en:

http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

[Accesado el día 28 de marzo de 2012]

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2012), *Perspectivas OCDE, México Reformas para el cambio,* [En línea], México, disponible en:

<http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>

[Accesado el día 22 de marzo de 2013]

- Padilla, X. (2011), *El transporte público de la ciudad de México "Incómodo e inseguro, pero aceptable"*. [En línea], México, disponible en: <http://mexico.transeunte.org/2011/06/27/el-transporte-publico-de-la-ciudad-de-mexico-%E2%80%9Cincomodo-e-inseguro-pero-aceptable%E2%80%9D/>

[Accesado el día 3 de febrero de 2012]

- Programa delegacional de Coyoacán (2010). [En línea], México, disponible en: <http://www.coyoacan.df.gob.mx/transparencia/art18/VIII/Programa%20delegacional.pdf>

[Accesado el día 24 de enero de 2012]

- Robles, H., López, F., Rangel, G. (2009), *Informe sobre avances en el derecho a la alimentación México*, [En línea], México, disponible en: <http://www.rlc.fao.org/iniciativa/pdf/infmex.pdf>

[Accesado el día 27 de febrero de 2012]

- Secretaría de Salud (2006), *NORMA Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar Orientación*. [En línea], México, disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/043ssa205.pdf>

[Accesado el día 20 de febrero de 2012]

- Secretaría de Salud (2006), *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. [En línea], México, disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgpps/descargas1/programas/2_norma_oficial_mexicana_nom_043_SSA2_2005.pdf

[Accesado el día 20 de febrero de 2012]

- Secretaría de Transportes y Vialidad (2006). [En línea], México, disponible en:

<http://www.setravi.df.gob.mx/wb/stv/estadisticas>

[Accesado el día 3 de febrero de 2012]

Anexo 1

Universidad Autónoma de la Ciudad de México UACM

Encuesta 1. Aspectos del trabajo, alimentación y proceso salud-enfermedad de los operarios de transporte público de la ruta 12 Taxqueña-Lomas Estrella.

1.- Datos generales.

1.1.- Sujeto:

1.2.- Edad:

1.3.- Estado civil: 1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre

1.4.- ¿Cuántos dependientes económicos tiene?

Objetivo. Saber si destinan parte de sus ingresos a los dependientes económicos.

1.5.- Escolaridad: _____

Objetivo. Conocer el nivel de estudios de estos trabajadores para entender si se relaciona con la elección del trabajo.

1.6.- Lugar de nacimiento: _____

Objetivo. Conocer si los operarios forman parte del proceso de urbanización-migración.

2.- Condiciones laborales.

2.1.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la ruta? _____

Objetivo. Conocer cuál ha sido el desgaste biológico de los operarios a través de la antigüedad que tienen.

2.2.- ¿Es dueño o empleado del microbús?

1) Dueño

2) Empleado

Objetivo. Conocer qué rol juegan dentro de la clasificación de dueños de los medios de producción o vendedores de su fuerza de trabajo.

2.3.- ¿Cuántos días a la semana trabaja? _____

Objetivo. Conocer cuántos días a la semana trabaja para saber cuántos días posiblemente come a la semana, lugar y tiempo en la ruta.

2.4.- ¿Cuántas horas trabaja al día entre semana (lunes-viernes)? _____

Objetivo. Conocer el tiempo que labora en un día de semana inglesa para relacionar cuánto ganan al mes.

2.5.- ¿Cuántas horas trabaja el fin de semana (sábado-domingo)? _____

Objetivo. Conocer si varían las horas que trabajan entre semana y los fines de semanas para saber si ganan más ya sea en un periodo u otro.

2.6.- ¿Cuántas vueltas realiza durante su jornada laboral? _____

Objetivo. Conocer cuántas vueltas hace en una jornada de trabajo para saber qué ingreso económico puede obtener por vuelta y saber el gasto que hace en combustible.

2.7.- ¿Qué hace durante el descanso que tiene entre una vuelta y otra?

1) Comer 2) Platicar 3) Descansar en el micro 4) Ir al baño 5) Otras

Objetivo. Saber las actividades que tienen los operarios durante tiempo muerto.

2.8.- ¿Por qué eligió este trabajo?

Objetivo. Conocer las razones por las que decidieron laborar en la ruta y no en otro trabajo.

2.9.- Aproximadamente ¿Cuánto dinero gana en un día de trabajo? _____

Objetivo. Conocer el ingreso que tiene en un día de trabajo para saber su ingreso mensual y relacionar cuánto está gastando en alimentos.

2.10.- ¿Cuánto dinero paga de cuenta al día? _____

Objetivo. Conocer cuánto dinero debe dar al patrón por la renta del microbús.

2.11.- ¿Cuántas comidas realiza en el tiempo que está trabajando?

- 1) Una 2) Dos 3) Tres 4) Más de 4

Objetivo. Conocer cuántas comidas realiza en la jornada laboral.

2.12.- ¿Al día cuánto dinero gasta en alimentos?

- 1) De \$20 a \$30 2) De \$31 a \$50 3) De \$51 a \$70 4) Más de \$71

Objetivo. Conocer cuánto dinero gasta en un día de trabajo y hacer una relación con lo que conteste en la tabla 1.

3.- Alimentación.

3.1.- ¿A qué hora consume su primer alimento?

- 1) Antes de las 5 am 2) 5 a 7 am 3) 8 a 10 am 4) 11 a 13 pm

Objetivo. Conocer el tiempo de ayuno que tiene el operario y hacer una relación entre la hora que empieza a trabajar.

3.2.- ¿A qué hora es el último alimento que realiza al día?

- 1) Entre 8 y 9 pm 2) Entre 10 y 11 pm
3) Después de las 11 pm 4)

Especifique otro horario

Objetivo. Conocer la hora en que deja de comer para conocer cuál es el ayuno que realiza.

3.3.- Durante su jornada de trabajo indique ¿Qué alimentos consume? Remítase a la tabla 1.

Objetivo. Conocer el tipo de alimentación que desarrolla el operario en su espacio de trabajo, identificando la frecuencia, lugar donde lo compra, costo, cantidad que consume y el tiempo.

3.4.- ¿Por qué elige comer?

Objetivo. Hacer una relación de su elección con la práctica alimentaria.

3.5.- ¿Qué significa comer bien?

Objetivo. Conocer qué significado le dan a la alimentación los operarios de la ruta 12, para hacer una relación con la práctica alimentaria.

4.- Salud.

4.1.- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? puede señalar más de una opción.

Enfermedad	Sí o No
Obesidad	
Hipertensión arterial	
Diabetes mellitus tipo II	
Colesterol alto	
Triglicéridos altos	
Especifique si tiene otras	

Objetivo. Analizar la tabla sobre qué enfermedades tiene el operario y saber si se relacionan con el tipo de trabajo que realizan y con la práctica alimentaria que consumen.

4.2.- ¿Qué tipo de tratamiento realiza?

1) Halópata

2) Medicina tradicional

3) Alternativo

Objetivo. Conocer qué tipo de tratamiento realiza, ya que al no tener seguro médico, saber si gastan en medicamentos para tratarse.

4.3.- ¿Considera que sus enfermedades se asocian a su trabajo? ¿Por qué?

Objetivo. Conocer si los operarios relacionan el tipo de trabajo que realizan con su proceso salud-enfermedad.

4.4.- ¿Considera que sus enfermedades se asocian a la forma (práctica) de alimentarse? ¿Por qué?

Objetivo. Conocer si los operarios relacionan la práctica alimentaria que consumen con su proceso salud-enfermedad.

4.5.- ¿Qué situaciones considera que le generan estrés en su jornada laboral?

Objetivo. Conocer qué situaciones les causan estrés y cómo se relacionan con su proceso salud-enfermedad.

4.8.- ¿Tiene seguro médico?

1) Sí

2) No

Objetivo. Documentar de manera oficial que no tienen atención en salud respecto a los otros operarios de transporte del sistema lo que da como resultado la desigualdad en seguridad médica y social.

4.9- ¿A qué institución de salud acude cuando está enfermo?

1) IMSS

2) ISSSTE

3) Privado

4) Seguro

popular

5) Similares

6) Automédico

7) Otra

Objetivo. Conocer a que institución médica acude el operario de la ruta 12 e inferir el tipo de atención que se les puede dar en cada uno de ellos.

Coordinación de Certificación y Registro

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada Humano me es ajeno



Cerro de Tlapacoyan 18 Local 2
Col. Copilco Universidad
Tel. 5554-4021