

CONDICIONES LABORALES Y DE SALUD: ESTUDIOS DE CASO

Roselia Arminda Rosales Flores
Claudia Alicia López Ortiz
Coordinadoras

Alejandra Baez Mora
Sandra Casimiro Barragán
Adriana Cortés Cortés
Christian Molotla Jiménez
Hazael Cristóbal Diego
Montserrat González Contreras
Susana Jarillo Ventoledo
Daney Sánchez Fernández
Mónica Vivanco Salinas



**CONDICIONES LABORALES Y DE SALUD:
ESTUDIOS DE CASO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DRA. TANIA HOGLA RODRÍGUEZ MORA
RECTORA

M. EN I. RAÚL AMILCAR SANTOS MAGAÑA
COORDINADOR ACADÉMICO

MTRA. MARISSA REYES GODÍNEZ
COORDINADORA DE DIFUSIÓN CULTURAL Y EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

EQUIPO DE LA BIBLIOTECA DEL ESTUDIANTE

ÁNGELES GODÍNEZ GUEVARA
RESPONSABLE

ANA BEATRIZ ALONSO OSORIO
FLORINA PIÑA CANCINO
MIGUEL NAPOLÉON ESTRADA SERRANO
SERGIO JAVIER CORTÉS BECERRIL
VERÓNICA DURÁN CARMONA

CONDICIONES LABORALES Y DE SALUD: ESTUDIOS DE CASO

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ
COORDINADORAS

ALEJANDRA BAEZ MORA
SANDRA CASIMIRO BARRAGÁN
ADRIANA CORTÉS CORTÉS
CHRISTIAN MOLOTLA JIMÉNEZ
HAZAEEL CRISTÓBAL DIEGO
MONTSERRAT GONZÁLEZ CONTRERAS
SUSANA JARILLO VENTOLEDO
DANEY SÁNCHEZ FERNÁNDEZ
MÓNICA VIVANCO SALINAS

FICHA CATALOGRÁFICA E-S/N

Condiciones laborales y de salud : estudios de caso / Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, coords., Alejandra Baez Mora...[et al.]. — México : Universidad Autónoma de la Ciudad de México, 2020

73 p. ; 23 cm.

Con textos de: Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, Alejandra Baez Mora, Sandra Casimiro Barragán, Adriana Cortés Cortés, Hazael Cristóbal Diego, Montserrat González Contreras, Susana Jarillo Ventoledo, Daney Sánchez Fernández, Mónica Vivanco Salinas

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-607-8692-35-4

1. Promoción de la salud — México. -- 2. Transportistas — Salud — México. -- 3. Transportistas — Aspectos demográficos — México. -- I. Rosales Flores, Roselia Arminda, coord. -- II. López Ortiz, Claudia Alicia, coord. -- III. Baez Mora, Alejandra, coaut.

LC RA440.3 .M

Dewey 613

Condiciones Laborales y de Salud: Estudios de caso

primera edición, 2021

D.R. © Roselia Arminda Rosales Flores, Claudia Alicia López Ortiz, Alejandra Baez Mora, Sandra Casimiro Barragán, Adriana Cortés Cortés, Christian Molotla Jiménez, Hazael Cristóbal Diego, Montserrat González Contreras, Susana Jarillo Ventoledo, Daney Sánchez Fernández, Mónica Vivanco Salinas

D.R. © Universidad Autónoma de la Ciudad de México
García Diego 168, col. Doctores, alc. Cuauhtémoc,
06720, Ciudad de México

ISBN: 978-607-8692-35-4

Foto de portada: María Fernanda Ruiz

<https://www.uacm.edu.mx/BibliotecadelEstudiante>

Material educativo universitario de distribución gratuita para estudiantes de la UACM.
Prohibida su venta

Hecho e impreso en México

PRESENTACIÓN

Para los estudiantes que se encuentran en proceso de formación profesional, un reto importante es sintetizar los saberes y habilidades adquiridos en su trayectoria formativa. Los estudios concretos de la realidad les permitirá entenderla, identificar problemáticas, analizar e idear posibilidades de intervenir en busca de soluciones. Es decir, entender la profesionalización como una actitud en la que, de ser estudiantes, se conviertan en estudiosos de un campo o disciplina. En este sentido, las diferentes formaciones tienen en sí mismas diversas vertientes o posturas de interpretación del fenómeno u objeto de estudio que les es propio. Estas posturas se abordan a lo largo del mapa curricular de la profesión y se aspira a que los estudiantes logren apropiarse de ellas identificando sus diferencias. Para ello, existen elementos en el proceso educativo que hay que tomar en cuenta tales como la amplitud de los contenidos necesarios e indispensables para estudiar los fenómenos; la profundidad con la que se pueden abordar los contenidos conceptuales y metodológicos; las condiciones propias de cada grupo que se deben empatar con el tiempo dispuesto institucionalmente para la organización académica; la selección de contenidos, así como su organización. Todo esto, aunado a la serie de decisiones sobre contenidos, dinámicas y actividades que se van tomando para solventar eventualidades, genera en estudiantes y profesores incertidumbres sobre si lo revisado en el curso ha sido suficiente para llevar a la práctica los conocimientos y habilidades aprendidos, y poder estudiar una problemática concreta.

En la Licenciatura de Promoción de la Salud (LPS) de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), a partir del sexto semestre se imparten algunas materias en las que se abordan los fundamentos teóricos y metodológicos de la perspectiva socio-histórica del proceso salud/enfermedad, los cuales se adaptaron de forma colegiada para ir avanzado en profundidad, dado el carácter complejo de este proceso.

Dada la falta de referentes previos sobre la vertiente y considerando el tiempo disponible, las estrategias para verificar comprensión se reducen al análisis de casos propuestos por el docente y no necesariamente extraídos desde el interés particular de cada estudiante. El propósito es que les permita poner a prueba sus habilidades de búsqueda, bases teóricas y procedimentales para realizar un estudio, y si es el caso, diseñar una intervención, no así su capacidad de observación y la interpretación de la realidad y la subsecuente construcción del objeto de estudio particular que despierte su interés.

A partir de esta reflexión, un grupo de profesores que hemos trabajado de forma conjunta, tanto en proyectos de servicio social como en dirección de tesis, hemos observado y constatado que los estudiantes que optan por plantearse como proyecto de investigación el proceso salud/enfermedad desde la vertiente sociohistórica, logran desfragmentar lo aprendido y realizar de forma consistente, teórica y metodológicamente, el abordaje del estudio sobre un grupo o colectivo para identificar su perfil patológico, así como estudiar la complejidad de las desigualdades en salud en contextos determinados.

De ahí el interés de dar a conocer los trabajos realizados, como una forma de que los estudiantes que inician puedan tener un material que no sólo les servirá como apoyo en la comprensión y apropiación de la perspectiva, sino también que promueva

confianza sobre sus propias habilidades, reconociendo no lo estudiado por el profesor al que generalmente le acompaña una mayor trayectoria, sino desde el grupo de pares cuya diferencia es haber obtenido más créditos o haber concluido el total de la licenciatura. Para ello se ha propuesto una recopilación de trabajos realizados por estudiantes como parte de sus actividades de servicio social o de su tesis para la obtención del título de licenciatura.

La estructura general de los diferentes números de esta colección inicia con los fundamentos teórico-metodológicos, es decir, con la exposición de las categorías teóricas y analíticas que son pertinentes para cada problemática en particular. A continuación, se presentan trabajos realizados en grupos o colectivos en los que se estudia el proceso salud/enfermedad a partir del análisis de las categorías previamente discutidas.

La primera serie se trata sobre la determinación social del proceso salud/enfermedad. En el primer número de la serie se entregan estudios de casos en los que se aborda una población común: los operarios del transporte público, y en la cual se indaga sobre las condiciones laborales. En cada uno de los estudios se trabajó con diferentes colectivos en los que se pueden notar las especificidades en sus condiciones laborales. Además, se utilizan diferentes técnicas e instrumentos de investigación para analizar las condiciones laborales y de salud de los grupos humanos, lo cual muestra diferentes formas de abordaje metodológico. Hemos recopilado estos estudios de caso para verificar en lo empírico que cada grupo, aunque realicen la misma actividad, desarrollan su quehacer en diferentes contextos sociales, lo que imprime diferencias a la manera en que el proceso salud/enfermedad se expresa en su corporalidad.

Las propuestas para la serie son variables en las formas de abordar el problema e incluso las temáticas. Como en el número de condiciones laborales se entrega una propuesta teórica con los principales elementos conceptuales para la comprensión de esta dimensión y se plantean técnicas e instrumentos idóneos para su estudio. Finalmente, proponemos un número que gire en torno a la determinación cultural/ideológica del proceso salud/enfermedad y otro que haga énfasis en las diferencias teóricas entre estilos de vida y modos de vida abordando la categoría conceptual de condiciones materiales de vida y su influencia en la salud de los colectivos.

Claudia Alicia López Ortiz
Roselia Arminda Rosales Flores

INTRODUCCIÓN

La Promoción de la Salud (en adelante PS) busca responder a los problemas de salud desde un enfoque transdisciplinar, enfrentando así un doble reto; por un lado, el hecho que hasta el momento se le ha reconocido como una formación técnica cuyo ámbito de acción es muy reducido y se desprende de otras formaciones como la medicina, el trabajo social y la salud pública, subordinando su práctica a éstas que limitan las acciones de promoción a la prevención, fomento y educación para la salud; y por el otro, el de construir su campo de conocimiento retomando elementos conceptuales de otros campos disciplinares para abordar problemáticas propias de su objeto de estudio. Es decir, la PS enfrenta los desafíos de su profesionalización a partir de la definición de su campo de acción concreto y transdisciplinar, delimitando su hacer de otras profesiones de la salud, pero también encontrando sus intersecciones.

Para la PS es muy importante desvincularse de la salud pública dado que siempre ha sido considerada como una de sus funciones. La definición de PS que se retoma y guía el trabajo es: «el proceso de capacitación de la colectividad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso» (Carta de Ottawa, 1986). Es decir, se plantea que los colectivos se apropien de la información que requieran para que puedan actuar sobre los factores que intervienen en la salud. En esta propuesta, además, se contemplan cinco campos de acción que son importantes para comprender el campo de conocimiento de la Promoción de la Salud y las prácticas de salud.

En este sentido, la PS debe ser un campo de conocimiento y práctica en salud transdisciplinar, lo cual requiere superar la fragmentación y parcialización del conocimiento para entender los problemas de salud en toda su complejidad y construir conocimiento para su resolución.

Es así como la construcción del plan de estudios de la Licenciatura en Promoción de la Salud (LPS) en la UACM, permite una formación diversa para abordar los problemas de salud y su resolución, capacitando a los estudiantes para que de forma autónoma elijan la postura teórica de interpretación e intervención, lo cual se refleja de manera particular, en el momento de definir el tema y planteamiento del problema para su trabajo recepcional.

El eje formativo transversal en los cursos de la LPS busca que el aprendizaje de los estudiantes esté enmarcado en el rigor científico, la duda sistémica, el ejercicio permanente del cuestionamiento de lo aparente y la responsabilidad sobre los problemas sociales. Es así que, los trabajos de los egresados de la licenciatura aquí entregados, tal vez de forma implícita y en el transcurso del proceso, se han realizado bajo estos criterios.

Otra característica de la LPS —que se refleja de cierta forma en los trabajos presentados en esta recopilación— es el reconocimiento de la diversidad temática del campo de conocimiento: las ciencias biológicas y las ciencias sociales. De manera particular los trabajos se adhieren a los modelos sociomédicos críticos. Este reconocimiento que se ve revelado de manera explícita en los trabajos recepcionales, con diversos enfoques, implica acercarse a los diferentes modelos sociomédicos para explicar la salud/enfermedad y que los referentes básicos están relacionados con la transformación de las ideas

y las formas de resolver los problemas de salud/enfermedad. Asimismo, es importante indicar que, en todos ellos se ha retomado el pensamiento plasmado en las conferencias internacionales de PS por la comunidad científica.

Todos los trabajos parten de la premisa de que la Promoción de la Salud trabaja con sociedades y comunidades complejas, la relación que existe entre ellas y la manera en que estas enferman y mueren. De esta forma, las relaciones que surgen en los procesos sociales y de salud constituyen la base de un acercamiento crítico a la salud (Carta de Ottawa, 1986). Es así que, en este texto la propuesta consiste en analizar desde una perspectiva crítica las condiciones laborales y su relación con las condiciones de salud.

En este sentido, la estructura del documento inicia con el marco teórico-metodológico en el que se abordan las categorías conceptuales referidas a la determinación económica en sus dimensiones, y cómo se expresa específicamente en las condiciones laborales y los perfiles patológicos. El abordaje metodológico permite, ante la complejidad, analizar esta determinación. Este apartado es el marco en el que se engloban la presentación de los trabajos recepcionales de los egresados, de tal manera que los capítulos posteriores pueden leerse según el interés que les despierte el tema. La decisión de la presentación de ellos se basó en los siguientes criterios:

Los primeros dos trabajos que se entregan en este número corresponden a investigaciones diseñadas y realizadas por los autores. Ellos han buscado los grupos de interés, han establecido el primer contacto, realizado rapport y llevado a cabo la recolección de información. En el proceso del diseño y aplicación del protocolo se solventaron obstáculos y el alto grado de complejidad que implica entablar la relación con el grupo de estudio. Los recursos limitados en términos de tiempo y materiales han marcado el ritmo y la propuesta de solución de las problemáticas que siempre surgen en el trabajo de campo. No obstante, se ha cumplido con el rigor metodológico, teórico y ético que obligan las investigaciones.

Los últimos tres trabajos se enmarcan en proyectos de la UACM financiados por la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITI), lo que ha permitido que se tuvieran más recursos humanos y materiales.

En la presentación de cada uno de los trabajos, se podrá encontrar una reseña del planteamiento del problema y las categorías conceptuales consideradas, la descripción del abordaje metodológico y las técnicas de recolección de información, para finalizar con una síntesis de los hallazgos basados en la conexión analítica de los datos con los planteamientos teóricos.

El primer artículo aborda las condiciones laborales de un colectivo de bicitaxis de Tláhuac, en el que nos aproximamos a entender cómo surge este medio de transporte, así como a sus especificidades tanto técnicas como de regulación y cómo éstas impactan la salud en ese contexto. Los autores logran sus hallazgos a partir de una exploración metodológica apoyada en encuestas y entrevistas semi estructuradas.

En la segunda investigación que se presenta, nos acercamos a la inserción de la mujer en un trabajo históricamente masculinizado, analizando sobre indicadores de satisfacción laboral, estilos de vida y la evaluación de cansancio y fatiga. Las encuestas se construyeron en estos indicadores y fueron aplicadas a conductoras de taxis en la Ciudad de México.

En el tercer trabajo se encuentra un estudio de caso sobre las prácticas alimentarias y salud, derivadas de las condiciones laborales de los conductores de microbuses de la Ruta 1 del paradero Tacuba-Chapultepec, con el propósito de generar un mecanismo orientador para mejorar tanto su desempeño laboral como sus hábitos alimentarios en aras de incidir en su salud.

Es tema del cuarto trabajo, las condiciones de salud en un estudio de caso de los operarios de taxis de la ahora alcaldía de Milpa Alta, en el cual, a través de recabar datos sobre las medidas antropométricas y bioquímicas de los conductores que participaron de forma voluntaria, aunado al análisis de las respuestas al cuestionario en los que se explora los riesgos y exigencias que les demanda su actividad laboral, se construye el perfil epidemiológico al que están condicionados.

La última investigación que se presenta en este número es de corte exclusivamente cualitativo, donde se indaga —utilizando la técnica de entrevista a profundidad— la percepción de la salud y satisfacción laboral en los operarios de taxi de la Ciudad de México en 2016, explicitándose a través de testimoniales el análisis de las categorías teóricas.

Con el propósito de que sea de utilidad para los futuros promotores de la salud, entregamos este número que recopila el esfuerzo académico de los estudiantes, ahora licenciados en Promoción de la Salud.

Roselia Arminda Rosales Flores
Claudia Alicia López Ortiz

I. MARCO TEÓRICO-METODOLÓGICO

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES
CLAUDIA ALICIA LÓPEZ ORTIZ¹

■ CATEGORÍAS CONCEPTUALES

Con el objetivo de resolver sus problemáticas, el campo de la salud se ha extendido hacia la multidisciplinariedad, la transdisciplinariedad y la pluridimensionalidad; igualmente para estudiar las condiciones de salud de los grupos a partir del campo de la medicina social que «define los problemas y desarrolla sus investigaciones a través de unidades de análisis sociales e individuales» (Iriart, C, Waiztkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E.E., 2004, p. 130) ha propuesto que en el estudio de las condiciones de salud de los colectivos se retome el contexto social, es decir, los procesos económicos, políticos y culturales. Esto es que «las principales categorías conceptuales que se utilizan para estudiar el fenómeno de salud/enfermedad/atención desde una mirada crítica son: reproducción social, la clase social, la producción económica, la cultura, la etnia y el género, entre otras» (Iriart, C., 2004, p. 130). En este sentido, el campo de conocimiento científico que aporta elementos para el estudio de los procesos sociales vinculados a la salud/enfermedad/atención de los grupos humanos o de los colectivos, es la Medicina Social y la Salud Colectiva.

En esta corriente de pensamiento, el marco teórico y metodológico para el estudio de la salud/enfermedad/atención se adhiere a una mirada crítica de las condiciones de salud y de vida de los grupos humanos. Asimismo, en el reconocimiento de que la salud/enfermedad/atención es un fenómeno complejo, el objeto de estudio debe abordarse no sólo a través de los métodos y las técnicas tradicionales como la epidemiología y la estadística, como también desde las teorías sobre los estilos de vida y la multicausalidad, sino que es necesario incluir en la investigación aspectos políticos, ideológicos, económicos y sociales. Las visiones críticas buscan las causas de los perfiles patológicos en la organización de la producción social y en las condiciones de vida que esta organización conlleva.

Pensar el Proceso Salud Enfermedad Atención (PSEA) como Proceso Socio Histórico (PSH) implica reconocerlo como expresión de los procesos sociales que subordinan a los procesos biopsíquicos, es decir, se reconoce la determinación social del PSEA. Reconocer la determinación social del PSEA implica que se deben estudiar las representaciones/prácticas sociales que expresan hechos históricos que atañen a los colectivos humanos. Para el estudio de la determinación social del PSEA se han generado diferentes marcos teórico-metodológicos en el abordaje de los ámbitos económico, político e ideológico/cultural.

¹ Profesoras-investigadoras de la Licenciatura de Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

El ámbito económico se puede dividir para su estudio en dos dimensiones o vertientes. La primera de ellas es aquella que estudia las condiciones laborales y de salud de los trabajadores; interesa la forma en que se producen los bienes y servicios y cómo esta forma de producción se relaciona con las condiciones de salud de los trabajadores. La otra vertiente de este ámbito es la distribución y consumo de bienes y servicios, es decir, las condiciones materiales de vida de los colectivos y cómo las diferentes formas de satisfacer las necesidades básicas se relacionan con las condiciones de salud. Para los estudios que aquí se presentan, nos interesa la primera vertiente.

Para el estudio del PSEA como PSH lo primero que hay que puntualizar es el Proceso de Salud y Enfermedad, el cual es definido como:

[...] el modo específico como [...] se da el proceso biológico de desgaste y reproducción, destacando como momentos particulares la presencia de un funcionamiento biológico diferenciable con consecuencias para el desarrollo regular de las actividades cotidianas, esto es, la enfermedad (Laurell, A., 1982, p. 8).

El carácter histórico social del PSEA se expresa en el reconocimiento de que está relacionado con los procesos sociales y la construcción de colectivos específicos cuyos perfiles patológicos expresan las relaciones sociales y los marcos culturales en los cuales están inmersos los grupos humanos (Laurell, A., 1982), es decir, es sociohistórico.

Lo segundo que es importante desarrollar para explicar el PSEA como el PSH es que no existe una normalidad biológica de los seres humanos, ya que de acuerdo con el momento histórico o en las condiciones que viven es cómo van cambiando los procesos salud/enfermedad/atención. Además, los seres humanos cuentan con ciertas características para poder adaptarse al medio donde se desarrollan, por lo tanto, esta forma particular de adaptación genera perfiles patológicos específicos (Laurell, A., 1994).

De ahí que para los estudios del PSEA como PSH es necesario que se revisen algunas categorías conceptuales. Se inicia por las más generales para ir integrando los conceptos que permiten su ejecución.

La primera categoría, la más compleja y que abarca a todos los conceptos para comprender la concepción social e histórica del PSE, es la *reproducción social* la cual se define, de manera general, como un elemento a través del cual se determina la posición que los sujetos van tomando dentro de la sociedad a la que pertenecen y la forma en que son reproducidas las relaciones sociales; en correspondencia con éstas, también se reproducen determinados modos de vida, de valores y de ideas que son expresados como prácticas sociales, políticas o culturales, las que se convierten en patrones de comportamiento que van moldeando la trama de relaciones que se generan al interior de la sociedad (Yazbek, M.C., 1999). Asimismo, hablar de reproducción social es hablar de modos de producción y por lo tanto de la vida material de una sociedad. Es la manera en que los «hombres reconocen, producen y reproducen las acciones y las estructuras sociales» (Heritage en Rizzo, N., 2012, p. 283). De acuerdo con Marx (1970), la reproducción social es un proceso donde el mundo se reproduce material y culturalmente. Esta categoría, como se observa en su definición, abarca la totalidad de los procesos sociales: *la reproducción material y la reproducción cultural* en los que los

colectivos se relacionan entre ellos y transforman la naturaleza con el trabajo, y a su vez, se transforman a sí mismos al realizar el trabajo (Margulis, M., 1980).

Como ya se mencionó, en este trabajo nos interesa la determinación económica del PSE. Existen dos dimensiones esenciales que la definen en un colectivo: el momento productivo, cuya exploración empírica se realiza fundamentalmente en el ámbito laboral (en sentido amplio) a través de la reconstrucción de las condiciones de trabajo (Noriega, M., Villegas, J., 1989), y el momento de consumo (Breilh, J., 1989; Blanco, J., Sáenz, O., 1994), cuyo espacio privilegiado de observación son los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo y de la recuperación de la misma que se realizan principalmente en la vivienda y su entorno.

Partimos de la premisa que las condiciones laborales de los sujetos en colectividad están determinadas por el modo de organización y el grado de desarrollo de los medios de producción, y éstas determinan a su vez el perfil de salud-enfermedad; su distribución y frecuencia se presentan de manera desigual en los grupos humanos. Esta desigualdad puede ser estudiada a través de las condiciones laborales.

Para el abordaje de las condiciones laborales se debe explorar el dominio de la actividad, los riesgos y exigencias —conceptos que se explican más adelante— a los que están expuestos los trabajadores, y considerando que en muchas ocasiones el trabajo se convierte en un proceso enajenante donde los empleados no tienen el dominio de su actividad y tienen consecuencias fisiológicas y psíquicas generadas por los objetos, los medios, la organización laboral y el proceso de trabajo; también hay que considerar lo que les es negado (Margulis, M., 1980).

La categoría conceptual para describir la actividad o el trabajo es el *Modo de producción*, el cual se define como la manera en que los hombres de determinada época histórica producen socialmente los medios de subsistencia. Ha habido diferentes formas de producir los bienes y servicios a lo largo de la historia del hombre. Actualmente, vivimos en un modo capitalista. Las *Fuerzas productivas* se definen como los elementos materiales o *medios de producción* (materias primas, las herramientas, maquinaria, dinero invertido) y los *elementos humanos* (la fuerza de trabajo, es decir, la energía humana invertida o empleada en el proceso de producción). Estos dos elementos, que integran las fuerzas productivas, se han modificado en los distintos modos de producción y en sus diferentes momentos históricos; por esto, ante una transformación de los medios de producción la forma de emplear la energía humana también se transforma y se expresa en la modificación de los riesgos y exigencias particulares de cada actividad productiva que, a su vez, se manifiesta en los perfiles patológicos específicos para cada colectivo (Margulis, M., 1980).

También es importante definir las *Relaciones sociales de producción*. Estas se describen como las relaciones económicas que se establecen entre los hombres según la posición que ocupan en el proceso de producción. En el modo de producción capitalista se identifican dos clases: la clase dominante, que posee los medios de producción, y la clase subordinada, que dispone de su fuerza de trabajo (Margus, M., 1980).

Los procesos de industrialización han desarrollado considerablemente las fuerzas productivas, tomando en cuenta cuatro elementos: el mantenimiento de salarios bajos, la transferencia de recursos del campo a la industria, la inversión extranjera y una política estatal a favor del capital industrial, estos elementos han generado desigualdad social

(Laurell, A., 1978). Estas características se ven reflejadas principalmente en problemas sociales, donde la salud no puede excluirse.

Otros conceptos importantes se retoman de la epidemiología crítica: «fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan la salud» y por el otro, «aspectos destructivos que lo constriñen y deterioran» (Breilh, J., 1989, p. 204); se puede decir que aquello conforma un sistema de contradicciones que determina la forma de enfermar y morir de los grupos humanos.

En cada sociedad existen comunidades, familias e individuos con más probabilidades de sufrir un problema de salud que otros colectivos. A esa diferencia en las formas de enfermar y morir se le denomina desigualdad en salud, la cual es atribuida a factores individuales (biológicos, genéticos, ambientales, estilos de vida) (López, O., Blanco, J., 2003), pero también se reconocen aquellas desigualdades que son injustas, innecesarias y que se pueden evitar dado que están determinadas por las desigualdades sociales. En la epidemiología crítica, Breilh (2010) plantea la ruptura epistemológica de la noción de factor y su sustitución por la de proceso. Considera que los modos de devenir que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos sociales que son específicos para cada espacio y tiempo. Los procesos en que se desenvuelve la sociedad y los modos de vida grupales adquieren *propiedades protectoras/benéficas* (saludables) o *propiedades destructivas/deteriorantes* (insalubres).

La expresión en el perfil epidemiológico de unas u otras facetas con mayor o menor fuerza, depende del modo de vida² y de la lógica que opera en la formación social correspondiente. Algunos de estos procesos tienen mayor importancia estratégica para la acción, ya sea para evitar facetas destructivas o fomentar facetas protectoras y son denominados *procesos críticos* (Breilh, J., 2010).

Uno de ellos es el proceso de trabajo que afecta el patrón de vida e impacta en la conformación del modo de vida, pudiendo adquirir facetas destructivas y protectoras a la vez. Las primeras provocan cambios negativos profundos en la salud. Los procesos no sólo se nos exponen, sino que se nos imponen. Algunos procesos destructivos son contingentes, otros permanentes (Noriega, M., Villegas, J., 1989).

La inserción de los sujetos al trabajo y a sus condiciones particulares tiene como resultado la obtención de un salario que permite el consumo y determina las condiciones de vida. En las condiciones de vida se puede observar la satisfacción de necesidades básicas, es así como se vinculan las dos dimensiones de la determinación económica.

Para analizar las condiciones laborales, el estudio se inscribe en el campo de conocimiento de la salud de los trabajadores (Noriega, M., Villegas, J., 1989) que toma en consideración las categorías de riesgos y exigencias como variables para estudiar el proceso del trabajo.

Siguiendo a Noriega (1989) los *riesgos* aluden, por un lado, a aquellos elementos físicos o mecánicos presentes en el ambiente laboral y por el otro, a la probabilidad de ser lesionado, afectado o dañado por uno de esos agentes. Desde otras perspectivas, el riesgo laboral es sinónimo de accidente o de enfermedad de trabajo, lo cual no permite

²De acuerdo con Breilh, los modos de vivir están socialmente estructurados; son patrones colectivos semejantes a diferencia de los «estilos de vida» que son individuales u opciones personales. <http://www.salud.mendoza.gov.ar/breilh/>

hacer cambios o transformaciones en los elementos estructurales y funcionales de la propia actividad, sino más bien, son cambios a nivel individual que sin lugar a dudas mejoran las condiciones de salud de los individuos en lo inmediato, no obstante, es importante también estudiar estos factores y hacer los cambios necesarios porque es innegable la mejora en las condiciones de salud de los trabajadores.

Para describir los riesgos de cada actividad laboral se debe realizar una observación directa y verificar estos elementos, después relacionar de acuerdo con la lógica fisiológica y anatómica del cuerpo humano y de lo que refieren los trabajadores con problemas de enfermedad. La forma de verificarlo es a través de estudios científicos que previamente se han desarrollado y que se revisan al realizar el estado del arte. En el transporte público, por ejemplo, se encuentran los siguientes:

- Riesgos de elementos físicos

a. Ruidos: en términos generales los ruidos son sonidos desagradables con niveles excesivamente altos. En estudios científicos sobre el transporte público se ha visto que está relacionado con las cefaleas, irritabilidad, cansancio. (Ordaz, C.E., 2014., Vigil, Y., 2014., Muñoz, A., Chois, L., 2014).

b. Vibraciones: estas son producto del estado de las calles y las condiciones mecánicas del vehículo (principalmente en lo que se refiere sistema de suspensión, amortiguador, etcétera). Se ha verificado en la corporalidad de los trabajadores en molestias del aparato osteomuscular (Ordaz, C.E., 2014, Vigil, Y., 2014, Muñoz, A., Chois, L., 2014).

c. Iluminación: la poca o excesiva luminosidad puede provocar dificultad en la visualización de los objetos dentro de su contexto espacial, de modo que el trabajo no se realice con seguridad. Se encuentra relacionado con cefaleas, molestias visuales, irritabilidad (Ordaz, C.E., 2014., Vigil, Y., 2014, Muñoz, A., y Chois, L., 2014).

d. Temperatura, ventilación y humedad: estos tres riesgos se abordan de manera conjunta ya que se pretende que estos estén en equilibrio para que el operario se pueda sentir bien durante la jornada laboral. Se verifica en las expresiones de sintomatología relacionada con la fatiga, el estrés, el cansancio, la irritabilidad (Ordaz, C.E., 2014., Vigil, Y., 2014, Muñoz, A., Chois, L., 2014).

- Riesgos de elementos químicos

Durante la jornada laboral los operarios están en contacto con polvos, gases vapores como las emisiones de dióxido de carbono, dióxido de azufre, óxidos de nitrato, partículas y contaminantes contenidas en el humo que generan los escapes de los vehículos. Relacionados con problemas respiratorios (Ordaz, C.E., 2014., Vigil, Y., 2014, Muñoz, A., Chois, L., 2014).

■ EXIGENCIAS

Como *exigencias* se entienden las necesidades específicas que impone el proceso laboral a los trabajadores como consecuencia de las actividades que desarrollan, de las

formas de organización y división del trabajo en un centro laboral, tales como: el trabajo dinámico, rotación de turnos, largas jornadas laborales, monotonía, el ritmo intenso, el trabajo nocturno, entre otros (Noriega, M., Villegas, J., 1989). En los trabajadores del transporte público, por ser un trabajo en su mayoría definido como una actividad informal, los trabajadores tienen jornadas de más de 10 horas, la actividad es monótona, con movimientos repetitivos, sedentaria, lo que se expresa con trastornos relacionados con la fatiga, cansancio, estrés, enfermedades crónico-degenerativas o asociadas con el síndrome metabólico (Ordaz, C.E., 2014., Vigil, Y., 2014, Muñoz, A., Chois, L., 2014).

En la combinación de estos, se da la reproducción de elementos nocivos o deteriorantes y protectores para la salud en los espacios laborales (Noriega, M., Villegas, J., 1989).

Los riesgos y las exigencias son simultáneos y ambos son resultado de los elementos centrales del proceso laboral, es decir, cuando los operarios de transporte están en el área laboral y hacen uso de sus herramientas de trabajo (particularmente el vehículo), y ofrecen el servicio, están expuestos a todos los elementos que antes se han mencionado.

Sin embargo, según Noriega y Villegas (1989) los riesgos y las exigencias no son los únicos elementos que perturban a la salud en el trabajo, sino del mismo modo, lo son aquellos aspectos que están ausentes en el proceso laboral. Por ejemplo: el deficiente desenvolvimiento de las potencialidades físicas y mentales, la escasa creatividad en el trabajo, la pérdida de control sobre éste o la nula apropiación de lo producido. De ahí, la necesidad de también estudiar las condiciones materiales de vida, la percepción y representaciones sociales y la satisfacción laboral de los trabajadores para poder comprender la salud en su complejidad.

La salud entendida como una carencia y potencialidad que requiere cuidado y se vincula con otras necesidades cobra importancia en el tema de los derechos y en el abordaje de las capacidades humanas. En este orden de ideas, una de las capacidades de los sujetos delineada en la PS y que se sigue implícitamente en todos los trabajos es «la capacidad humana corporeizada de diseñar, decidir y lograr futuros viables» (Chapela y Jarillo, 2001), y la salud física y mental es un prerrequisito para ello. De ahí que actualmente se piense la salud como un bien social y como una metacapacidad sin la cual el desarrollo de los sujetos individuales y colectivos, como seres humanos, es imposible. Por ello es importante estudiar los problemas de salud/enfermedad/atención vinculándolos con la *Determinación Social de la Salud*.

Con ello, la propuesta es que para el estudio de la salud se priorice el abordaje de la *Determinación Social de la Salud*. Ello permite develar las desigualdades sociales y hacer propuestas en el marco de la equidad, la justicia social distributiva y la participación social.

Aunque no es intención de este libro el abordaje de la resolución a las problemáticas, cabe mencionar que en los trabajos recepcionales de los egresados aquí presentados, realizaron el diseño de propuestas para la solución de las problemáticas. Falta continuar con los siguientes procesos: gestionar y evaluar estas iniciativas con la participación de la comunidad con el fin de lograr autonomía en el cuidado de la salud.

■ METODOLOGÍAS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

De manera general tanto las investigaciones en salud tradicionales como los críticos parten de metodologías cuantitativas, aunque en la actualidad los métodos cualitativos han ganado interés (Mercado, F., Villaseñor, M., Lizardi, A., 2000; Conde, F., Pérez, C., 1995; Breilh, J., 1989; Muntaner, C., Gómez, M.B., 2003). La complejidad del proceso salud/enfermedad/atención ha llevado a la utilización de ambos métodos de investigación (Cantor, G., 2002, Revenet, M., 2003) superando así el debate (Cabrerero, J., Richart, M., 1996. Silva, A., Lara, E., 1998) y realizándose cada vez más, estudios mixtos.

Para el estudio de las condiciones laborales y del PSE se han retomado las metodologías desarrolladas en el campo de la salud de los trabajadores. Los instrumentos mayormente utilizados son las encuestas y cuestionarios. Hay encuestas muy estandarizadas que permiten darle a los estudios validez externa.

La mayoría de los estudios presentados en este libro son transversales y descriptivos. Estos análisis permiten tener una imagen en un punto específico del tiempo sobre la magnitud de un problema de salud de una comunidad; también sirven para analizar ciertos factores previamente especificados. El estudio transversal ha sido diseñado para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida, es decir, si no se conoce nada sobre el problema, permite estimar el tamaño del mismo y tener un panorama del estado de salud de la comunidad o población que se está estudiando, también cómo se distribuyen las variables en un punto específico de tiempo, asimismo no involucra un seguimiento. Este estudio es útil para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planeamiento de la provisión de un servicio, particularmente importantes para enfermedades crónicas que requieren atención médica durante su duración. También son variables para evaluar el impacto de medidas preventivas dirigidas a reducir la carga de una enfermedad en una población (Mackey, ME., 2005). Por lo tanto, en los estudios aquí recogidos se está evaluando tanto la exposición como los problemas de salud/enfermedad/atención al mismo tiempo. Se optaron por este tipo de estudios porque requieren menos tiempo y por lo tanto son más económicos, sin embargo como es bien sabido, no se pueden hacer con ellos inferencias causales, ni estudiar enfermedades raras, ni de corta duración.

Para medir la exposición a los riesgos y exigencias laborales se utilizaron encuestas las cuales se diseñaron tomando en cuenta el marco teórico desarrollado y así como instrumentos similares utilizadas en otros estudios. Para medir la ocurrencia de la enfermedad en algunos trabajos se usaron cuestionarios para indagar sobre ello y en otros pruebas de sangre periférica y aparatos para medición de medidas antropométricas, o bien, una combinación de ambos. Los resultados obtenidos se contrastaron con resultados de otros estudios científicos publicados en revistas científicas, encuestas nacionales de salud y/o fuentes documentales oficiales.

También se presenta un estudio cualitativo. Dentro de la metodología de corte cualitativo, los instrumentos para recolección de información más usados son las entrevistas: estructuradas, semiestructuradas, en profundidad y grupos focales, éstas permiten un acercamiento a la subjetividad y a los contextos objetivos, identificando las formas de significación, percepción o representación social que tienen los colectivos de sus condiciones, ya sean laborales o de vida.

En este sentido, las técnicas buscan obtener las percepciones, imaginarios o representaciones sociales, así como la organización de las experiencias vividas por los sujetos de estudio en contextos determinados.

Denzin y Lincoln (2005) definen la entrevista como «una conversación, es el arte de realizar preguntas y escuchar respuestas» (en Vargas, Y., 2012, p. 21). Así el investigador puede recopilar información detallada sobre las interpretaciones, sensaciones, experiencias y puntos de vista que el entrevistado le da a uno o varios temas en específico.

Las diferencias entre el tipo de entrevistas son:

- La entrevista estructurada tiene una serie de preguntas establecidas y las cuales no se modifican con un límite de categorías por respuesta, su mayor utilidad consiste en realizar comparaciones entre las respuestas de los distintos entrevistados y otorga facilidad para clasificarlas y analizarlas.

- Las entrevistas semiestructuradas consisten en tener un guion técnico de preguntas que se pueden abordar de manera flexible, requieren de mayor preparación del entrevistador y el análisis es más complicado de realizar, pues solo existen categorías preconcebidas y surgen subcategorías en el propio análisis de la información.

- Asimismo, están las entrevistas en profundidad, Taylor y Bodgan las definen como:

[...] reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas, experiencias y situaciones, tal y como lo expresan con sus propias palabras (1992, p. 101).

Este tipo de entrevistas requieren de mayor destreza por parte del investigador, ya que sólo se detonan preguntas para iniciar el diálogo y las intervenciones subsecuentes del entrevistador son aclarativas o incitadoras para que continúe la conversación. Requieren de mucho más tiempo y normalmente de varios encuentros.

También existen entrevistas colectivas, llamadas grupos focales o de discusión.

Según Álvarez-Gayou un grupo focal es:

[...] una técnica que privilegia el habla, cuyo propósito radica en propiciar la interacción mediante la conversación acerca de un tema u objeto de investigación, en un tiempo determinado, y cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo (2005, p.132).

En este sentido, lo relevante de esta técnica es que, se centra en la pluralidad y la variedad de actitudes, experiencias y creencias alrededor de un tema de quienes participan en él. La designación como grupo es un tanto artificial, dado que los miembros que la componen no necesariamente pertenecen a un grupo previo, el número de miembros es controversial entre los autores, pero la mayoría coincide que sea entre seis y doce.

Con estas técnicas, dependiendo del tratamiento metodológico derivado de la intención del estudio, se realiza el proceso hermenéutico a través de los testimoniales

y narrativas de los informantes. Estos últimos pueden ser elegidos a partir de alguna técnica de muestreo, bola de nieve o bien, como informantes clave.

En varios estudios, desde la perspectiva sociohistórica para alcanzar mayor profundidad en la comprensión, se utilizan dos o más instrumentos de recolección, en ocasiones desde un mismo corte metodológico y en otras, integrando una técnica cuantitativa y otra cualitativa.

Siendo así que, la elección del corte metodológico con sus técnicas e instrumentos de recolección de datos deben ser acordes a los objetivos de la investigación y la exploración de las categorías conceptuales que la enmarcan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ-GAYOU, J. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México, Paidós educador.
- BLANCO, J., Saénz, O. (1994) *Espacio Urbano y Salud*. Serie Medicina Social, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, pp.97.
- BREILH, J. (1989) *La salud enfermedad como hecho social. En deterioro de la vida en Ecuador*, capítulo II, CEAS.
- BREILH, J. (2010) La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6(1):83-101, Enero - Abril, pp. 83-101.
- CABRERO, J., Richart, M. (1996). El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. *Enfermería Clínica*, 6 (5):212-17.
- CANTOR, G. (2002). La triangulación metodológica en las ciencias sociales. Reflexiones a partir de un trabajo de investigación empírica. *Cinta de Moebio*, Núm. 13. <http://www.moebio.uchile.cl/13/cantor.htm>
- CHAPARRO P., Guerrero J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. *Salud Pública*. 3, 171-187.
- CHAPELA, C., Jarillo, E. (2001). Promoción de la salud, siete tesis del debate. *Cuadernos Médicos Sociales*, Chile, No.79, pp. 59-69. <https://www.worldcat.org/title/promocion-de-la-salud-siete-tesis-del-debate/oclc/69947947>
- CONDE, F. Pérez, C. (1995). Investigación cualitativa en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 69(2): 145-149.
- IRIART, C., Waiztkin, H., Breilh, J., Estrada, A., Merhy, E. (2004), Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (12) 2, pp.128-136
- LAURELL, A. (1978) Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, núm. 17, México, D.F., Editorial Era, julio-septiembre, pp.59-79.
- _____ (1982). La salud - enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, Núm. 2, pp. 7-25.
- _____ (1986). La salud enfermedad como proceso social. *Cuadernos médicos sociales* (Núm. 19), 1-11.
- _____ (1994). *Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad en Lo Biológico y Lo Social*, Washington DC, Organización Panamericana de Salud-OMS, pp. 1-12.

- LÓPEZ, O., Blanco, J. (2004). Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones. *Salud Problema*. Nueva Época, año 8 núm. 14-15, junio-diciembre 2003.
- _____. O., Blanco, J. (2007). «Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal», en: Jarillo, E. y Ginsberg, E. (coords.), *Temas y desafíos en salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 21-48.
- MACKEY, M.E. (2005) Diseño de investigación. Centro Rosarino de Estudios Perinatales, España. : https://www.gfmer.ch/Educacion_medica_Es/Pdf/Disenos_investigacion_2005.pdf
- MARGULIS, M. (1980) Reproducción social de la vida y reproducción social del capital. *Nueva Antropología*; año 4, núm. 13-14, pp. 47-64.
- MARX, K. (1970) *Introducción a la crítica de la economía política*. México, Ed. Fondo de Cultura Popular, p. 241.
- MERCADO, F., Villaseñor, M., Lizardi, A. (2000). Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación. *Revista de la Universidad de Guadalajara*, Núm. 17. <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug17/1situacion.html>.
- MUNTANER, C., Gómez, M.B. (2003) Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementary the only issue? *Gaceta Sanitaria*, 17(supl. 3):53-57.
- MUÑOZ, A., Chois, L. (2014). Riesgos laborales en trabajadores del sector informal del Cauca, Colombia, *Facultad de Medicina*, 62, 379-385.
- NORIEGA, M., Villegas, J. (1989) *El trabajo sus riesgos y exigencias*. México, SITUAM.
- ORDAZ, C. (2014). Condiciones de trabajo en el transporte público por carretera. *Medicina y seguridad del trabajo*: Madrid. España; 60(234). pp. 90-98.
- REVENET, M. (2003). Experiencia y retos del análisis sociológico en salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 4(29):323-7.
- RIZZO, N. (2012) Un análisis sobre la reproducción social como proceso significativo y como proceso desigual. *Sociológica*, año 27, núm. 77, septiembre-diciembre, pp. 281-297.
- SILVA, A., Lara, E. (1989). La controversia entre lo cualitativo y lo cuantitativo en la investigación social: la disputa estéril. *Intervención Psicosocial: Revista sobre igualdad y calidad de vida*, 7(1):97-114.
- TAYLOR, S., Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, Barcelona, Paidós.
- VARGAS, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, Volumen 3, Núm. 1 Mayo. pp. 119-139.
- VIGIL, Y. (2014) Condiciones de trabajo y enfermedades ocupacionales de los conductores de transporte público urbano de Lima Metropolitana. *Revista de Ciencias empresariales de la Universidad de San Martín de Porres*, Perú, Volumen 5, Número 1, Enero-Junio de 2014, pp. 14-28.
- VILLAREAL, G., Dávila, I., Constantino, T. (2010). Transporte y segregación social en la zona sur de la ciudad de México». *Producción Económica 2006*, 26 pp., UAM-Xochimilco, México.
- YAZBEK, M. (1999). «Políticas sociales y asistenciales: estrategias contradictorias de gestión estatal de la pobreza de las clases subalternas». En Borgianni, E. & Montaña, C., *La Política Social Hoy*. San Pablo: Cortez Editora.

II. CONDICIONES LABORALES DE LOS OPERARIOS DE BICITAXIS EN LA ALCALDÍA TLÁHUAC

Alejandra Baez Mora¹
Sandra Casimiro Barragán¹
Roselia Arminda Rosales Flores²

■ INTRODUCCIÓN

La promoción de la salud busca transformar las condiciones de salud en los colectivos. Para conseguir este objetivo es importante conocer las condiciones laborales.

Los conductores de bicitaxis son un grupo trabajadores que se creó como resultado de las políticas económicas y laborales que, de manera general, no favorecen sus condiciones de trabajo. Ellos han prestado sus servicios a la población trasladándola de un lugar a otro; ya sea porque el transporte que comúnmente requieren los usuarios no es suficiente, o porque los conductores de los bicitaxis no encuentran otra fuente de empleo que les permita vivir y cubrir sus necesidades (Pino-Hidalgo, R., 2017).

La Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF) menciona que estos vehículos operan de forma irregular, es decir, no cuentan con una reglamentación (carecen de licencia y prescinden de permisos) y funcionan bajo el amparo de algunas autoridades, lo que le da características de precariedad a este trabajo (ALDF, 2013).

Al ser un transporte no regularizado, y con la finalidad de mantener un control, los conductores de bicitaxis han conformado diversas organizaciones. Las funciones principales de estas organizaciones son la de regular las rutas por donde circulan o la adquisición de bicitaxis, sin embargo, no han solucionado todos los problemas, tales como: los vehículos circulan por vías inadecuadas de seguridad, tanto para el conductor como para el pasajero; prevalencia de cobros injustificados a los usuarios y de conflictos entre organizaciones por la exclusividad de operar en ciertas rutas (Miranda, E., 2019).

Los bicitaxistas presentan condiciones laborales diferentes a otros colectivos. Estas condiciones tienen impacto directo en su salud. La transformación de bicitaxis a carritos eléctricos implica un cambio significativo para los trabajadores, porque esa modificación logró conseguir tanto beneficios y consecuencias a nivel individual: dado que se requería de menor energía para movilizar el vehículo lo cual mejoró la sintomatología asociada a los trastornos osteomusculares, pudieron hacer más viajes lo que permitió tener mayores ingresos; a nivel colectivo: la experiencia política y organizativa en la toma de decisiones ha dejado en ellos la importancia de la participación social y la cohesión como grupo y ello ha marcado sus prácticas sociales.

¹ Licenciadas en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

² Profesora-Investigadora de la Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

■ RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el siguiente apartado se muestran los resultados a partir de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a informantes clave y encuestas sobre condiciones laborales y de salud. Se trata de un estudio mixto. El apartado refleja los datos obtenidos a partir de la revisión y sistematización de las encuestas para describir las condiciones laborales y de salud de los conductores de bicitaxis de la Alcaldía Tláhuac.

Se realizaron entrevistas a tres informantes clave identificados como líderes de las organizaciones de bicitaxis en Tláhuac. Ellos respondieron a una de nuestras preguntas de investigación referente al desarrollo histórico de los bicitaxis como un medio de transporte público de baja capacidad. Con la información obtenida reconstruimos en el tiempo las condiciones sociohistóricas que dieron origen a los bicitaxis.

Los informantes clave proporcionaron datos sobre la evolución y el desarrollo del transporte en esta región. Asimismo, se conoció cómo los informantes recuerdan el proceso de implementación para el uso de los bicitaxis como un medio de transporte público.

Las entrevistas también aportaron información sobre las diferentes problemáticas y situaciones en Tláhuac que enmarcan a este medio de transporte. Esto es, referente a cuestiones relacionadas con sus necesidades y con las de su comunidad. El punto en el que los informantes convergen se explica en la idea de que el transporte colectivo no es suficiente, y no cumple las necesidades de los habitantes en Tláhuac.

Los informantes llevan alrededor de 25 años trabajando en las organizaciones de bicitaxis que se encuentran en Tláhuac. Refieren el inicio de este medio de transporte a principios de la década de los noventa cuyo antecedente inmediato son los bicitaxis del centro histórico. En los años noventa sucedieron cambios significativos en cuanto a las reformas en transporte. Al respecto se muestra el siguiente testimonio:

[...] Los bicitaxis nacieron aproximadamente en los años noventa, primero surgieron en el centro de la ciudad de México y después un señor vecino de nosotros lo trajo para acá, a la Delegación Tláhuac, y así fue como empezamos con este medio de transporte. La idea de los bicitaxis nació porque, aquí en la colonia no había transporte, y por la necesidad de poder transportar a todos los vecinos. Además de que todos los vecinos nos tenían la confianza de subirse con nosotros, poco a poco varios compañeros fueron acercándose a trabajar con nosotros, haciendo sus carritos [...]. (Informante 1)

Los informantes relatan su temporalidad laboral en este medio de transporte, destacan sus inicios con los bicitaxis y cómo posteriormente pasaron a trabajar con otro tipo de vehículos más evolucionados, debido a los problemas generados por su actividad:

[...] Yo llevo 20 años trabajando para la organización, es decir, desde el año de 1994. En mi base existen aproximadamente 90 vehículos trabajando. En los años noventa empezaron los vehículos con las bicicletas, hace como cinco y seis años empezaron los mototaxis y carros eléctricos. Desde que gobernó Salinas de Gortari no había fuentes de empleo y con la entrada de [López] Portillo al poder, hubo más desempleo, por ello empezó el trabajo

con los bicitaxis, las personas teníamos que ganarnos la vida de alguna manera. Primero comenzaron en el centro de la ciudad y luego lo trajeron para acá [...]. (Informante 3)

Se aclara que los bicitaxis surgieron por el desempleo, es decir, por falta de trabajos formales, de ahí la necesidad de optar por esta actividad. En un lapso de tiempo varias empresas quebraron y cerraron. Como consecuencia muchas personas se quedaron sin empleo y tuvieron que buscar otras opciones para satisfacer sus necesidades básicas. Cabe señalar que de esta actividad dependen un número considerable de personas.

[...] Esta es una fuente de trabajo para diferentes personas, como ancianos, mujeres, madres solteras, etc. Ya que en Tláhuac no existen empresas o instituciones que generen fuentes de trabajo para los habitantes de Tláhuac. Por ejemplo, Iztapalapa tiene diferentes empresas que generan fuentes de empleo sin tener que salir de su Delegación. Por ello tuvimos que buscar cómo ganarnos la vida, algunos habitantes de Tláhuac tienen que emigrar para buscar trabajo en otro lugar, pero otros empezamos a trabajar con los bicitaxis, como un medio de transporte [...] actualmente existen 34 organizaciones reconocidas por la delegación. Más de 7000 y 8000 familias dependen de esta fuente de trabajo, sólo hablamos de los que trabajan en esta actividad [...]. (Informante 2)

Otra de las razones por la que los bicitaxis se implementaron como medio de transporte público estriba en que, por su conformación urbana, la Alcaldía no cuenta con suficientes calles o avenidas primarias. A causa de ello, las personas deben caminar varias cuadras para llegar a una de las avenidas principales. La alternativa fue utilizar medios de transporte alternos desde los hogares a estas avenidas. Esta acción facilita el uso de los bicitaxis para recorrer pequeñas distancias. Otro punto destacable es que, para llegar a las escuelas, el mercado, la panadería, las tiendas, el tianguis, entre otros lugares, es más accesible tomar un bicitaxi, ya que por sus dimensiones pueden transitar por todos lados.

En general, la salud de los grupos vinculada a su labor es reconocida por los individuos que conforman los colectivos. Los informantes hacen referencia a las problemáticas de salud generadas por el cambio de un tipo de vehículo a otro:

[...] Comenzamos a ver que teníamos diversos problemas de salud como dolor en las rodillas, en la espalda, además de que se cansaban demasiado; pues ellos llevaban el peso del carrito y de las personas jalando e impulsándose con su propio cuerpo. Todo ese peso les afectaba su espalda y principalmente más cuando andaban en subidas, eso les costaba mucho trabajo y esfuerzo [...]. (Informante 1)

Debido a la identificación de esta problemática de salud, los bicitaxis fueron desplazados por mototaxis o carritos eléctricos. Sin embargo, puesto que los vehículos motorizados cuestan entre 25 y 30 mil pesos, no todos tenían la posibilidad de adquirirlos

y la mayoría de los que sí pudieron comprar, lo hicieron a través de créditos. Con esta transformación de bicitaxis a carritos eléctricos se mejoraron notablemente las condiciones de salud de los conductores que pudieron adquirirlos, reduciéndose los problemas osteomusculares. (Informantes 1, 2 y 3)

Las organizaciones de los bicitaxis se fundan frente a la necesidad de los grupos como una estrategia para exigir a las autoridades de gobierno y otras instancias, ayuda para mejorar sus condiciones laborales. Entre otras, estas formas de agruparse han coadyuvado a adquirir carros eléctricos que actualmente tienen un costo de \$50,000, o bien, motos de un valor entre \$15,000 y \$17,000 pesos o hasta \$25,000 cuando es en abonos. Además ha sido importante la organización porque ha generado empleos, e incluso permitido que diversos jóvenes adquieran una formación universitaria (Informante 3).

En Tláhuac, ser operador de bicitaxis implica uno de los primeros empleos al que tienen acceso los jóvenes, en la mayor parte de los casos es un medio para obtener recursos para poder seguir estudiando (Informante 2). En cuanto a algunos adultos que son jubilados o despedidos, con sus pensiones o liquidaciones compran los carritos para poder seguir trabajando. En el caso de las mujeres que trabajan estos vehículos, la mayoría es el principal generador de ingreso económico familiar.

Se puede observar que los informantes valoran el proceso de transformación de los bicitaxis a mototaxis o carritos eléctricos, reconociendo que tal cambio surgió principalmente por problemas vinculados a la salud de los trabajadores: dolores osteomusculares, espalda, hombros, rodillas. Al adquirir los carritos eléctricos mejoraron las condiciones de salud. Empero, no todos los conductores tenían la posibilidad de adquirir un carro debido al valor que tienen en el mercado.

No obstante al reconocimiento favorable de lo anteriormente mencionado, los informantes observaron algunas de las problemáticas que surgieron con la transformación de los bicitaxis, como que los mototaxis y carritos eléctricos emiten partículas contaminantes a la atmósfera:

[...] Setravi comenzó a intervenir, pero no logró quitarlos ni hacerles nada. A pesar de que actualmente siguen teniendo problemas pues quiere quitar a todos aquellos bicitaxis, que no pertenezcan a una organización; o que no cuenten con los documentos necesarios ni con los permisos [...].
(Informante 1)

Con respecto a su regularización, el gobierno no está interesado en trabajar o elaborar políticas públicas que permitan la regulación de éste y otro tipo de empleos (Informante 2). Al respecto, los trabajadores en este rubro no desean la regulación ya que tendrían que pagar impuestos (Informante 2). Dicho problema está generalizado en la Ciudad de México.

Un mecanismo de control sobre los conductores por parte de las autoridades es, por ejemplo, el requisito de pintar y arreglar sus vehículos. Por otro lado, las reglas y normativas les afectan porque muchos no tienen las posibilidades económicas de arreglar sus carros y poder pagar lo que la Alcaldía les demanda (Informante 2).

Los carritos se han convertido poco a poco en parte de la identidad de la región. En un primer momento la comunidad de Tláhuac los empleaba como parte de la diversión

comunitaria. Paulatinamente fueron cubriendo una necesidad que no había sido cubierta por las gestiones administrativas del gobierno local. Actualmente son vehículos que transportan de todo. Lo que significa que es un trabajo que no sólo beneficia a los conductores, sino también a los habitantes de las colonias o barrios:

[...] Al principio, las personas se subían por curiosidad porque los carritos llamaban mucho la atención de todos. Después fue adquiriendo valor, cuando ya se vio como una necesidad, cuando notaban que sí les hacía falta para poder trasladarse. Los bicitaxis empezaron transportando mercancía, bultos, etc. Y posteriormente se trasladaban personas, principalmente amas de casa con sus hijos [...] actualmente transportan de todo lo que se pueda [...] (Informante 1).

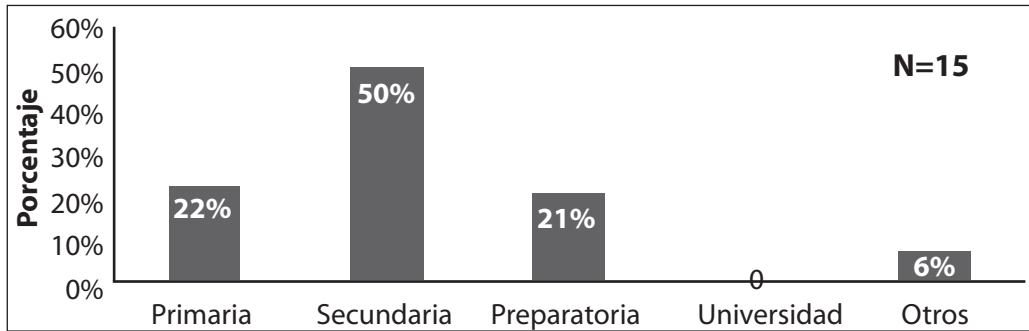
En resumen, se puede identificar a través de los testimonios de los informantes clave quienes reconocen que, si bien esta transformación de los vehículos incide en la mejora de las condiciones de salud de los conductores, provoca otras problemáticas y no logra resolver algunas ya existentes. Una de ellas es la contaminación atmosférica de partículas como uno de los problemas que ha generado este nuevo tipo de transporte. Las formas de organización y las diferentes políticas sobre el transporte no han podido ser regularizadas por los diferentes intereses económicos y políticos.

Ahora bien, para explorar las condiciones de salud y trabajo de un total de 147 trabajadores se encuestaron a 15 operarios de bicitaxis, quienes fueron los que aceptaron la invitación a participar en el estudio, para lo cual firmaron un consentimiento informado, este número representan un 10.2% del total.

Como resultado de dichas encuestas encontramos lo siguiente: se muestra que es una actividad esencialmente masculina (98%), con un promedio de edad de alrededor de 46 años. Los sujetos más jóvenes tuvieron 18 años, mientras que los más grandes 69 años. El 87% de los conductores tienen a su cargo entre dos y tres personas que dependen económicamente, habiendo casos que llegan a seis personas dependientes. Este hecho significa que los conductores tienen que ejercer esa actividad para sostener a las personas que tienen bajo su amparo.

Otros datos generales que se obtuvieron de la encuesta son que un 53% de los choferes son casados, el 20% pertenece a conductores divorciados que, a su vez, son los trabajadores con edad más avanzada.

GRÁFICA 1: NIVEL ESCOLAR



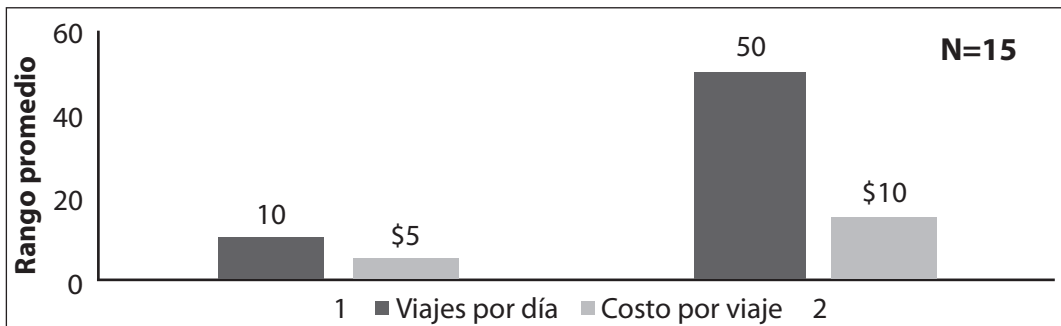
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud, 2014

Según los datos de la Gráfica 1, 50% de los conductores tiene estudios de secundaria y el 20% cursó el nivel medio superior. Estos datos comparados con el Programa Nacional de Desarrollo 2012-2015, arrojan resultados similares.

En lo que se refiere a los niveles de primaria y secundaria en Tláhuac, el porcentaje de cobertura es cercano al 75%, por lo que su índice de marginación sería bajo. El déficit mayor se presenta en la escolaridad de los niveles de enseñanza media superior y superior.

La remuneración más alta es de \$1,500 semanales (si trabajan todos los días) aunque el ingreso promedio semanal es de \$537.50, resultado de los viajes, costos e ingresos de la actividad. Los viajes que realizan por día son como máximo 50 y como mínimo 10. El viaje tiene un costo de \$5 hasta \$15 como máximo (Gráfica 2).

GRÁFICA 2: VIAJES Y COSTOS POR DÍA



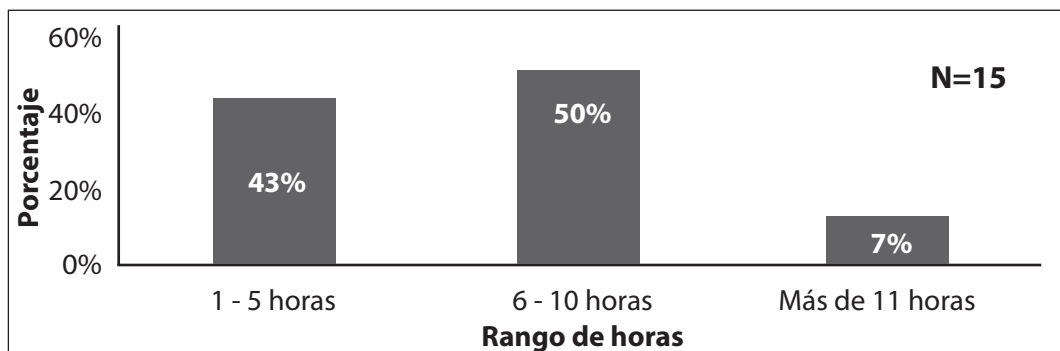
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud, 2014.

Otro resultado que se obtiene del análisis de los datos de las encuestas es que la mayoría de los conductores (67%) son propietarios de sus unidades.

En la Gráfica 3 se resalta que los conductores no cuentan con una *jornada* establecida, ya que trabajan varias horas al día y no tienen un horario para salir de trabajar.

El 43% conduce como mínimo 5 horas, mientras que el 50% conduce como máximo hasta 10 horas sin descanso y un 7% rebasando las 11 horas de trabajo sin descanso.

GRÁFICA 3: JORNADA LABORAL SIN DESCANSAR

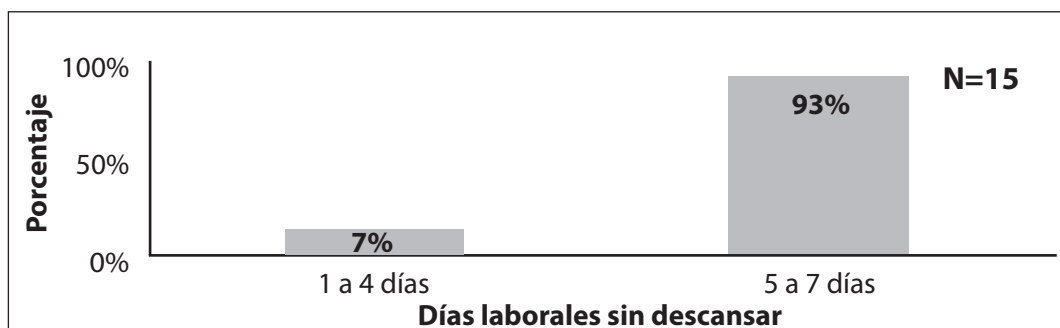


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud 2014.

Los choferes no cuentan con días fijos de descanso y tampoco con una hora establecida para comer. El 93% de los conductores trabajan como máximo de cinco a siete días a la semana, lo que significa que la mayoría de ellos no tiene día de descanso (Gráfica 4). A causa de ello pueden sufrir algún problema de salud, por el desgaste físico, mental y/o social, ocasionado por estar varias horas fuera de casa.

Lo anterior se vincula directamente con el salario, puesto que 85% de los trabajadores dicen carecer de un ingreso fijo, alargando así sus jornadas de trabajo para poder cubrir sus gastos familiares y satisfacer todas sus necesidades básicas.

GRÁFICA 4: DÍAS LABORALES DE TRABAJO



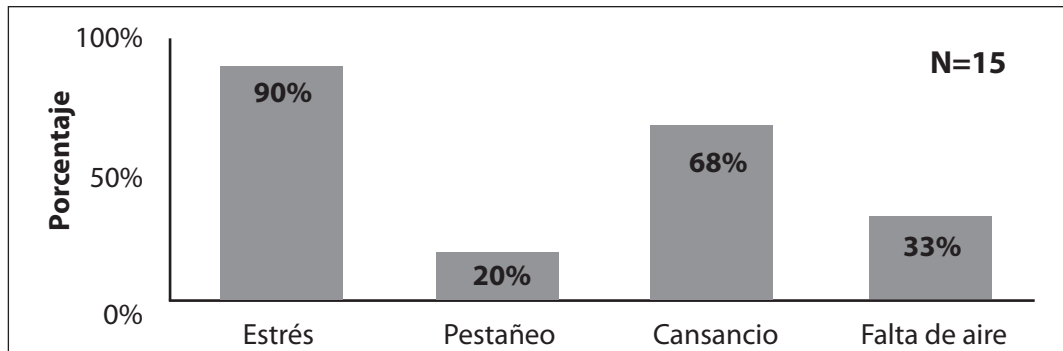
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud 2014.

El 64% de los conductores son dueños de sus unidades y el resto sólo son trabajadores de uno o diversos vehículos. El hecho de que los conductores sean dueños trae como consecuencia diversos beneficios, como mayores ganancias y mejores condiciones de vida.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede apreciar cómo los conductores sufren algunas molestias: cansancio, estrés, falta de aire y pestañeo (parpadeo

constante) (Gráfica 5), es decir, podemos identificar cómo los conductores sufren de algunos padecimientos generados por su actividad debido a la falta de condiciones laborales adecuadas.

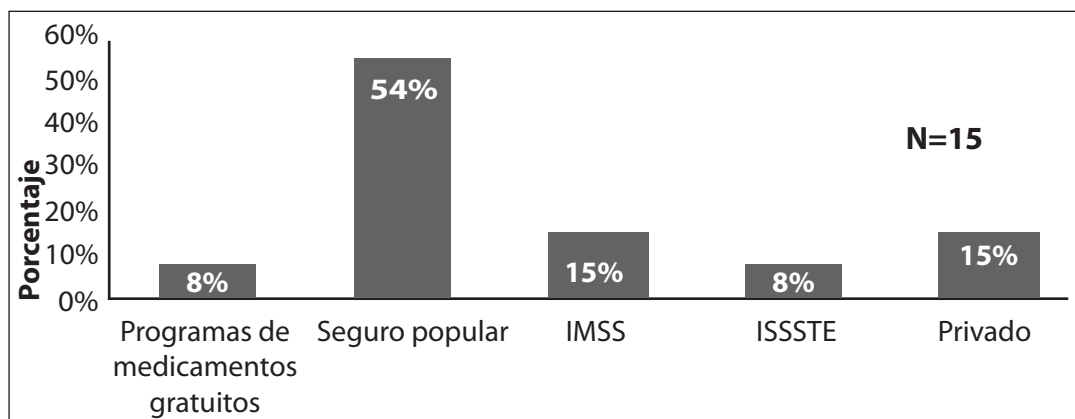
GRÁFICA 5: CANSANCIO Y FATIGA



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud 2014.

Los conductores que refieren acceso al Seguro Popular es 54%, seguido por los que tienen IMSS con un 15% y un 8% que son derechohabientes del ISSSTE (Gráfica 6). Estos dos últimos dependen de los empleos que tienen simultáneamente o porque son asegurados por sus hijos o alguna otra persona. Por último, 15% de los conductores no tienen acceso a alguno de los servicios. Los operarios de bicitaxis son un grupo que se encuentra desprotegido del acceso a los servicios de salud. Como resultado, los operarios no se encuentran totalmente protegidos en caso de accidente o de sufrir alguna enfermedad crónica-degenerativa.

GRÁFICA 6: TIPO DE SERVICIO MÉDICO

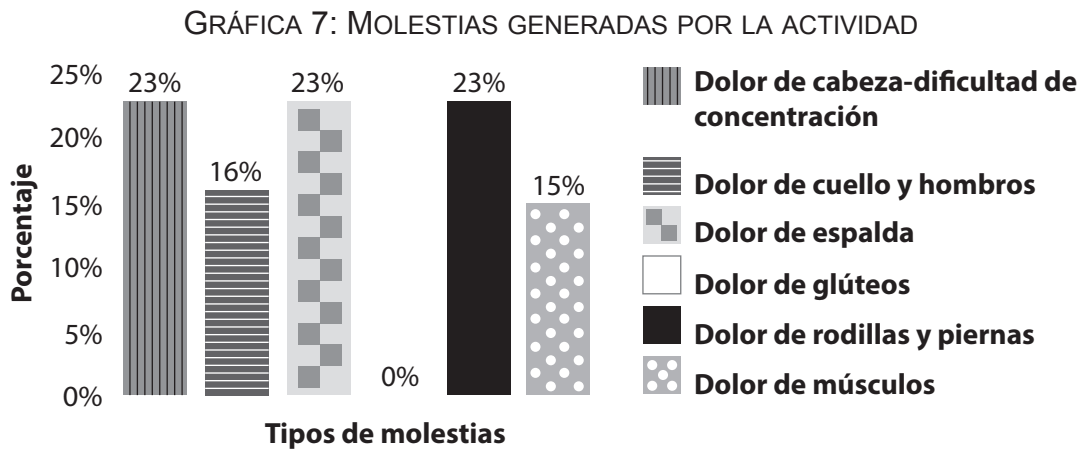


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud 2014.

Los resultados obtenidos a partir de la encuesta, permiten observar que los daños físicos a la salud son causados por la actividad desarrollada por los conductores. Si bien,

afirmaron no presentar alguna enfermedad, sí reconocieron sentir algunas molestias (Gráfica 7) como son: el dolor de cabeza-dificultad de concentración (23%), dolor de cuello y hombros (16%), dolor de espalda (23%), dolor de muslos (15%) y dolor articular en rodillas y piernas (23%).

De las molestias físicas que se encontraron en la encuesta se puede inferir que son generadas por la actividad laboral realizada, como el pedalear la bicicleta durante largas jornadas o accidentes por fractura o lesión corporal.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la encuesta sobre condiciones laborales y de salud 2014.

Otra característica que expresa cómo las condiciones de salud son determinadas por las condiciones laborales son las prácticas alimentarias, dado que cobran forma a partir de las exigencias propias de la actividad que se realiza. En este sentido, encontramos que una parte importante de los choferes consume habitualmente sus bebidas y alimentos en puestos callejeros y cocinas económicas. La disponibilidad y accesibilidad de consumir alimentos con alto contenido calórico por la presencia de ambientes obesogénicos y los llamados pantanos alimentarios podría causarles alguna enfermedad crónica degenerativa como la Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

En síntesis, se observa que los resultados obtenidos a partir de las encuestas muestran problemas de salud que son expresión de los riesgos y exigencias de la actividad de los operarios de transporte público (Navarro, B., 2004; Ahumada, L., Uribe, C., Acosta, J., 1999; Castillo, A., Galarza, B., Palomino, H., 2013; Olaya, M., 2014). Ya, en otros estudios publicados en revistas científicas se han relacionado los riesgos y las exigencias con los problemas que se encontraron en este trabajo. Por ejemplo, el dolor del sistema musculo esquelético (Olaya, M., 2014) está relacionado con la realización de movimientos repetitivos y de poca extensión; el dolor de cabeza con el ruido y los contaminantes a los que se exponen los trabajadores (Berrones, L., Rosales, R., Mejía, R., Bravo, E., 2010); el cansancio y fatiga que a su vez se relaciona con otras patologías como el estrés y la irritabilidad con las jornadas de más de 10 horas (Castillo, A., Galarza, B., Palomino, H., 2013).

Las propuestas inmediatas están relacionadas a mejorar las condiciones de vida individuales, pero es necesario en el medio y largo plazo regular las condiciones laborales y mejorarlas para optimizar las condiciones de salud de los operarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AHUMADA, L., Uribe, C., Acosta, J. (1999). Relación del estrés laboral con las condiciones de trabajo y las características sociodemográficas de trabajadores en la central de comunicaciones de una empresa de taxis. *Cuadernos hispanoamericanos de Psicología*, 8, 59-76. Recuperado de http://m.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/cuadernos_hispanoamericanos_psicologia/volumen8_numero1/articulo_4.pdf.
- ARANZAES, C., Juárez, A. (2008). Un estudio exploratorio sobre estresores laborales en conductores de transporte público colectivo en el estado de Morelos, México: Recuperado de http://www.factorpsicosociales.com/segundoforo/trabajos_libres/ARANZAES-JUAREZ.pdf.
- ASAMBLEA Legislativa del Distrito Federal, (17 de noviembre, 2013). Solicita ALDF a Setravi informe sobre bicitaxis y mototaxis. *Milenio*. http://www.milenio.com/politica/Solicita-ALDF-Setravi-bicitaxis-mototaxis_0_191980937.html
- BAEZ, A., Barragán, S. (2016) *Condiciones laborales y de salud de los choferes de bicitaxis en Tláhuac 2014-2015*. Tesis para obtener el grado de licenciatura en Promoción de la Salud, UACM.
- BERRONES, L., Rosales, R., Mejía, R., Bravo, E. (2010), Salud y condiciones laborales de los operarios del transporte público del Distrito Federal. 3er. Foro de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo. (s.l.).
- CASTILLO, A., Galarza, B., Palomino, H. (2013). Condiciones de trabajo y salud de mototaxis Cartagena-Colombia. *Salud Uninorte*. Barranquilla 29 (3), 2010, 514-524. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v29n3/v29n3a12.pdf>.
- LEAL, G., Alcocer G. (2017). Estrés en el trabajo y exigencias laborales. Según el tipo de contrato en una organización del ramo automotriz. México: Facultad de Contaduría y Administración UAQ. Recuperado de http://www.uaq.mx/investigacion/revista_ciencia@uaq/ArchivosPDF/v1-n2/Estres.pdf
- MIRANDA, E. (5, Febrero, 2019). El transporte de los Excluidos. <https://www.reporteindigo.com/reporte/el-transporte-de-los-excluidos-regulacion-servicio-ilegalidad-vehiculos-taxis-movilidad/>
- NAVARRO, B. (2004). *Los taxis en la Ciudad de México*. México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- OLAYA, M. (2014). *Prevención y Control de Lumbalgia en Profesionales de Transporte de Pasajeros*, Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias de la Salud, Pamplona, 52 p.
- PINO-Hidalgo, R. (12 de septiembre, 2017). Prohibir los bicitaxis: un error socioambiental. *Nexos*, (La brújula). <https://labrujula.nexos.com.mx/?p=1469>.
- Programa Delegacional de Desarrollo Urbano. (1997). <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Delegaciones/Tlahuac/TlaPro01.pdf>

III. CONDICIONES LABORALES Y DE SALUD DE LAS CONDUCTORAS DE TAXI DE LA CIUDAD DE MÉXICO.

Adriana Cortés Cortés¹
Roselia Arminda Rosales Flores²

■ INTRODUCCIÓN

En México, durante la década de los ochenta, los procesos de ajuste estructural, junto con el movimiento feminista iniciado en la década previa generaron cambios en la división social del trabajo; fenómeno importante que permitió la incorporación de las mujeres en espacios laborales que antes habían sido exclusivos de los varones.

No obstante, el conjunto de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres es un fenómeno que sigue existiendo y ha sido reportado en estudios nacionales e internacionales. Por ejemplo, la desigualdad en el acceso al empleo entre hombres y mujeres se mantiene con una diferencia de 24.8 puntos porcentuales para el 2012 (ONU Mujeres, 2015). La mayoría de los estudios para medir la desigualdad salarial entre hombres y mujeres no abordan otros elementos como son: el capital cultural, las redes sociales, el capital simbólico, político y la ocupación (Araújo, A., 2015). Los resultados que se obtienen al tomar en cuenta estos factores es que la brecha salarial «[...] es mayor en el primer o en el último decil de ingresos y, si tiende a aumentar o disminuir con el nivel de la escolaridad femenina y con otros factores que influyen en los ingresos salariales [...]». (Araujo, A., 2015, p. 289)

Las principales características que configuraron el nuevo contexto social es la pauperización de las condiciones de vida de las mujeres, la caída de los salarios, la inestabilidad del trabajo de los hombres y el papel de la mujer en muchos hogares como la principal proveedora de ingresos o con contribuciones equivalentes al ingreso de los hombres. Al no tener acceso a servicios de salud y dada la expansión de credenciales educativas de las mujeres, aunado a los procesos anteriores se configura un nuevo panorama para las mujeres, el cual se define a partir del concepto de la feminización de la pobreza.³ Lo mencionado concuerda con el dato que refiere el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) sobre la media del ingreso real de las mujeres ocupadas en comparación con los hombres en el lapso del 2005 al 2017, lo que perciben las mujeres por su trabajo es inferior a lo que reciben los hombres (INEGI, 2018, pp.130-157). Esto es uno de los elementos

¹ Licenciada en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

² Profesora- Investigadora de la Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

³ Entendiéndose por feminización de la pobreza el aumento en el nivel de pobreza que muestra una tendencia de desigualdad contra las mujeres o de los hogares a cargo de mujeres.

en que se puede demostrar la desigualdad entre ambos sexos y es sustento de la pauperización femenina.

Otros procesos sociales vinculados a lo anterior son los cambios en las estructuras familiares, el aumento de la tasa de divorcios y de los hogares mono-parentales con jefatura femenina (INEGI, 2018). Estos factores son algunos por los que las mujeres necesitan o deciden insertarse al trabajo asalariado. A pesar de las políticas sociales y de salud para mejorar las condiciones de vida de las mujeres, se pueden observar en los hechos concretos, que sigue existiendo exclusión y discriminación.

Por lo general, la participación de la mujer en el campo laboral se da principalmente en sectores manufactureros y de servicios. Aunque cada vez las mujeres ocupan espacios en la agricultura, la ganadería y la construcción. Sin embargo, hay espacios que siguen siendo esencialmente masculinos, por ejemplo, el sector del transporte público.

Este sector laboral está plenamente identificado con la masculinidad (Aguilar, J., 2003). El ser transportista o conductor de transporte público tiene un significado supuesto de aventura, potencia, fuerza, autonomía, competencia y habilidades desarrolladas que se usan y son identificadas como oficio de la esfera pública. Sin embargo, existe un grupo de mujeres que se encuentra en el sector de transporte público —tradicionalmente masculino— y que son el objeto de estudio de esta investigación, toda vez que, su actividad laboral y sus condiciones de vida no han sido suficientemente investigadas y, por lo tanto, se carece de información acerca de este nuevo giro de la actividad femenina en México.

■ METODOLOGÍA

Se construyó una encuesta para indagar las condiciones de laborales, condiciones de salud, sus estilos de vida y condiciones materiales de vida de las operarias de taxi. La encuesta estuvo conformada por 76 preguntas con variables fijas, por lo que la información que se recabó es descriptiva, transversal y observacional. Asimismo, el universo de la investigación se determinó por las 2,947 mujeres que se dedican a conducir un vehículo tipo taxi del Distrito Federal (Setravi, 2010).⁴ El muestreo fue de tipo bola de nieve, ya que no se pudo obtener información de gabinete sobre las bases de taxis para poder establecer una muestra aleatoria. Se realizó la búsqueda en las avenidas de la ciudad, a las trabajadoras encontradas se les solicitó información sobre bases de taxis y lugares donde usualmente esperan su pasaje otras mujeres taxistas. Se trabajó durante cuatro meses en un horario de 8:00 a 14:00 horas y se logró encuestar a 80 trabajadoras, dando como resultado un error muestral de 0.10 en un intervalo de confianza de 95%.

Una vez recolectada la información, previamente firmado el consentimiento informado, se descargaron los datos en hojas de cálculo y para su análisis se calcularon porcentajes. No está de más señalar que al ser un estudio transversal, no permite valorar la temporalidad del efecto o variable dependiente y la causa o factor de riesgo.

⁴ Solicitud de información pública número 0110000010610, STV/DGSTPIPDF/DT/148/10 expedida el 16 de febrero de 2010 pidiendo información a la Secretaría de Transporte y Vialidad.

■ RESULTADOS

Las ochenta trabajadoras encuestadas muestran los siguientes datos generales: 1.25% tienen menos de treinta años de edad, la mayoría (77.50%) tienen más de cuarenta años —incluyendo 5% mayores de 65 años— con un promedio de 46 años de edad; 75% no tienen pareja o apoyo en el hogar —madres solteras, viudas y divorciadas— es decir son jefas de familia y 5% sus parejas son desempleados o se dedican al hogar. Respecto a la educación, 13.75% tienen sólo primaria o secundaria trunca, 42.50% secundaria o bachillerato trunca, 38.75% preparatoria, nivel técnico o carreras trucas y 5% concluyeron la universidad con un promedio de 10.59 años de estudio. En cuanto a estado civil, 8.75% son casadas, 11.25% viven en unión libre, 18.75% están divorciadas, 11.25% viudas y 35% solteras, 85% de trabajadoras son madres con un promedio de dos hijos.

En la dimensión laboral, en promedio tienen 13.94 años dedicándose a conducir taxis; 45% son dueñas de su propio vehículo desde hace 12.8 años, con un ingreso promedio semanal de \$1,435.26 pesos (\$76 USD para febrero 2019), con jornadas diarias de 11.08 horas, 6.03 días a la semana; 98.75% no tienen vacaciones pagadas; 12.5% tienen ahorro para el retiro, del total, sólo 5% tienen esta prestación por otro trabajo y el resto lo realiza de forma voluntaria; sólo 2.5% firmaron algún tipo de contrato laboral y 12.5% tienen otro trabajo.

Sobre la satisfacción subjetiva, sólo 5% se siente presionada por su jefe o supervisor de la base, 27.50% cree que nunca o pocas veces su trabajo es valorado por el dueño del vehículo; 48.75% cree que su ritmo de trabajo es excesivo y 66.25% piensa que no tiene la remuneración que merece. Aunque 96.25% cree que su trabajo es agradable, 53.75% quisiera cambiar de actividad; 31.25% piensa que su trabajo siempre o frecuentemente es estresante; 35.55% trabaja en una base, de ellas sólo 7.69% están insatisfechas con la organización de la base, aunque 42.31% son indiferentes (ni satisfactorio ni insatisfactorio) y 10% tiene relaciones muy o bastante malas con sus compañeros; 6.25% piensa que su vida es poco feliz y 8.75% piensa que su tiempo libre es insatisfactorio.

Respecto a lo que les molesta de su trabajo, se preguntó de forma abierta y solo 11.25% contestó que nada, el resto indicaron una o más causas de molestia, principalmente: el tránsito (36.25%), los baches y condiciones del pavimento (26.25%), la discriminación (13.75%), los pasajeros groseros (11.25%) y los policías de tránsito (5%).

En relación con la seguridad y los riesgos de trabajo, 50% han tenido uno o más accidentes de tránsito (1.76 siniestros en promedio) y bajo el supuesto de que las infracciones al reglamento de tránsito son accidentes potenciales o situaciones de riesgo, se encontró que 52.50% han sido penalizadas con 1.28 infracciones promedio en el último año. Por otro lado, respecto a la seguridad pública se tiene que 56.25% han sido víctimas de la delincuencia: robo con golpes (10%), con armas blancas (26.25%), con armas de fuego (16.25%) o con amenazas (1.25%).

En relación con la salud, 48.75% declara tener alguna enfermedad, principalmente relacionadas con el síndrome metabólico, —diabetes 21.25% e hipertensión 18.75%— cáncer y otras enfermedades (1.25%). De las trabajadoras, 71.25% tienen acceso a servicio médico, 46.25% al Seguro Popular; otro 20% tiene seguridad social del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), distribuido en 17.25% y 2.50% respectivamente. Es

importante mencionar, de las que declaran estar enfermas, 35.90% no tienen acceso a ningún servicio de salud y no están en tratamiento médico. Además, 21.25% se han quedado dormidas mientras conducen y cerca de la mitad padecen somnolencia y fatiga; 51.25% ronca, 57.50% ha pestañado, además de presentar dolores de cabeza o dificultad de concentración (17.5%), que pueden ser manifestaciones del estrés, y padecimientos músculo esqueléticos como dolor de cuello y hombros (51.25%), dolor de espalda (21.25%), dolor de glúteos (6.25%) y dolor de rodillas y piernas (3.75%).

Por otro lado, de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), 42.5% de las trabajadoras se encuentran con sobrepeso y 30% con obesidad, cabe aclarar que los datos son referidos por las encuestadas por lo que tienen sesgos; respecto a los hábitos y estilo de vida declara un 35% preparar sus alimentos y comer en casa, 56.25% comen en puestos en la calle y 8.75% en cocinas económicas, principalmente acompañados de bebidas con alto contenido de endulzantes, como refrescos que son consumidos por 67.5% del grupo, en mayor medida por las trabajadoras que comen fuera de casa (53.75%); 62.50% nunca hacen ejercicio y sólo 16.25% hacen ejercicio más de dos veces por semana, además de que 42.50% fuma un promedio de 5.05 cigarros por día.

En las trabajadoras de taxis se puede observar que su actividad como la de todos los operarios es de movimientos repetitivos lo que está asociado a problemas musculares, sobre todo de rodillas, brazos y codos. Por las características del trabajo, básicamente que pertenece a la informalidad, las operarias tienen jornadas más largas.

Respecto a los padecimientos de salud y problemas músculo esqueléticos, los resultados mostraron coincidencias con otros estudios que se revisaron (Tovalín, H., Lazcano, F., 1991; Tse, J. L., Rhona, F., Mearns, K., 2006), sin embargo, existen diferencias respecto a los servicios de salud ya que sólo 28.75% no tienen acceso a ningún sistema de salud, 8% recurre al seguro popular y 18% tienen seguro social. Estos datos concuerdan con los del Censo y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) que indican que entre el 31.3% y 33.8% de la población total del país no tienen ningún tipo de seguro (Laurell, A., 2013). Con respecto a las jefaturas femeninas, los datos de la ENIGH indican que el Seguro Popular es el tipo de aseguramiento con el porcentaje más bajo (18,5%), seguido de la seguridad social con 19,5% mientras que los no asegurados tiene el porcentaje más alto 22, 5% (Laurell, A., 2013) datos que concuerdan con la población estudiada.

En conclusión, de acuerdo con el proceso de la globalización y las políticas neoliberales, en la actualidad se vive una transformación social en la que predomina la estratificación social y nuevas relaciones sociales. Por ejemplo, la transformación social que se vivió en las familias cuyo sostén descansaba principalmente en el hombre ha mutado a la proliferación de familias donde el sustento es la mujer, entre otras posibilidades, es decir, empezaron a haber diferentes modelos familiares.

Asimismo, el cambio de los roles sociales y la transformación económica del país son algunas de las causas por las que las mujeres entraron al contexto laboral, aunque de forma desigual en comparación con los hombres; el aumento en la desigualdad de género se dio, por ejemplo, en la exclusión laboral. El trabajo que se desempeña en casa (labores domésticas) es gratuito por lo que se realiza una doble jornada al sumar el trabajo fuera de casa para obtener recursos para su sustento. También ha aumentado el trabajo informal femenino, la mayoría de las veces con un pago tan bajo

que no cubre las necesidades básicas; aunado a esto, la carencia de derechos laborales pronuncia una desigualdad económica, política, social y de género. Sin embargo, en el ámbito laboral del transporte público se puede inferir que ambos, operarios y operarias taxistas, tienen una cuota similar, ya que dependen de la propia exigencia laboral que ellos o ellas se imponen para llegar a una cuota cuando son dueños o al monto que les pide el dueño o la dueña del vehículo, es decir, depende de la cantidad de viajes que hagan por día. Asimismo, por la naturaleza de la propia informalidad del trabajo de las operarias de taxi, no cuentan con seguridad social ni prestaciones laborales.

La metodología utilizada en este análisis fue a través de la aplicación de una encuesta que contenía variables para estudios descriptivos y analíticos, con el cual se obtuvieron datos de forma cuantitativa. La encuesta se estructuró para obtener datos cuantitativos y poder contrastarlos tratando de dar una explicación integral para caracterizar las condiciones laborales de las mujeres taxistas. Sin embargo, para hacer un estudio más profundo sobre categorías específicas de salud y sobre el concepto de género, se necesitaría más tiempo para aplicar entrevistas a detalle, recopilar historias de vida, hacer énfasis en el capital cultural, realizar estudios antropométricos, emplear cuestionarios tradicionales sobre cómo son los estilos de vida además de aplicar estudios bioquímicos. En este caso no se hicieron estos estudios por falta de recursos, viabilidad y factibilidad.

Algunas de las líneas que deja abiertas este trabajo fueron expresadas por las mismas operarias al momento de la aplicación de la encuesta. Quedan en el tintero aspectos de sus historias de sus vidas como, por ejemplo, que el trabajo es pesado pero les agrada porque pueden acomodar el tiempo de trabajo a su conveniencia, aunque deben soportar insultos en la vía pública; algunas de ellas expresaron que en su casa las admiran por tener ese trabajo, pero otras comentaron que sus familiares les dicen que si les pasa algo es su culpa; el simple hecho de estar en una base de taxis donde la mayoría son varones ya constituye un problema porque, como una operaria afirmó que prácticamente no platica con sus compañeros para que no la etiqueten, porque en su opinión «una mujer de familia no hace eso». Asimismo, en la aplicación de la encuesta con otro grupo de mujeres taxistas trascendió que se están organizando para luchar por sus derechos sociales, políticos, etcétera; fueron diversos los relatos que se dieron durante el trabajo de campo. La encuesta que utilizamos ya fue ocupada previamente en la investigación de Berrones, L., y Rosales, R., (2011) y resultó fundamental porque caracterizó las condiciones laborales, la satisfacción laboral, el grado de estrés, las condiciones de salud y permitió cubrir de manera satisfactoria los objetivos.

De acuerdo con los resultados, se propone que las mujeres taxistas conformen un grupo organizado para exigir sus derechos sociales como, por ejemplo, tener seguridad social; a los grupos ya formados de mujeres taxistas darles herramientas sobre conocimientos o reforzamientos de sus derechos. La actividad de operar un taxi se requiere descanso para disminuir los riesgos de accidentes, para lograrlo tienen que disminuir su jornada laboral, lo cual repercutiría en su ingreso diario, por lo que se propone hacer un intercambio de experiencias entre ellas sobre medidas de ahorro para llegar a un equilibrio y poder aplicarlo en la vida cotidiana, no olvidando sus otras actividades domésticas (doble jornada). También se considera útil que se impartan talleres sobre cómo sobrellevar el estrés en el lugar de trabajo, que en este caso es su unidad, es decir, se

propone un intercambio de actividades para disminuir el estrés en el día. La promoción de la salud se estudia desde diferentes perspectivas buscando ser transdisciplinaria ya que se puede observar desde varias representaciones el objeto de estudio. Esta investigación se realizó con base a la perspectiva sociohistórica que permite valorar el perfil salud/enfermedad de las operarias, así como caracterizar sus condiciones de trabajo. Al indagar sobre las categorías abordadas en esta investigación, se trató de contribuir con la sociedad indagando desde una mirada social y partir de una dimensión política y económica la manera en que estas influyen en la salud de los grupos sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, J. (2003). Masculinidades, choferes y espacio urbano en México. *Convergencia*, 10 (33), 201-224.
- ARAÚJO, A. (2015). La desigualdad salarial de género medida por regresión cuantílica: el impacto del capital humano, cultural y social. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México. Nueva Época, año LX, núm. 223, enero-abril de 2015, pp 187-216.
- BERRONES, L., Rosales, R. (2011). Condiciones laborales y de salud de los choferes de taxi y microbús del Distrito Federal. (UAM-X, Ed.) *Salud Problema , Segunda época* (9), 18-25.
- CORTÉS, A. (2012). *Trabajo y salud de las operarias de taxi en el Distrito Federal*. México: Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- GODF. (9 de agosto de 2010). Aviso por el que se da a conocer el inicio del programa para la prestación del servicio de transporte público individual de pasajeros en el Distrito Federal, denominado "taxi rosa". *Gaceta Oficial del Distrito Federal* , págs. 4-6.
- INEGI (2018) *Media del ingreso real de las mujeres ocupadas en comparación a los hombres en el lapso del 2005 al 2017*, pp. 130-157
- LAURELL, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO. <http://biblioteca.clacso.edu.ar>
- ONU Mujeres (2015) <http://www.unwomen.org/es/news/in-focus/mdg-momentum>
- SEMOVI. (2014). *Contestación INFOMEXDF no. 0110000160214 en relación a la emisión de licencias tipo B*. Ciudad de México: Secretaría de Movilidad.
- SETRAVI (2010) Solicitud de información pública número 0110000010610, STV/DGSTPIPDF/DT/148/10 expedida el 16 de febrero de 2010 pidiendo información a la Secretaría de Transporte y Vialidad.
- TOVALIN, H., y Lazcano, F. (1991). Las condiciones de salud de los conductores de autotransportes urbanos de pasajeros de la Ciudad de México. *Boletín Oficial Sanit Panam*, 111 (4), 324-332.
- TSE, J., Rhona, F., Mearns, K. (2006). Bus driver well-being review: 50 years of research. *Transportation Research Part F* , 89-114.

IV. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS Y SALUD: ESTUDIO DE CASO DE OPERARIOS DE MICROBÚS DE LA CIUDAD DE MÉXICO¹

Daney Sánchez Fernández²
Christian Molotla Jiménez²
Roselia Arminda Rosales Flores³

■ INTRODUCCIÓN

A diferencia de otras transformaciones epidemiológicas los cambios en el perfil patológico han sido de los más rápidos a nivel mundial, por ejemplo de 1980 a 2000 se identificó un incremento de 47% en mortalidad por diabetes mellitus tipo 2 (DMII), pasando de ser la novena causa de mortalidad en 1980 a la tercera en 1997 y a la segunda en el país en 2010 con cerca de 83,000 defunciones (Rivera Dommarco J., 2013). En México, el perfil epidemiológico ha cambiado en las últimas décadas: de las enfermedades carenciales como la desnutrición y las enfermedades infectocontagiosas se transcurrió a enfermedades crónico degenerativas: la diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares (ENSANUT, 2012).

En este contexto, diversos estudios ven a la obesidad y su relación con la morbilidad y mortalidad desde una perspectiva donde se considera que la relación varía en función de cómo el individuo se involucra con su medio ambiente, considerando la educación, lugar donde habita, acceso a los servicios, campo laboral, entre otros (Cenetec, 2012; Cruz M., Tuñón E., Villaseñor M., Álvarez, G., y Nigh, R., 2013; Figueroa, D., 2009). Estos análisis han manifestado que las diferencias socioeconómicas, educacionales y el acceso a la información, influyen para la elección de una dieta adecuada o no.

La occidentalización, la globalización y la flexibilización laboral, los procesos de urbanización, el incremento de la jornada laboral para obtener mayores salarios y por lo tanto mayor número de comidas fuera de casa y las crisis económicas han provocado modificaciones en las prácticas alimentarias y de consumo (Stiglitz, J., 2007) y a su vez han ocasionado fenómenos relacionados con la polarización de los perfiles patológicos aumentando la prevalencia del síndrome metabólico y otras enfermedades crónico-degenerativas en ciertos grupos. Esta polarización epidemiológica revela las desigualdades en salud en los grupos debido a las desigualdades sociales (Breilh, 1989).

La obesidad y el sobrepeso son un problema de salud pública importante; en nuestro país como en el resto del mundo existen diversas políticas, programas y acciones para resolver este problema (OMS, 2017). Desde 1975 la obesidad se ha triplicado en

¹ Agradecemos a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y a la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITI) por el financiamiento para la realización del proyecto PI 2013-37R.

² Licenciados en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

³ Profesora- Investigadora de la Licenciatura en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM)

todo el mundo (OMS, 2017). En 2014 el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso y 13% eran obesas (OMS, 2016).

Los determinantes sociales de la salud (DDSS) permiten explicar y comprender la complejidad de los procesos de salud/enfermedad en torno a la obesidad y el sobrepeso (López, O., Escudero, J., Carmona, D., 2008). Una de las principales categorías conceptuales de los DDSS que explica este Proceso salud/enfermedad (PSE) son las formas de la reproducción material de los grupos. Las variables que permiten explorar estas categorías y que utilizamos en este trabajo son las condiciones laborales y su determinación en las prácticas de consumo, es decir, las formas de satisfacer las necesidades básicas: salud, educación, vivienda, servicios públicos, espacios recreativos, así como el acceso a una alimentación.

La forma como los grupos humanos acceden al alimento, así como las expresiones biológicas de este acceso son —en un principio— resultado de la articulación entre procesos sociales y los determinantes sociales. Los procesos políticos, económicos y culturales se deben considerar en la determinación de los PSE particularmente en el caso de la obesidad y sobrepeso (Rivera, J., 2007).

Desde la salud colectiva los procesos de producción, comercialización, accesibilidad y distribución de los alimentos, así como el valor nutritivo son elementos importantes para el análisis de los PSE (Rivera, J., 2007).

Se parte de la idea que el acceso a los satisfactores para cubrir las necesidades básicas es desigual. En términos generales, la satisfacción de las necesidades básicas se puede realizar en tres dimensiones: (1) el Estado a través de las políticas sociales; (2) el mercado, para lo cual es necesario tener capacidad de pago y el salario es el principal medio para ello; (3) la familia en la cual se realizan una serie de estrategias para lograrlo, cuando a través de las dos anteriores dimensiones no se pueden satisfacer (Andersen, 1990). En particular, la accesibilidad al alimento en cantidad y calidad adecuadas determina los niveles de nutrición; de ahí que los grupos tengan un acceso diferencial a los alimentos de acuerdo a las formas en que se insertan en los medios de producción de la misma manera y, en consecuencia, sus patrones de consumo son heterogéneos, por consiguiente, el acceso a los alimentos se da de manera diferencial al interior de las sociedades (Rivera, J., 2007).

En el actual aumento sobre la prevalencia de la obesidad tiene un gran peso el proceso de urbanización y en consecuencia la modernización de la dieta. Se ha adoptado un modelo occidental de consumo que, en términos de salud, el costo económico y ecológico es poco deseable (Rodríguez, H., 2004). En los hogares la falta de alimentos con valor nutricional se da principalmente cuando el salario es restringido y cuando el tiempo es limitado para preparar alimentos: la pobreza y la urbanización influyen en la inseguridad alimentaria.⁴ La población con menores ingresos es más vulnerable, sobre todo la urbana, ya que depende de la compra de alimentos para sobrevivir (Del Ángel, A., 2014).

⁴ La seguridad o inseguridad alimentaria está dada por las condiciones disponibles de alimentos, la capacidad física y económica de la población para tener acceso a ellos, y el uso adecuado y responsable o no de los recursos en contexto propicio para satisfacer las necesidades nutricionales. <https://www.ciad.mx/estudiosociales/index.php/es/article/view/139/98>

Los salarios por abajo del mínimo no son suficientes para la compra de la canasta básica, se suman además jornadas largas que obligan a los trabajadores a comer fuera de casa, lo que hace que se invierta más dinero en la compra de alimentos preparados. De ahí que muchas veces los trabajadores ven restringidas sus decisiones y prácticas alimentarias en relación con el tiempo que disponen para alimentarse y por su salario. Los alimentos hipercalóricos e industrializados cumplen con esas dos situaciones: son rápidos de obtener y baratos. No obstante cubren las necesidades calóricas, pero no las nutricionales. En este sentido, en este estudio buscamos conocer las prácticas alimentarias y las condiciones de salud de los operarios de microbús de la Ruta 1. Los operarios de transporte público —en general— tienen condiciones laborales particulares: trabajan jornadas de 10 a 12 horas, con recesos de 15 a 30 minutos que aprovechan para ingerir alimentos y que por lo general lo hacen en las áreas donde trabajan; el salario depende de los viajes que realizan, no tienen acceso a la seguridad social por no ser un empleo formal y por lo tanto, el acceso a los servicios de salud está limitado a los privados, o bien, públicos, como el Seguro Popular o el Programa de Medicamentos y Servicios de Salud Gratuitos (Berrones, L., Rosales, R., 2010; López, L., Hernández, J., Ordóñez, E., 2014).

Tomando en cuenta estas consideraciones se realiza el estudio cuyo objetivo es indagar en las prácticas alimentarias y las condiciones de salud de los operarios de transporte público de mediana capacidad.

■ METODOLOGÍA

Se trata de un estudio realizado a los trabajadores del volante de la Ruta 1 en la Ciudad de México. Los encuestados consintieron de manera informada a través de su firma, la aplicación de dos cuestionarios sobre prácticas de consumo y parámetros antropométricos con el fin de calcular el Índice de Masa Corporal (IMC) y el Índice Cintura-Cadera (ICC). Se indagó sobre las condiciones de salud para determinar cómo se asocian estas medidas y el perfil patológico de los conductores de microbús de la Ruta 1 Chapultepec - Pantitlán, Tacuba - Central de Abastos, Caballo Zaragoza.

El total de conductores no se conoció con exactitud; al no contar con esa información no fue posible calcular una muestra que permitiera generalizar los datos obtenidos en esta investigación. La población encuestada, previo consentimiento informado, corresponde a la que se encontraba en el paradero de Tacuba y Chapultepec, en un horario de 10 a 16 h. Por estos inconvenientes en el diseño del estudio y de la muestra, los datos obtenidos sólo permiten inferir las condiciones y hábitos que tienen los conductores, que fueron incluidos en la muestra. Se realizaron 100 encuestas de las cuales se hizo el análisis de 91, el resto fue descartado por inconsistencias en los datos. El intervalo de confianza fue de 95%, con un margen de error de 0.103 y coeficiente de variación de 15.84%, ya que como no conocemos el tamaño de la población de conductores de microbús de la Ruta 1, calculamos las medidas de variación para la muestra.

El trabajo de campo de este estudio se realizó con conductores de microbús exclusivamente de la Ruta 1, pues contábamos con el contacto del personal que gestiona y administra esta ruta. Las dificultades para contactar con los administradores y gestores

de otras rutas para hacer estudios comparativos no se lograron solventar, por ello se decidió estudiar este grupo en particular. Lo importante para el análisis de datos es que comparten el contexto y el ambiente en el que se desenvuelven por su actividad. Eso hace posible que se configure como un colectivo con características particulares y que se pueda construir un perfil patológico de grupo. De ahí que los criterios de inclusión para el estudio consistieron en que pertenecieran a esta ruta y que tuvieran disposición a participar. Un elemento importante para la factibilidad del estudio al seleccionar la Ruta 1 fue que conocemos a un conductor de microbús de la misma, quien fue pieza fundamental para que esta investigación se realizara ya que facilitó la organización con el grupo de conductores que fueron encuestados.

Como ya se dijo se aplicaron los instrumentos a conductores de microbús de la Ruta 1 en la base de Tacuba y Chapultepec, se eligieron esos ramales dado que corresponden al mismo recorrido y fueron sugeridos por su representante; asimismo, el espacio que hay en estas bases es más seguro y adecuado para realizar las encuestas y tomar las medidas antropométricas.

El momento que aprovechamos para aplicar las encuestas a los conductores fue cuando se formaron en la base para posteriormente hacer otro recorrido, y permanecían ahí de 10 a 15 minutos; las instalaciones de estos paraderos facilitaron nuestra investigación sin ningún riesgo.

Al interior de los microbuses se aplicaron las encuestas de hábitos dietéticos, antecedentes patológicos personales y medidas antropométricas. La realización de las encuestas fue en días alternos de la semana, para que se aplicaran los instrumentos a diferentes operadores con el fin de que fuera al azar. En la base de Tacuba se aplicaron 54 encuestas y en la de Chapultepec 46.

Las encuestas fueron aplicadas por estudiantes de la UACM-San Lorenzo Tezonco de la Licenciatura de Promoción de la Salud y estudiantes de Ingeniería que colaboraban en el proyecto de «Choferes de taxi y microbús: su trabajo y su repercusión en la movilidad».

Posteriormente se hizo un análisis de resultados, y a cada operario se le entregó una tarjeta con sus resultados; se incluyó un comentario sobre sus hábitos alimenticios y cómo poder mejorarlos, con el objetivo de desarrollar habilidades individuales que beneficien el desarrollo personal y social con base en la información que se les proporcionó, incrementando las alternativas para que ejerzan un mayor control sobre su salud y tener una mejor calidad de vida.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se aplicaron dos encuestas:

1. Encuesta de datos antropométricos: la medida fue realizada por una sola persona para reducir el sesgo en la medición de talla (estatura); esta medida fue consultada con el encuestado, además se obtuvieron mediciones de peso, talla y circunferencia de cintura por personal capacitado y estandarizado, para tal cometido se utilizaron protocolos convencionales e internacionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El peso se midió con una báscula. La clasificación para categorizar el IMC fue la de la OMS que propone cuatro categorías: Desnutrición ($<18.5 \text{ kg/m}^2$), Normal

(18.5 a 24.9 kg/m²), Sobrepeso (25.0-29.9 kg/m²) y Obesidad, esta última a su vez clasificada en: Obesidad leve (30.0 a 34.99 kg/m²), Obesidad media (35.00 a 39.99 kg/m²) y Obesidad mórbida (\geq de 40.00).

2. Para indagar sobre los hábitos alimentarios se aplicó la encuesta de conducta alimentaria.

Se utilizó una encuesta para indagar los hábitos alimentarios. También se diseñó otro instrumento para conocer sobre antecedentes patológicos, en el cual se solicitó información al encuestado sobre su situación de salud.

La toma de peso se realizó de acuerdo con las siguientes indicaciones: se les pidió a los conductores de microbús que se encontraban en el paradero dentro de su unidad, que se subieran a la báscula para saber su peso y tomar sus datos, no se les pidió que se quitaran el calzado para subir a la báscula debido a que la mayoría de las personas no les agrada quitarse prenda alguna, por este motivo lo que hicimos fue quitar 1 Kg del peso de las prendas, esto, después de obtener el resultado del peso de cada conductor encuestado; durante este proceso el personal capacitado de la UACM les hizo preguntas en relación con sus hábitos alimenticios y sus antecedentes patológicos. Al mismo tiempo se les explicó el propósito y objetivos de este estudio, el cual fue elaborado para buscar alternativas que mejoren su desempeño laboral y condiciones de salud.

Las mediciones del Índice Cintura Cadera (ICC) y el Índice de Circunferencia de Cintura (CCI) fueron obtenidas con cinta métrica midiendo la circunferencia de cintura y cadera de los conductores, estas mediciones fueron fáciles de obtener debido a que el personal que midió la antropometría de los conductores fueron de sexo masculino, lo que facilitó que los conductores se sintieran más cómodos y accedieran a dejarse medir con más confianza.

La medición y resultados de la presión arterial se obtuvieron con el baumanómetro manual, mientras se tomaba la presión se le explicó brevemente al conductor que una presión arterial normal es un valor de 120/80 mm/Hg y si su presión arterial sobrepasaba este valor y llegaba a ser \geq 140/90 mm/Hg se tiene riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares provocadas por la hipertensión arterial.

Para indagar referencia a alguna enfermedad crónico-degenerativa se consideró que los choferes cuentan con referentes pertinentes, dado que asisten a capacitación al Centro para el Fomento de la Educación y la Salud de los Operarios del Transporte Público de la Ciudad de México A. C (CENFES). En dicha capacitación se les elabora una historia clínica que incluye la toma de sangre para la medición de glucosa, triglicéridos, colesterol y lípidos de alta y baja densidad. Haciendo referencia a esos datos recabamos la información para complementar los que nos interesan en el estudio.

Se realizó análisis descriptivo que permitió calcular prevalencias y análisis bivariado a través del cual se encontraron relaciones entre las variables de prácticas alimentarias y condiciones de salud.

■ RESULTADOS

Después de aplicar las encuestas observamos de manera concreta los problemas de los conductores de microbús de la Ruta 1 de la Ciudad de México, que corre de Chapultepec - Pantitlán, Tacuba - Central de Abastos, Caballo Zaragoza.

1. Prácticas de consumo y actividad física

El no realizar ejercicio junto con prácticas alimentarias inadecuadas tiene como consecuencia la manifestación de enfermedades, éstas se agudizan con la deficiente información sobre los alimentos y su contenido calórico, como es el caso de las bebidas que se anuncian por los medios de comunicación, cuyo consumo estriba más en cumplir estereotipos y no en la necesidad nutricional.

Sobre la realización de actividad física, de los 91 conductores encuestados sólo el 6% mencionó que siempre realizaban actividad física, el 14% a veces y el 80% nunca.

Para el análisis se clasificaron a los 91 conductores de microbús de la Ruta 1 de acuerdo con las prácticas alimentarias. El primer grupo se constituye por los conductores con prácticas inadecuadas de acuerdo con las recomendaciones del plato del buen comer. Se consideraron como prácticas alimentarias inadecuadas en aquellos que bebieron refresco a diario o de 3 a 4 días por semana, consumieron alimentos con alto contenido en grasas como gorditas, quesadillas, tacos y tortas. También se tomaron en cuenta los horarios y el número de comidas que realizaron en un día (los conductores que no comieron en un horario determinado y que no realizaron las tres o más comidas al día).

El segundo grupo es de los operarios que tuvieron conductas alimentarias adecuadas, tomaron agua natural o de sabor diario o de tres a cuatro días por semana, comieron en fondas o consumieron alimentos caseros en un horario determinado y realizaron las tres comidas al día.

La tendencia de las prácticas alimentarias de los conductores de microbús de la Ruta 1 se representa en la Tabla 1: se encontró que el 67% de los conductores tuvieron prácticas alimentarias inadecuadas.

TABLA 1. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE CONDUCTORES DE MICROBÚS DE LA RUTA 1

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	NÚMERO DE CONDUCTORES	PREVALENCIA %
ADECUADA	30	33%
INADECUADA	61	67%

Fuente: Elaboración propia, basada en los resultados de la encuesta de conducta alimentaria y medidas antropométricas, realizadas a conductores de microbús de la Ruta 1 en 2014.

Para el cálculo de prevalencia de obesidad y sobrepeso se tomaron como referencia las medidas antropométricas y la clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) establecidos por la OMS y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006). Se puede observar que en las dos últimas filas de la tabla 2, las prevalencias de sobrepeso y obesidad son las más altas, los conductores con sobrepeso son casi la mitad de ellos con un 45.05%, mientras que la obesidad en los operadores alcanza casi el 40%. Con estos

datos podemos inferir que la mayoría de la población de estos choferes de transporte público tiene sobrepeso y obesidad, rebasando el porcentaje de conductores que tienen peso adecuado.

TABLA 2. RESULTADOS DE PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN CONDUCTORES DE MICROBÚS DE LA RUTA 1

CATEGORÍA	IMC	NÚMERO DE CONDUCTORES	PROBABILIDAD	PREVALENCIA
DESNUTRICIÓN	<18.5	1	0.010989011	1.10%
ADECUADO	18.5 – 24.9	13	0.1428571429	14.29%
SOBREPESO	25 – 29.9	41	0.4505494505	45.05%
OBESIDAD	≥ 30	36	0.3956043956	39.56%

Fuente: Elaboración propia basada en los resultados de la encuesta de conducta alimentaria y medidas antropométricas, realizadas a conductores de microbús de la Ruta 1 en 2014.

Las prácticas alimentarias de cada individuo es un factor que define su estado nutricional y de salud. Para observar con mayor precisión esta relación se configuraron cuadros a partir del análisis de riesgo de prevalencia que tienen los conductores de microbús con base en las prácticas alimentarias, las cuales clasificamos como inadecuada y adecuada en relación con el IMC.

TABLA 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA CON RELACIÓN AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

EXPOSICIÓN	SOBREPESO / OBESIDAD	NORMAL	TOTAL
CONDUCTAS ALIMENTARIAS INADECUADAS	21	40	61
CONDUCTAS ALIMENTARIAS ADECUADAS	6	24	30
TOTAL	27	64	91 / 91
RIESGO DE PREVALENCIA	2.26	0.47	

Fuente: Elaboración propia basada en los resultados de la encuesta de conducta alimentaria y medidas antropométricas, realizadas a conductores de microbús de la Ruta 1 en 2014.

En los resultados obtenidos de esta relación se puso énfasis en las prácticas alimentarias de los operarios quienes poseen un riesgo de prevalencia de 2.26%, esto significa que los que tienen prácticas alimentarias inadecuadas presentan 2.26 veces más probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad que el resto. Sólo el 0.47% del total de los conductores presentan riesgo de tener prácticas alimentarias inadecuadas y tienen un IMC normal.

Mediante las observaciones que realizamos en varias ocasiones podemos decir que hay una relación muy estrecha entre las prácticas alimentarias y las condiciones laborales de los conductores, en relación con los resultados de su IMC. Como se puede observar en la tabla, las prácticas alimentarias inadecuadas son mucho más frecuentes

en la población estudiada. Estas cifras nos detallan de manera más precisa la influencia de las condiciones laborales en las prácticas alimentarias y las condiciones de la salud.

Se establecieron categorías de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC); normal: conductores con un IMC de 18.4 a 24.9; sobrepeso: quienes están en el rango de 25 a 29.9 y los de obesidad: de 30 en adelante. Posteriormente, se elaboró una selección basada en las prácticas alimentarias y quienes mostraron síndrome metabólico. Tomando en cuenta el perfil patológico que los conductores refirieron con base en diagnósticos de laboratorio previos, que se realizaron para tramitar su tarjetón por la Secretaria de Transportes y Vialidad (SETRAVI), esta información fue de gran ayuda para la obtención nuestros resultados.

TABLA 4. PREVALENCIA DE SOBREPESO, OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO DADOS LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS CONDUCTORES DE MICROBÚS DE LA RUTA 1

PESO NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD
Prácticas de consumo adecuados/ No tiene síndrome metabólico (n=3) 3.30%	Prácticas de consumo adecuados/ No tiene síndrome metabólico (5) 5.49%	Prácticas de consumo adecuados/ No tiene síndrome metabólico (6) 6.60%
Prácticas de consumo inadecuados/síndrome metabólico (6) 6.60%	Prácticas de consumo inadecuados/síndrome metabólico (10) 10.10%	Prácticas de consumo inadecuados/síndrome metabólico (18) 19.80%
Prácticas de consumo adecuados/síndrome metabólico 0	Prácticas de consumo adecuados/síndrome metabólico (10)10.10%	Prácticas de consumo adecuados/síndrome metabólico (4) 4.40%
Prácticas de consumo inadecuados/tienen síndrome metabólico (5) 5.49%	Prácticas de consumo inadecuados/tienen síndrome metabólico (16) 17.58%	Prácticas de consumo inadecuados/tienen síndrome metabólico (8) 8.80%

Fuente: Elaboración basada en los resultados de la encuesta de conducta alimentaria anexo 1 y medidas antropométricas anexo 2, realizadas a conductores de microbús de la Ruta 1 en 2014.

Tener prácticas de consumo inadecuadas y un IMC alto aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico. En contraste con lo que indica la teoría respecto a los diferenciales de riesgos entre obesidad y sobrepeso encontramos que la prevalencia de presentar alguna enfermedad en conductores con obesidad es menor que la prevalencia de conductores con sobrepeso.

Consideramos importante hacer un análisis del IMC, CCI e ICC para saber qué relación tienen estas medidas entre los conductores y los posibles riesgos de padecer enfermedades, las cuales aminoran la eficiencia para desempeñar las actividades de este grupo.

TABLA 5. PREVALENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON RELACIÓN A SU CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E ÍNDICE CINTURA-CADERA DE CONDUCTORES DE MICROBÚS DE LA RUTA 1

IMC	NÚMERO DE CONDUCTORES	PREVALENCIA
NORMAL	14	100%
La circunferencia de cintura (CCI) en valores que representan un riesgo para la salud nos servirá como indicador de Síndrome Metabólico y enfermedades crónicas.	10	71.43%
El Índice de Cintura Cadera (ICC) en valores que representan un riesgo para la salud de padecer enfermedades crónico degenerativas	9	64.29%
SOBREPESO	41	100%
La Circunferencia de Cintura (CCI) en valores que representan un riesgo para la salud nos será útil como indicador de síndrome metabólico y enfermedades crónicas.	34	80.50%
El Índice de Cintura Cadera (ICC) en valores que representan un riesgo para la salud de padecer enfermedades crónico degenerativas.	33	82.93%
OBESIDAD	36	100%
La Circunferencia de Cintura (CCI) en valores que representan un peligro para la salud nos ayudará como indicador de Síndrome Metabólico y enfermedades crónico degenerativas.	34	75%
El Índice de Cintura Cadera (ICC) en valores que representan un riesgo para la salud de padecer enfermedades crónico degenerativas.	27	94.44%

Fuente: Elaboración propia basada en los resultados de la encuesta de conducta alimentaria anexo 1 y medidas antropométricas anexo 2, realizadas a conductores de microbús de la Ruta 1 en 2014.

La siguiente tabla se diseñó pensando en que es una forma que ayuda a visualizar la prevalencia de conductores con riesgo de presentar síndrome metabólico y enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con la nutrición y con su Índice de Masa Corporal. La prevalencia fue clasificada por categorías.

TABLA 6. PREVALENCIAS DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON SU CIRCUNFERENCIA DE CINTURA E ÍNDICE CINTURA-CADERA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD.

IMC	NORMAL	PREVALENCIA	SOBREPESO	PREVALENCIA	OBESIDAD	PREVALENCIA
NO TIENE SM / CDN	4	28.57%	1	2.44%	1	2.78%
TIENEN RIESGO DE PADecer SÍNDROME METABÓLICO (SM)	1	7.14%	7	17.07%	8	22.22%
TIENEN RIESGO DE PADecer ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS (CDN) RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN	0	0%	6	14.63%	1	2.78%
TIENEN RIESGO DE PADecer SM Y ENFERMEDADES CDN	9	64.29%	27	65.85%	26	96.30%
TOTAL	14		41		36	

Fuente: Elaboración propia basada en los resultados de la encuesta de conducta alimentaria anexo 1 y medidas antropométricas anexo 2, realizadas a conductores de microbús de la Ruta 1 en 2014.

Podemos observar que sólo cuatro de los 91 conductores no tuvieron riesgo de padecer ninguna enfermedad. Mientras que una tercera parte de los conductores encuestados, presentaron sobrepeso lo que es un indicador de padecer Síndrome Metabólico (SM) y enfermedades CDN.

En síntesis, con los datos anteriormente expuestos, se observa que existe una relación entre las condiciones laborales, y las prácticas de consumo y las condiciones de salud. Las condiciones laborales, que son las que se comparten como colectivo, es decir, jornadas laborales amplias, no permite a los trabajadores dedicar tiempo al descanso adecuado, ni a la realización de actividad física. Por otro lado, en el espacio geográfico donde realizan sus actividades los conductores no tienen acceso y disponibilidad a alimentos que no sólo satisfagan esa necesidad sino que además sea nutritiva, por lo general son ambientes llamados obesogénicos. A todo ello hay que sumarle las características de la actividad, que son de movimientos repetitivos y de poco impacto para el desarrollo de la fuerza muscular, anaeróbicos o aeróbicos. De ahí se puede verificar lo que se propone en el marco teórico referencial que las condiciones laborales con sus formas específicas de producción son determinantes del perfil patológico de los colectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSEN, E. (1990). *Los tres mundos de bienestar en el capitalismo*. Nueva Jersey, Universidad de Princeton.
- BERRONES, L., y Rosales, R. (2010), *Condiciones laborales y de salud de los choferes de taxi y microbús del Distrito Federal*. Segunda época, Año 4, México. <https://silو.tips/download/condiciones-laborales-y-de-salud-de-los-choferes-de-taxi-y-microbus-del-distrito>
- BREILH, J. (1989). La salud enfermedad como hecho social. *Deterioro de la vida en Ecuador*, CEAS. <https://www.studocu.com/gt/document/universidad-de-chile/salud-publica/resumenes/breilh-salud-enfermedad-como-hecho-social/5128338/view>
- CENETEC. (2012). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena*. México, Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- CRUZ M., Tuñón E., Villaseñor M., Álvarez G y Nigh R. (2013). Sobrepeso y obesidad: una propuesta de abordaje desde la sociología. *Región y sociedad*, vol. 25, no. 57, Hermosillo, Sonora, may./ago. pp. 166-202.
- DEL ÁNGEL, A (2014) Alimentación, salud y pobreza en áreas marginadas urbanas: caso Veracruz-Boca del Río, Veracruz, México. *Estudios sociológicos*, vol. 22, no. 44 México jul./dic, Hermosillo, Sonora. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572014000200001
- ENSANUT (2006) *Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2006*. Instituto Nacional de Salud Pública, México. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/encuesta_nacional_salud_06.pdf
- _____ (2012) *Encuesta Nacional de salud y Nutrición. Resultados nacionales 2012*, Instituto Nacional de Salud Pública, México
- FIGUEROA, D. (2009). Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Revista USP*, 103-117.
- LÓPEZ, O., Escudero, J., Carmona, D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Revista de Medicina Social*. www.medicinasocial.info, pp 323-335.
- LÓPEZ, L., Hernández, J., Ordóñez, E. (2014). *Afectaciones a la Salud de los taxistas de dos centros comerciales de la ciudad de Xalapa, Veracruz*. Universidad Veracruzana, Facultad de Estadística e Informática, México.
- OMS (2016) *Enfermedades crónicas Temas de salud*, http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/.
- _____ (2016) *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- _____ (2017) *Obesidad y sobrepeso: datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- RIVERA, J. A. (2007). La satisfacción colectiva de las necesidades de alimentación-nutrición y su relación con la salud enfermedad. En: *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*. Editores. Jarillo, E y Guinsberg, Buenos Aires, Editorial Lugar.
- RIVERA Dommarco, J (2013) *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*, México, UNAM.
- RODRÍGUEZ, H, (2004) *Abasto y consumo de alimentos: una perspectiva nutricional*, UNAM,

México <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2015/11/alimentos.pdf>
SÁNCHEZ, D., Molotla, Ch. (2016). *Condiciones laborales, prácticas alimentarias y condiciones de salud de los conductores de microbús de la Ruta 1 en el Distrito Federal* Tesis para obtener el grado de licenciado en Promoción de la Salud. UACM
STIGLITZ, J. (2007) Empleo, justicia social y bienestar de la sociedad. *Se busca trabajo decente*. Coord: Sen, A., Stiglitz, J y Zubero, I. Madrid, Ediciones HOAC. Pp. 85-120.

V. CONDICIONES DE SALUD DE LOS OPERARIOS DE TAXI DE MILPA ALTA. ESTUDIO DE CASO¹

HAZAEEL DIEGO CRISTOBAL²
MÓNICA VIVANCO SALINAS²
ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES³

■ INTRODUCCIÓN

El perfil patológico en relación con las condiciones de trabajo permite reflexionar y pensar de qué manera los riesgos, el desgaste laboral y las exigencias condicionan la salud de los operarios de transporte público.

La premisa de la que se partió para realizar este estudio se describe a través de la idea de que la manera en que las personas se insertan en los medios de producción, es decir, en el ámbito laboral, determina la forma en que enferman y mueren, contrastando así la relación existente entre el proceso social y el proceso salud/enfermedad. Por ello, se dice que ambos procesos están determinados social e históricamente; esto es a través del proceso de trabajo que se organiza según el desarrollo de las fuerzas de producción, las relaciones sociales de producción y el proceso salud/enfermedad.

El análisis de los datos recabados para este estudio de caso se realizará retomando como base los conceptos del materialismo histórico, específicamente, dos categorías: «la clase social» y el «proceso de trabajo».

■ METODOLOGÍA

La presente propuesta metodológica se enmarca en el proyecto titulado «Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta» PI2014-64, financiado por el SECITI de marzo a noviembre de 2016 y del Laboratorio de Fisiología Clínica e Investigación Sociomédica de la UACM, plantel San Lorenzo Tezonco. Se les solicitó a los operarios de taxis firmar un consentimiento informado donde se explica el proceso de participación en el proyecto, a través del cual dan su anuencia para poder

¹ Agradecemos a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y a la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECITI) por el financiamiento del proyecto de investigación (PI2014-64).

² Licenciados en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

³ Profesora-Investigadora la Licenciatura de Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

analizar los datos recabados que dan origen a los resultados. Posteriormente, se aplicaron las encuestas para explorar sus condiciones laborales y las condiciones de salud.

La muestra se planteó atendiendo la disposición de los operarios y se realizaron las pruebas a todo aquel que manifestó el deseo de participar. El número total de la muestra fue de 37 personas (representa el 7.4% de la población total de los que conforman el sitio de taxis), el universo de la población es de 500 operarios. Se aplicaron encuestas sobre las condiciones laborales y una serie de medidas antropométricas y bioquímicas para el diagnóstico de salud.

Las medidas antropométricas y biométricas se obtuvieron utilizando una balanza de bioimpedancia Omron HBF 514 c[®], los valores adquiridos fueron: talla (m), peso (kg), IMC (kg·m⁻²), grasa corporal (%), masa muscular (%), requerimiento metabólico (kcal), edad metabólica (años), grasa visceral (%).

Los signos vitales que se obtuvieron fueron: presión arterial (mmHg) y frecuencia cardiaca (latidos por minuto) obtenidas con un baumanómetro digital Neutek BP-201M, temperatura corporal (°C), y frecuencia respiratoria (aspiraciones por minuto).

La biometría se obtuvo con el medidor de glucosa ACCU Trend Performa, midiendo la cantidad de glucosa en sangre (mg/dl) y el medidor de colesterol y triglicéridos ACCU Trend Plus (mg/dl).

El análisis se realizó estableciendo la vinculación entre los datos obtenidos de los cuestionarios y el resultado de las medidas antropométricas y biométricas.

■ RESULTADOS

Se observó que la mayor parte de la muestra se encuentra en el rango de edad de 40 a 49 años, la mitad respondió estar casado y casi la mitad asegura contar con secundaria completa. En el rubro del salario, la mitad de la muestra respondió percibir ganancias entre los \$5,000 y \$6,000 mensuales que equivalía a percibir en el 2016 de 68 a 82 salarios mínimos. En ese entonces la canasta básica oscilaba entre 38 y 43 salarios mínimos (Cuadro 1).

CUADRO 1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

VARIABLE	RANGO	PROPORCIÓN (%)
EDAD (AÑOS)	20-29	14
	30-39	22
	40-49	35
	50-59	16
	+ de 60	13
ESTADO CIVIL	Soltero	16
	Casado	49
	Divorciado	3
	Unión Libre	30
	Viudo	2

NIVEL DE ESCOLARIDAD	Primaria completa	11
	Secundaria completa	46
	Preparatoria trunca	19
	Preparatoria completa	19
	Universidad	5

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de datos sociodemográficos, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

Un elemento fundamental que considerar dentro de las condiciones laborales que caracterizan a cada actividad son los riesgos. Sobre los que afectan a los operarios de taxi, sobresalen los cambios de las condiciones atmosféricas y el calor, a más de la mitad les afecta el frío, el ruido y el humo (smog), alrededor de la mitad destaca las vibraciones, los gases que se emiten a la atmósfera por parte de los automóviles y el polvo generado por las tolvaneras en época de estiaje. Alrededor de una cuarta parte se queja de la falta de ventilación, iluminación y menos de una décima parte por el efecto de la lluvia. Por otro lado, poco más de una cuarta parte de los operarios presentan zumbidos en los oídos y molestias por el exceso de luz que se prolonga por varios días (Cuadro 2).

CUADRO 2. RIESGOS ASOCIADOS A LAS ACTIVIDADES LABORALES Y DAÑOS A LA SALUD

	VARIABLE	PROPORCIÓN (%)
RIESGOS A LOS QUE ESTÁN EXPUESTOS MIENTRAS TRABAJAN	Calor	84
	Frío	65
	Cambios bruscos	86
	Falta de ventilación	30
	Poca iluminación	27
	Ruidos	65
	Vibraciones	57
	Polvos	51
	Humos	65
	Gases	54
	Líquidos	8
ZUMBIDOS PRESENTES EN LOS OÍDOS	Sí	22
	No	78
MOLESTIAS PRESENTES A LA LUZ DURANTE VARIOS DÍAS	Sí	24
	No	76

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CL, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

De las exigencias que demanda el trabajo, en específico, las establecidas en el sitio donde laboran los operarios de taxis encuestados, se obtuvo que cerca de un tercio mencionaron el pago de una cuota; además respecto al tiempo que conducen sin descanso, casi dos quintas partes de los participantes trabajan de una a cinco horas o de seis a diez horas continuas. Más de la mitad realiza en un día de trabajo de diez a treinta viajes.

Por otro lado, se encontró en lo que atañe a los años que llevan trabajando como taxistas, que un 65% mencionó contar con experiencia de uno a quince años. En cuanto a la toma de descanso, una décima parte de ellos dijeron no descansar mientras labora, la mayoría utiliza el tiempo de descanso para recobrar energía y seguir trabajando, pero destaca que el lapso de descanso es variable entre los operarios (Cuadro 3).

CUADRO 3. EXIGENCIAS QUE DEMANDA EL PUESTO LABORAL

	VARIABLE	PROPORCIÓN (%)		
EXIGENCIAS A LAS QUE ESTÁN EXPUESTOS POR PARTE DEL SITIO DE TRABAJO	Cubrir una cuota	43		
	Soportar una supervisión estricta (operativos por parte de policías de tránsito)	16		
	Ninguna	41		
HORAS QUE CONDUCEN SIN DESCANSO	1 – 5 horas	38		
	6 -10 horas	38		
	11-20 horas	24		
VIAJES QUE REALIZAN EN UN DÍA DE TRABAJO	10-30 viajes	62		
	31-50 viajes	27		
	51+70 viajes	11		
REFERENCIA DE CONTAR CON UN SEGUNDO EMPLEO	Sí	43		
	No	57		
AÑOS QUE LLEVAN LABORANDO COMO TAXISTAS	1-15 años	65		
	+de 16 años	35		
TOMA DE DESCANSOS MIENTRAS SE LABORA	Sí	10-30 min.	36	89
		31-60 min.	31	
		+ de 60 min.	33	
	No		11	

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CL, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

En los siguientes párrafos se exponen las condiciones de salud que presenta este colectivo en el momento que se efectuó el estudio.

En cuanto a los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD), dos quintas partes de los operarios se encontraban en niveles fronterizos con riesgo de adquirir hipertensión, mientras que alrededor de una cuarta parte de los operarios presentaron diferentes grados de hipertensión que va desde el tipo I al III en la PAS y PAD, que de acuerdo con la NOM-033 son catalogados como hipertensos (Cuadro 4).

En lo concerniente a los niveles de glucosa en sangre, casi dos quintas partes tuvieron niveles normales, más de dos quintas partes se encontraron en niveles limítrofes y menos de una quinta parte tiene niveles altos (Cuadro 4).

Respecto a los niveles de triglicéridos en sangre, una quinta parte de los operarios quedaron en condiciones normales, más de una décima parte de ellos estuvieron en

la región limítrofe y más de tres quintas partes registró niveles altos, por lo que hay un riesgo de estar expuesto a enfermedades cardiovasculares (Cuadro 4).

En los niveles de colesterol, más de la mitad tuvieron niveles adecuados de este elemento, alrededor de la tercera parte estuvieron en la región limítrofe y menos de una quinta parte alcanzaron niveles altos de colesterol, catalogándose a esta muestra en un alto riesgo de padecer enfermedad cardiovascular (Cuadro 4).

En clasificación de Índice de Masa Corporal (IMC), menos de la quinta parte de los operarios estuvieron en condiciones normales, una tercera parte tenía sobrepeso y la mitad de ellos presentó algún tipo de obesidad (Cuadro 4).

CUADRO 4. CONDICIONES DE SALUD.

VARIABLE	RANGO	PROPORCIÓN (%)			
NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL	Normal u óptima (mm/Hg)	Sistólica (120 a 129)		49	
		Diastólica (80 a 84)		41	
	Fronteriza (mm/Hg)	Sistólica (130 a 139)		23	
		Diastólica (85 a 89)		26	
	HTA (mm/Hg)	I	Sistólica (140 a 159)		19
			Diastólica (90 a 99)		21
		II	Sistólica (160 a 179)		6
			Diastólica (100 a 109)		9
		III	Sistólica (≥ 180)		2
			Diastólica (≥ 110)		3
NIVEL DE GLUCOSA (MG•100 MLSANGRE)	Normal (<100)		38		
	Limítrofe (100 a 126) Prediabetes		44		
	Alto (>126) Diabetes		18		
NIVELES DE TRIGLICÉRIDOS (MG•100 ML SANGRE)	Recomendable (< 150)		20		
	Limítrofe (150 a 200)		13		
	Alto Riesgo (> 200)		67		
NIVELES DE COLESTEROL (MG•100 ML SANGRE)	Recomendable (< 200)		52		
	Limítrofe (200 a 240)		32		
	Alto Riesgo (>240)		16		
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	Normal (18.5 a 24.9)		17		
	Sobrepeso (25.0 a 29.9)		33		
	Obesidad tipo I (30.0 a 34.9)		36		
	Obesidad tipo II (35.0 a 39.9)		12		
	Obesidad tipo III (≥ 40)		2		

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados obtenidos del cuestionario de CS, Milpa Alta, de marzo a noviembre de 2016.

En la salud —entendida como un proceso social y complejo— los factores de riesgo por sí solos no explican del todo la morbilidad y mortalidad de una población, es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que los determinantes sociales de la salud que se definen como aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido aquí, el acceso a los servicios de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas (OMS, 2017).

De esta manera, debemos tomar en cuenta el contexto en su totalidad en el cual la población se desarrolla, ya que cada uno de los factores que lo rodean determinará la manera en la que enferma o muere. La población con la que se trabajó cuenta con ciertas características que explican su perfil patológico.

El diagnóstico del programa sectorial de Trabajo y Prevención Social 2013 -2018 en México, menciona que en el segundo semestre del 2013 la población económicamente activa representaba el 44% de la población total. De dicho universo, el 59% ocupó puestos de trabajo informales (Diario Oficial de la Federación, 2013).

En la población de estudio tal patrón de porcentajes se repite puesto que la población va desde los 20 hasta los 79 años, posicionándolos como población económicamente activa y en empleos informales.

El INEGI arrojó en su Anuario Estadístico y Geográfico de la Ciudad de México 2017 que, de la cifra de 1,039,625 personas que contaban con secundaria completa, solo 726,966 pertenecían a la población económicamente activa en el año 2017.

Sin embargo, en la alcaldía Milpa Alta (entonces delegación en 2015), la población ocupada en algún sector de la actividad económica correspondía a 55,323 personas, de las cuales el 49.34% laboraba en transporte, gobierno u otros servicios. De suerte que, casi la mitad de la población se dedicaba por lo general a actividades en el sector terciario, de la cual el 33.08% mencionó percibir de dos a tres salarios mínimos, cuyas cifras coinciden con la de los operarios si tomamos en cuenta que durante ese año el salario mínimo correspondía a \$73.04 pesos (SAT 2017), la cantidad generada mensualmente era de \$2,103.00 pesos. La mitad de los operarios nos refirió obtener el doble o el triple de dichas ganancias.

Dicho salario de los operarios se explica con lo que ellos mismos definen como autonomía, ya que, al fijar sus horarios y jornadas de trabajo pueden obtener mayores ingresos, a diferencia de aquellas personas que cuentan con un trabajo formal en el que tienen los beneficios que otorga la ley, pero también obligaciones como supervisión estricta, horario de entrada y salida del trabajo y un salario estipulado.

Es así como las largas jornadas laborales de los operarios se explican debido a la exigencia de generar mayor cantidad de ingresos para satisfacer sus necesidades básicas.

Respecto a la otra vertiente de las condiciones laborales, de acuerdo con la OMS, los riesgos asociados al estado de salud de los trabajadores incluyen calor, ruido, polvo, productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial; los factores anteriores provocan enfermedades ocupacionales y agravan otros problemas de salud (OMS, 2017). En el caso de los operarios de taxis, dada la condición de trabajar jornadas largas explicada anteriormente, se encuentran en constante exposición a una gran

cantidad de riesgos de índole físico, químico, biológico y psicológico que constituyen factores de deterioro para su salud.

En el transporte público se encontraron porcentajes elevados para la presencia de factores como el calor, frío y cambios bruscos de temperatura, aunado a ello, la constante exposición a los químicos que emite el automóvil. En nuestra investigación destacó la sintomatología asociada a estos factores de riesgo, como la presencia de zumbidos en los oídos y la molestia de la luz durante varios días. La estadística mundial establece que la mayoría de los trabajadores (hasta un 80%) en países en desarrollo se encuentran expuestos a dichos peligros (Diario Oficial de la Federación, STPS, 2017).

Las exigencias que demanda la actividad en este tipo de trabajadores generalmente son materializadas como daños a la salud. Ejemplo de lo anterior son las horas que suelen conducir sin descanso, más de una cuarta parte de la población conduce de seis hasta 15 horas seguidas; el fin estriba en conseguir un ingreso para cubrir sus necesidades básicas, sin embargo, al no contar con pequeñas pausas laborales no revitalizan la energía corporal y no despejan la mente. Una consecuencia de ello es la disminución de su rendimiento y, por lo tanto, de la productividad laboral. Si esto sucede en un día o semana laboral, imaginemos el impacto que genera en los operarios el realizar esta actividad por varios meses o años. En la población objeto de estudio mencionaron tener 15 años en la conducción y un porcentaje menor llevaba hasta 30 años, dadas las condiciones anteriormente expuestas, el cuerpo va acumulando las exigencias expresadas en el desgaste laboral.

Cabe mencionar que los operarios no sólo se dedicaban al manejo de unidades de transporte público, algunos indicaron contar con un segundo empleo entre los que destacaron las labores de comercio y de campo, lo que suma otra serie de riesgos y exigencias a las ya demandadas por la actividad como operario de transporte público.

Tanto las exigencias como los riesgos conforman los perfiles patológicos de los diferentes grupos, al respecto Chaparro y Guerrero señalan:

[...] Actualmente los operarios de taxi suelen ser una población que presenta diversos problemas de salud. Las investigaciones respecto a este tipo de población han arrojado datos entorno a los principales daños a la salud y enfermedades que aquejan a los operarios, los cuales, son los problemas osteomusculares, dolores de espalda, de cuello y enfermedades de la piel, síntomas oculares, otorrinolaringológicos, respiratorias y enfermedades de la cavidad bucal. La Secretaría del Trabajo y Prevención Social en México respecto a lo arriba aludido, escribe que las cargas pesadas de trabajo físico o las condiciones de trabajo ergonómicamente perjudiciales, pueden llevar a lesiones y trastornos musculoesqueléticos (STPS, 2017). Asimismo, los resultados arrojados por diversos estudios hacen referencia a la presencia de altos niveles de triglicéridos y bajos niveles de colesterol HDL, sobrepeso y obesidad en los operarios (Chaparro, P., Guerrero, J. 2001).

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, en 2016 (ENSANUT MC, 2016), reportó que en México la prevalencia de hipertensión arterial era de 25%, de dicha cifra el 40% desconocía padecerla. Por ende, la proporción de adultos

con diagnóstico previo de hipertensión arterial y cifras de tensión arterial controlada (<140/90 mm/Hg) es de 58.7% (ENSANUT MC 2016), en cuanto a los conductores de taxi que participaron en la encuesta, la prevalencia de hipertensión era de 25% de la cual un 49% tenía conocimiento de ello antes de participar en la encuesta dado que, con antelación un médico al margen de este proyecto proporcionó el diagnóstico. Se observó en los operarios de taxi encuestados que menos de una cuarta parte mantenían niveles elevados de presión sistólica y diastólica.

En cuanto a Diabetes Mellitus (DM) la ENSANUT MC 2016 registró que un 8% de la población masculina contestó haber sido diagnosticado con diabetes por un médico. Hubo un aumento en la prevalencia de DM por diagnóstico médico previo con respecto a la ENSANUT 2012 (9%) y un mayor aumento respecto a la ENSANUT 2006 (7%). En las pruebas aplicadas a la población con la que se trabajó se encontró en más de una cuarta parte niveles de glucosa entre 100 y 110 mg/dl (una alteración de la glucosa en ayuno) rango que encuentra su correspondiente con la presencia probable de prediabetes, y en una cuarta parte de tal población con probable Diabetes Mellitus.

Sobre la evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años de edad, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% según la ENSANUT 2012 y de 72% en la ENSANUT MC 2016. Respecto al grupo de este estudio se observó que la tercera parte de los operarios presentó sobrepeso y la mitad obesidad, ambos son factores de riesgo para presentar enfermedades crónico-degenerativas y cardiovasculares.

Sin embargo, a nivel mundial los datos de la OMS mencionan que desde el año de 1975 la obesidad triplicó sus valores; en el año 2016, más de 1,900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales un 39% eran hombres. Por otro lado, del 13% de la población adulta a nivel mundial que padecía obesidad, 11% fueron hombres. Dicha población en su mayoría reside en países en donde el sobrepeso y la obesidad suelen cobrar más vidas que otras enfermedades (OMS, 2017).

Niveles elevados de triglicéridos y colesterol están relacionados con cardiopatías. En los operarios se encontraron niveles elevados de triglicéridos; por otro lado, la ENSANUT MC 2016 reportó en cuanto al diagnóstico previo de hipercolesterolemia, que el 27% de los hombres informaron haber recibido un diagnóstico médico previo de dicho padecimiento. De los operarios, una cuarta parte de ellos presentó niveles altos de colesterol, lo que los sitúa en un riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

Dichos padecimientos se reconocen como un problema de salud y se encuentran relacionados con los estilos de vida y alimentación, lo que ha provocado aumento en la prevalencia de las dislipidemias, el sobrepeso y la obesidad en México.

A nivel nacional, las mediciones de los últimos 30 años registran aumento de sobrepeso, obesidad y de las dislipidemias; datos retomados de la ENSANUT del año 2000 señalaban la relación de obesidad con la hipertrigliceridemia, seguida por la hipercolesterolemia. La probabilidad de tener colesterol dañino (LDL) alto, colesterol saludable (HDL) bajo, triglicéridos elevados o cualquier combinación posible de estas condiciones, resultó cuatro veces mayor en adultos que presentan obesidad que en aquellos que presentaron un peso normal en la población estudiada (Federación Mexicana de Diabetes, 2015), patrón que muy probablemente puede reiterarse con los operarios de taxi. Es por ello que los programas de salud se basan en las modificaciones de la alimentación y el ejercicio para revertir tal tendencia.

Este panorama nos permite visualizar cómo es que el sobrepeso, obesidad y las dislipidemias no sólo son un problema persistente en la población analizada, sino que son problemas de salud pública tanto a nivel nacional como mundial, lo que convoca a revisar los programas y hacer propuestas novedosas.

En síntesis, se observa que la población de operarios no se comporta de forma diferente en relación con el resto de la población mexicana, pero encontramos especificidades de acuerdo con la actividad que realizan. Las exigencias y riesgos a los que está expuesta, se relacionan con los daños a la salud que muestra y que se expresa en el perfil patológico.

La manera en que el hombre se apropie de la naturaleza estará determinada en gran medida por la formación social, así como por el momento histórico específico en el que se vive, por lo que el desarrollo de las fuerzas productivas, de producción y el intercambio de las mismas serán quienes determinen la frecuencia y distribución de la salud/enfermedad en los colectivos.

Los operarios de taxi no cuentan con estabilidad alguna como otros trabajadores que tienen un sueldo base o prestaciones que les permitan cubrir situaciones inesperadas, un horario fijo en el que se inicie la jornada, o con un horario establecido para ingerir sus alimentos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHAPARRO, P., Guerrero, J. (2001). Condiciones de Trabajo y Salud en Conductores de una Empresa de Transporte Público Urbano en Bogotá D.C. *Salud Pública*, 3, (171-187).
- CRISTOBAL, H., Vivanco, M. (2019). Tesis para obtener el grado de licenciatura en Promoción de la Salud, UACM.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (2013). *Programa sectorial de Trabajo y Prevención Social 2013-2018*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/160330/Programa_Sectoria_1.pdf
- _____ (4 de enero 2018) Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-036-1-STPS-2017 Factores de riesgo ergonómico en el trabajo-Identificación, análisis, prevención y control. Parte 1. Manejo manual de cargas. Secretaria de Gobernación
- FEDERACIÓN MEXICANA DE DIABETES A.C (2015 noviembre 18). *Dislipidemia en aumento por obesidad*. <http://fmdiabetes.org/dislipidemia-en-aumento-por-obesidad/>
- INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA (2016 31 octubre). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino, 2016 [ENSANUT MC, 2016]. Informe final de resultados*. http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- OMS (2017 noviembre). Protección de la salud de los trabajadores. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
- SERVICIO DE ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA (SAT). *Cuadro histórico de los salarios mínimos*. www.sat.gob.mx/informacion_fiscal/tablas.../salarios_minimos_historico.xls

VI PERCEPCIÓN DE LA SALUD Y SATISFACCIÓN LABORAL EN LOS OPERARIOS DE TAXI DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2016¹

Monserrat González Contreras²
Susana Jarillo Ventoledo²
Roselia Arminda Rosales Flores³

■ INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay un reconocimiento de la relación entre las condiciones laborales y los problemas de enfermedades de diferente índole, por ejemplo, las crónico-degenerativas o enfermedades que se relacionan con el estrés laboral.

Es decir, diversos estudios han hecho énfasis en el distrés⁴ (Hernández, D., Salazar, A., Gómez, V. 2004; Martínez, S. 2004) que se produce por las condiciones de trabajo y la insatisfacción de las necesidades básicas, obteniendo como resultado un deterioro de la fuerza de trabajo y un mayor desgaste laboral. Otras investigaciones exploran los daños a la salud y factores de riesgo donde se utilizan métodos cuantitativos para estudiar la temática. También se cuenta con trabajos que abordan el desgaste laboral, para ello se explora la relación «trabajo-salud» (Laurell, A., 2000). No obstante, la información que se obtiene de métodos cuantitativos no da cuenta de la subjetividad de los trabajadores, es decir, no se abordan elementos que expliquen cómo se construyen las prácticas objetivas y subjetivas que se expresan en los espacios laborales, y cómo se relacionan estas prácticas de forma benéfica o deteriorante con la salud de los trabajadores.

Para poder aproximarse a dicha subjetividad, en este estudio se parte de la categoría conceptual de cultura que permite abordar cómo los grupos sociales enuncian la realidad que les rodea mediante explicaciones que procesan de la comunicación que existe entre ellos y que reproducen en el pensamiento social, a estas explicaciones se les llama Representaciones Sociales (RS). Las RS hacen referencia a un tipo específico de conocimiento que juega un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana: el conocimiento del sentido común. En las RS encontramos muchas explicaciones de las prácticas sociales que no se develan de otra forma (Piñero, S., 2008).

En Promoción de la Salud estas prácticas sociales interesan para explicar fenómenos colectivos sobre las condiciones laborales y de salud del grupo de interés, las cuales son

¹ Agradecemos a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y a la Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTI) por el financiamiento para la realización del proyecto.

² Licenciadas en Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

³ Profesora-Investigadora de la Licenciatura de Promoción de la Salud, Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM).

⁴ Estrés disfuncional, caracterizado por una sobrecarga de alerta que lleva al agotamiento de las reservas de energía, reduce la capacidad de respuesta y adaptación.

narradas por los sujetos y se recuperan a través de sus testimonios. Estos testimonios son las expresiones de sus experiencias y las reflexiones sobre ellas.

Dichas experiencias son importantes en la investigación, ya que son comprendidas como procesos históricos y sociales dinámicos que se encuentran en un cambio y movimiento constante y a su vez complejos, interviniendo factores subjetivos y objetivos que se relacionan entre sí en contextos específicos. La sistematización de experiencias expresadas por los grupos, ya sea a través de técnicas de recolección de datos como los grupos focales y/o en entrevistas semiestructuradas o estructuradas, llevan a crear conocimientos y aprendizajes significativos desde la experiencia, comprendiéndolas teóricamente y orientado hacia el futuro con una perspectiva transformadora como lo retoma Jara (s. f.).

Las experiencias nos expresan y brindan una enorme riqueza acumulada de elementos que nos permite indagar en las necesidades y problemáticas de los grupos, que son inéditas y permiten diseñar innovadores programas o propuestas de promoción de la salud.

En este sentido, a continuación se presenta el estudio realizado con un grupo de operarios de taxis que nos aproximan a la comprensión de las problemáticas de la salud en el trabajo de los conductores de este tipo de transporte público en la Ciudad de México.

■ METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se partió de un proyecto de investigación PI 2014-64 que se llevó a cabo en el año 2016, involucrando un grupo de operarios de taxi. Para recolectar algunos datos se utilizaron técnicas e instrumentos cuantitativos. No obstante, en los resultados obtenidos la información fue limitada respecto al propósito del estudio, por el hecho de que las encuestas no recogen las opiniones, creencias y normas, por lo que se pensó aplicar instrumentos y técnicas cualitativas que complementarían el estudio anterior para indagar sobre las experiencias de los operarios. Ello en consideración de que la esencia del método cualitativo nos lleva a un objetivo central que tiene que ver con la selección de ambientes, casos o unidades que nos ayuden a entender con mayor profundidad un fenómeno, y a su vez, aprender de éste, comprendiendo detalles, significados, actores e información, con un propósito definido y acorde con la evolución de los acontecimientos (Hernández-Sampieri, R., 2014).

En este sentido, se realizaron entrevistas a profundidad a operarios de taxi de la Ciudad de México. En las entrevistas se buscó abordar la percepción de cada uno de los operarios a partir de la propia experiencia laboral.

En las metodologías cualitativas se propone que el tamaño de la muestra sea según el tipo de estudio. En los «estudio de casos» se recomienda que el tamaño mínimo de la muestra sea de seis a diez sujetos y si lo que se va a aplicar son entrevistas a profundidad, de tres a cinco. Aquí se entregan los testimonios y experiencias de diez conductores de taxi participantes voluntarios, esto último como señala Hernández Sampieri (2014), indica que los individuos acceden voluntariamente a participar en un estudio que profundiza en las experiencias de cierta investigación.

Los operarios fueron contactados en un sitio de taxis ubicado en la Ciudad de México. El rango de edad de los participantes osciló entre los 23 y 48 años de edad. El 100% de los participantes son de sexo masculino. La mayoría de los choferes entrevistados laboran prácticamente todo el día. En su mayoría todos son padres de familia o son el sostén de la familia. Tienen como experiencia mínimo tres años en la conducción de taxis.

Dentro del trabajo de investigación se consideraron cuatro dimensiones para el análisis sobre las condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi: 1) percepción del estado de salud, 2) reproducción de la masculinidad en el espacio de trabajo, 3) satisfacción laboral, 4) riesgos y exigencias. Mismas que fueron indagadas dentro de las entrevistas.

Los operarios de taxi fueron requeridos a colaborar en el estudio para la realización de entrevistas a profundidad, en algunos casos fue difícil debido a que la disposición del tiempo libre es reducida, ya que la pérdida de viajes afecta sus ingresos durante la jornada de trabajo. Se cuidó el anonimato de sus datos personales y la confidencialidad de la información mediante un consentimiento informado que estipulaba los objetivos de la investigación, así como la autorización para que dicha entrevista fuera grabada. La duración de las entrevistas fue de treinta a sesenta minutos por cada operario.

Para la realización de los grupos focales se pensó como objetivo reconocer las experiencias de los operarios de taxi dentro de su jornada laboral. A partir de ello, se efectuó un mapeo de riegos y exigencias de su día a día para poder identificar las problemáticas que se encuentran en dicho sitio y, posteriormente, buscar solución de las mismas. Se convocó e invitó personalmente a cada uno para la formación de grupos focales. Algunos de los invitados ya eran participantes de las entrevistas a profundidad. La disposición de los operarios fue limitada debido a que no contaban con el tiempo disponible, a pesar de que se les preguntó y se les dio la opción de acordar día y hora para su propia comodidad sin afectar sus horas de trabajo. Así se fijó la fecha, pero, sólo se contó con la participación y presencia de dos operarios de taxi, con los que se trabajó en dicho grupo focal. Si bien reconocemos que no se logró cumplir con el mínimo de participantes recomendados metodológicamente para la conformación del grupo focal, consideramos en la entrega de resultados la información derivada de esta técnica dado que, nos aproxima a la caracterización de las condiciones en las que se realiza el trabajo y por respeto al tiempo dedicado de los taxistas que acudieron al llamado.

Para insertarnos a dicho grupo de taxistas se identificaron algunos sitios de taxi al azar. No hubo criterio de exclusión. En cuanto al carácter de inclusión, sólo se requería que fueran pertenecientes a algún sitio de taxis. Inicialmente se acudió al sitio buscando como referencia al encargado, no fue fácil contactarlo debido a su demanda de trabajo, sin embargo, la secretaria nos proporcionó el horario en el que había más probabilidad de localizarlo. Se acudió para dialogar acerca del propósito y objetivos de la investigación. El responsable se mostró interesado por conocer las condiciones de salud y de trabajo de todos los operarios para hacer frente a cualquier problemática, motivo por el cual nos presentó con algunos de los conductores; hizo mención de la finalidad del trabajo y del porqué estábamos ahí. Posteriormente se llevó a cabo la invitación (a través de carteles, folletos y de modo personalizado), se realizó una lista para registrar a todos los interesados con fechas y horarios, agendando el nombre del operario y su disponibilidad de tiempo para la participación en la entrevista y el grupo focal.

El sitio está conformado por 300 operarios aproximadamente. El sitio de taxis es una asociación civil que cuenta con ciertas obligaciones y derechos al momento de operar, por ejemplo, se debe de pagar una cuota que genere fondos para la organización, de esta manera se les permite a los operarios tener acceso a las instalaciones de la asociación, principalmente en la base. La finalidad es generar mejores beneficios para el trabajo y la salud de los taxistas. Cabe señalar que el sitio fue autorizado por la Secretaría de Transporte y Vialidad (SETRAVI), la actual Secretaría de Movilidad (SEMOVI).

■ CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO QUE REALIZAN LOS OPERARIOS DE TAXI

La principal característica de la actividad de un taxista es trasladar a las personas de un lugar a otro, lo cual implica estar frente a un volante y un asiento en todo momento. El conductor debe de generar confianza y brindar una atención servicial al pasajero, además de trasladarlo a su destino de manera segura.

Llevar a cabo esta labor implica concentración y mantenerse alerta. Al mismo tiempo debe cumplir con las leyes de tránsito para evitar cualquier eventualidad. Uno de los puntos importantes en el momento de la conducción es salvaguardar la vida del pasajero. Todo ello, aunado a las amplias jornadas de trabajo, el tráfico y las condiciones meteorológicas, hace que los operarios estén sometidos a estrés por periodos prolongados.

Otra particularidad de este trabajo es encargarse de mantener el automóvil en condiciones para circular, esto implica realizar chequeos básicos de rutina como asegurar el buen funcionamiento de luces, ventanas, puertas, medir los niveles de gasolina y de aceite de motor, mantener limpia y en óptimas condiciones la unidad. De esta manera se podrá asegurar que la unidad se encuentre dentro de los parámetros funcionales.

A continuación, se presenta el análisis de los resultados, construido a partir de la narrativa de los informantes con base a la lectura de cada una de las entrevistas. Asimismo, se retoman las categorías centrales del marco teórico-metodológico y la vinculación con los resultados de las investigaciones entregadas en el marco referencial.

Se exploran los temas: percepción en salud, percepción de género en el espacio de trabajo, percepción en riesgos y exigencias y satisfacción laboral. Los resultados y análisis se entregan con base en estos temas.

■ PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y HÁBITOS SALUDABLES

Para comprender a qué se refieren los operarios de taxi cuando hablan de su percepción en salud, es indispensable retomar en qué consiste el concepto de percepción. Oviedo (2004) menciona que la percepción es entendida como el resultado de procesos corporales y de la actividad sensorial (como los canales de la visión, el tacto, el gusto y la audición); Vargas (1994) menciona que es donde intervienen estímulos físicos, mismos que a su vez deterioran la salud del operario, pero que no es solamente biológica, sino además, que tiene una carga ideológica, ya que las experiencias sensoriales son explicadas y entendidas a través de procesos cognitivos.

De ahí que la percepción que los operarios tienen de su estado de salud es diferente del concepto proporcionado por la Organización Mundial de la Salud que define «la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2003) que es una construcción teórica.

Este grupo considera que la salud está relacionada con la fuerza, con ganar batallas y con vencer el cansancio y poder seguir trabajando.

Te bajas bien cansado, te duelen los riñones, los ojos, la cabeza por el smog y aquí hay que andar peleando en la calle con toda la gente, porque toda la gente lleva prisa. Pero sigues trabajando. [Informante 2]

El cuidado de la salud se posterga por el tiempo empleado en la jornada laboral, a pesar de que eligen los tiempos para trabajar, los operarios refieren que las horas dedicadas al trabajo no les permiten hacer actividades que podrían beneficiar su salud como realizar actividad física, descanso y revisiones médicas.

Somos muy renuentes a revisiones médicas, no hacemos caso de cuidar nuestra salud, sobre todo si se tiene que pagar por este servicio. [Informante 7]

Pues, lógicamente tienes que hacer un poco de ejercicio, pero por el tiempo de trabajo pues no se puede, aunque uno quiera. [Informante 1]

El tiempo dedicado a la actividad laboral tampoco les permite llevar un régimen alimentario saludable. La demanda por encontrar pasaje hace que los operarios prefieran subir pasaje antes que tomar un alimento en un horario adecuado.

A veces no haces la comida porque tienes viaje largo y no te da tiempo de comer a la misma hora, entonces pues si te afecta un poco en cuestiones de alimentación. [Informante 6]

La obesidad *sí*, por la mala alimentación que uno lleva dentro de la jornada laboral, a lo mejor no es en todos los casos, pero la mayoría *sí*, porque prefieren a lo mejor quedarse a platicar con los amigos y tomarse el refresco en lugar de irse a casa a ingerir algún tipo de alimento sano. [Informante 3]

■ REPRODUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD EN EL ESPACIO DE TRABAJO

La construcción de la masculinidad es un proceso social complejo. El transporte público es un espacio laboral que ha sido exclusivo del varón, en él se reflejan los diversos imaginarios sobre las habilidades, no sólo de los varones, sino también de las mujeres (Aguilar, J., 2003).

De acuerdo con nuestros informantes, se menciona a la conducción de un automóvil como una labor exclusiva del varón. La idea generalizada es que las mujeres no saben conducir. Por ello, descartan la posibilidad de que la mujer se pueda insertar dentro del

gremio de taxistas, también refieren otros riesgos a los que pueden estar expuestas: acoso, extorsión, violencia verbal y física o discriminación por parte de los usuarios varones.

(Los varones) son machistas [...] los taxistas son machistas y que vean a una mujer, pues siempre... la marginan, la discriminan... la mujer no sabe manejar, la mujer no sabe hacer esto, y aparte manejando el taxi una mujer pues se suben varios hombres imagínate... el acoso. [Informante 2]

No obstante, se reconoce el trabajo de las mujeres y se piensa que tienen un mejor desempeño en cuanto al servicio que brindan, a que existe mayor probabilidad de que las mujeres sean precavidas y responsables en el momento de desplazarse.

Es algo muy bueno, hay algunos compañeros o la sociedad en general que dicen cuando alguien se mete mal, de seguro es mujer, o si voltean y es mujer, pues... tenía que ser mujer. En este caso yo pienso que la mujer ha ganado mucho terreno en todo aspecto laboral en profesional en sí, pero con respecto al volante me da gusto que muchas mujeres lo tomen como una manera de trabajo y es algo que no estaba también antes bien visto. [Informante 7]

■ SATISFACCIÓN LABORAL

Existe una serie de definiciones que hacen referencia a la satisfacción laboral como estado emocional y/o respuesta afectiva, muestra de ello es la importancia que adquiere en las conductas laborales (Alonso, P., 2008).

La satisfacción laboral se ha estudiado para generar condiciones adecuadas de trabajo en los empleados. También ha sido entendida como un determinante de diversos indicadores de resultado del desempeño individual (Chiang, M., Salazar, C., Núñez, A., 2007). Existe una serie de definiciones que hacen referencia a la satisfacción laboral como estado emocional, sentimientos o respuestas afectivas ante el trabajo que se realiza.

Trabajando como taxista me siento, pues a gusto, no sé, cómo que me llena ser taxista, pues ser taxista es complicado también a veces porque de repente tienes que lidiar con la gente, tienes [que] servirle a la gente también es bonito porque conoces lugares, conoces gente [...] me gusta la libertad de mi tiempo y todo eso. [Informante 6]

Los informantes expresan satisfacción durante su jornada laboral; gran parte de éstos mencionan sentir bienestar al momento de manejar. Es una actividad que les agrada en todos los sentidos, estar frente a un volante es «algo bonito» y por otro lado sienten la satisfacción de servir a la población.

Llevo pues, tiempo laborando y pues me siento bien o sea no he tenido ningún problema, desarrollo mis actividades normalmente, con algunos contratiempos, tráfico, estrés, la salud, pero todo va caminando bien, me gusta mi trabajo, lo desarrollo... con gusto [...]. [Informante 8]

[...] es una satisfacción muy grande porque es un trabajo noble... estas llevando a la gente a su lugar de trabajo, a su casa, a un lugar de esparcimiento siento que para mí es satisfactorio saber que es algo bueno [...] siento que es una gran satisfacción... es un gran don, como aquel que tiene el don para bailar, el don para hacer algún mueble hay veces que se te da y yo siento que en mi caso me siento satisfecho con el día a día de llegar a mi casa y saber que hice bien mi trabajo [...] y saber que llevé a la gente con bien a su destino eso me llena de satisfacción. [Informante 7]

[...] me gusta mi trabajo, lo disfruto [...] pues conocer a las personas que abordan mi unidad me siento bien, normal como si fuera otro empleo. [Informante 9]

■ RIESGOS Y EXIGENCIAS

Los riesgos, en el proceso de trabajo, estriban en la posibilidad de padecer una lesión o algún daño por los elementos físicos, químicos o mecánicos presentes en el ambiente laboral (Noriega, M., Villegas, J., 1989).

Los riesgos y exigencias expresan la forma en la que está expuesto el trabajador a los elementos que componen la actividad. La percepción que refieren los operarios sobre los riesgos a los que están expuestos son la inseguridad, asaltos, robos y algún accidente, pero no identifican los riesgos físicos y químicos, aunque se les pregunta intencionadamente sobre estos. En los estudios con instrumentos como las encuestas, por ejemplo, los cambios bruscos de temperatura, el ruido y la pérdida de audición, la inhalación de gases tóxicos y los agentes mecánicos se erigen como los riesgos que con mayor frecuencia padecen (Vigil, Y., 2013) (Departamento de Salud Laboral, 2001).

[...] los riesgos pues más básicos son de choque. Uno está expuesto desde que se sube a la unidad hasta que se baja [...] y los riesgos de robo, e incluso un asalto violento y perder la vida [...] he conocido muchos amigos que sobre el camino se han quedado porque ya pasaron algún robo trágico y prefieren abandonar. El riesgo es común hoy [...] sí aumenta, yo le calculo que fácil un 200% el riesgo de un robo [...]. [Informante 7]

[...] bueno sí tiene riesgos... ahora si como manejes tu unidad [...] inseguro, pues a lo mismo a los choques, asaltos. [Informante 9]

Los informantes conciben el riesgo de forma permanente, ya que puede estar presente en cualquier momento, pero consideran que trabajar de noche aumenta más el riesgo. Sin dejar de lado que ciertas zonas catalogadas son de mayor riesgo.

[...] Hay mucho riesgo, delincuencia y así, yo creo que es igual no, a todas horas, pero creo que se desata un poquito más en la noche [...] A algunos compañeros les han quitado sus carros y que los han robado y algunos hasta los han golpeado. [Informante 1]

Finalmente se presenta el discurso obtenido del grupo focal, que se plantea a partir de la sistematización de experiencias de los operarios de taxi en su jornada laboral. Para realizar el grupo focal, se retoman elementos planteados en el modelo obrero, particularmente, plantear las necesidades a partir de la realización de un mapeo de riesgos y exigencias con base en la actividad que realizan.

Como primera instancia, los participantes identificaron aspectos prioritarios; es decir, con repercusiones en la salud durante la jornada laboral. Los participantes expusieron el proceso de su trabajo, las molestias más frecuentes a las que se enfrentan, los riesgos más importantes y las necesidades.

En cuanto a daños a la salud, se identifican las inadecuadas posturas y el permanecer sentados por largos periodos, cuyos padecimientos a posteriori son dolor renal, en ocasiones en hígado, cansancio y sueño, no ingerir alimentos en un horario determinado o por largos periodos. Los anteriores son riesgos importantes para este grupo. A lo largo de la jornada laboral también se reconocen riesgos externos como el cuidado que debe tener el conductor ante el peatón, brindando el paso al momento de transitar por las calles o avenidas. Lo mismo sucede con los motociclistas y ciclistas.

Otros aspectos relacionados con los riesgos, considerado por el grupo de trabajadores como un hecho significativo, son los asaltos y el robo de unidades, los cuales se desencadenan principalmente por las noches.

En lo que concierne a las exigencias que enfrenta el grupo, pese a que todos tienen disposición a seleccionar los horarios y cada quien los organiza de acuerdo a sus actividades o necesidades, todos trabajan por largos periodos y en ocasiones, laboran dos o tres horas más de la jornada habitual para la mayoría de los empleos, con el fin de satisfacer las necesidades básicas. Entre las exigencias más recurrentes mencionadas, se encuentra el pago de una cuenta que en diversas ocasiones causa presión en el trabajador debido a que diariamente se debe cubrir la cuota de la unidad arrendada.

Aunado a lo anterior, el operario considera que se tiene poco tiempo para la recreación, afectando principalmente a los trabajadores que tienen familia, ya que no hay tiempo para convivir con ella.

En torno a la discusión y la identificación de problemáticas, se destacó que desempeñarse como operario dentro de una organización conlleva dificultades, no hay participación en asambleas o juntas para conocer los problemas que se enfrentan en un momento determinado, se conciben como un grupo que no tiene voz ni voto ante la toma de decisiones frente a los que administran el sitio, se enfrentan a la problemática de no ser escuchados y no contar con la capacidad de aportar ideas o propuestas para la mejora, tanto de la organización, como de los trabajadores.

El grupo expone desacuerdo en cuanto a la práctica de castigos generados por el reporte que puede realizar el usuario ante el servicio, o por alguna problemática que se presenta al momento de abordar la unidad. Visto así, los operarios consensuaron la posibilidad de exponer su versión y de que haya aclaraciones antes de un castigo, debido a que en la mayoría de las veces se otorga más relevancia a la palabra del usuario. El más significativo estriba en asignarle como castigo al operario una base menos solicitada, en donde habrá una repercusión económica.

En síntesis, la percepción del estado de salud de los operarios de taxi ante los hábitos saludables, reproducción de la masculinidad en el espacio de trabajo, la satisfacción laboral, los riesgos y exigencias, son temas importantes en el estudio de las condiciones laborales y de salud de los trabajadores. También es importante revisar las necesidades a las que se enfrentan los operarios a partir de la sistematización de experiencias, éstas en conjunto juegan un papel fundamental ya que reflejan cuáles son las problemáticas que perciben los conductores.

Este tipo de estudios contribuyen al campo de la Promoción de la Salud en el sentido que permiten tener un panorama sobre la percepción de las condiciones en las que se encuentra un grupo determinado; esto es, la subjetividad de los operarios para entonces hacer propuestas desde el campo de la Promoción de la Salud ante estas problemáticas. Con este fin, es esencial proporcionar las herramientas necesarias para reflexionar de forma colectiva y con ello desarrollar acciones con el objetivo de transformar la realidad.

Por lo tanto, como profesionales de salud se debe contar con las herramientas necesarias para identificar, fomentar la participación e involucración en cada uno de los procesos para mejorar la salud del trabajador, así como disminuir riesgos y daños. Aquí la salud no tiene que ir únicamente con una perspectiva globalizadora ya que no sólo se deben tratar las enfermedades clínicas, es decir, las que un médico diagnostica y trata, sino también con una serie de molestias que propiamente no son identificadas como patologías, pero que generalmente se manifiestan en los trabajadores, por ejemplo, cansancio, fatiga y presión laboral, las cuales originan problemas en el ámbito social o familiar. Los anteriores aspectos vistos como un obstáculo en el ambiente laboral y en todos los ámbitos donde los individuos se desempeñan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR, J. (2003). Masculinidades, choferes y espacio urbano en México. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 10 (33). Universidad Autónoma del Estado de México 212-224. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503309>
- ALONSO, P. (2008). Estudio comparativo de la satisfacción laboral en el personal de administración. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(1), 25-40. <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231316494002.pdf>
- BREILH, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6 (1), 2010, 83-101. <https://www.scielo.org/article/scol/2010.v6n1/83-101/es/>
- CHIANG, M., Salazar, C., Núñez, A. (2007). Clima organizacional y satisfacción laboral en un establecimiento de salud estatal: Hospital tipo 1. *Theoría, Vol. 16 No. 2*. Chile pp. 61-76
- Departamento de Salud Laboral de la Federación de Comunicación y Transporte de CC.OO. (2001). Condiciones de trabajo y salud de los taxistas en Madrid, 1-37. http://www2.fsc.ccoo.es/comunes/recursos/17629/pub12032_CODIGO_DEL_TRABAJO_Y_SALUD_DE_LOS_TAXISTAS.pdf
- GONZÁLEZ, M., Jarillo, S. (2019). Tesis para obtener el grado de licenciatura en Promoción de la Salud, UACM.
- HERNÁNDEZ, D; Salazar, A., Gómez, V. (2004). Relación entre los aspectos psicosociales del ambiente de trabajo y el riesgo cardiovascular en hombres. *Revista Latinoam Psicol*; 36(1):107-123.
- HERNÁNDEZ-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Ciudad de México. Mcgraw-Hill. (6ª. Ed.).
- JARA, H. (s. f). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. San José, Costa Rica. http://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf
- LAURELL, A. (2000). *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*. Organización Panamericana de la Salud.
- MARTÍNEZ, S. (2009). El estudio de la integridad mental en su relación con el proceso de trabajo. Serie Académica CBS, N° 23, Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco. México DF.
- NORIEGA, J., Carvajal, C., Grubits, S. (2009). La Psicología Social y el concepto de cultura. *Psicología&Sociedad* 21(1), 100-107. <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n1/12.pdf>
- NORIEGA, M., Villegas, J. (1989). *El trabajo sus riesgos y exigencias*. México, SITUAM.
- OMS (9 de octubre de 2017). La salud mental en el lugar de trabajo. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- OMS, (2003) Informe sobre la salud en el mundo. https://www.who.int/whr/2003/en/overview_es.pdf?ua=1
- OVIEDO, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base a la teoría Gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, 89-96.

- PIÑERO, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual, CPU-e. *Revista de Investigación Educativa*, 7, 1-19. <http://www.redalyc.org/pdf/2831/283121713002.pdf>
- VARGAS, L. (1994). Sobre el concepto de percepción Alteridades, 4, 8, 1994, 47-53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- VIGIL, Y. (2013). Condiciones de trabajo y enfermedades ocupacionales de los conductores de transporte público urbano de Lima Metropolitana. *Revista de Ciencias Empresariales de la Universidad de San Martín de Porres*, 4, 2, 52-69. http://www.administracion.usmp.edu.pe/wpcontent/uploads/sites/9/2014/04/sme_v4n2_yvigil_Condiciones-de-trabajo-y-enfermedades-ocupacionales-de-los-conductores-de-transporte-p%C3%BAblico-urbano-de-Lima-Metropolitana.pdf

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Al final de este recorrido, donde se han entregado los trabajos de investigación de estudiantes de la licenciatura de Promoción de la Salud que hoy han obtenido el grado, se hace énfasis en los planteamientos más importantes para la conducción de un proyecto o protocolo de investigación que busque explicar, comprender y plantear una problemática desde el campo de conocimiento de la promoción de la salud. En todos los trabajos está implícito que la Promoción de la Salud es «el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla» (OMS, 1986). En todo momento, se parte de que «los procesos políticos y sociales incluye tanto acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas, como a disminuir la brecha de inequidad modificando los determinantes sociales, ambientales y económicos con impacto en la salud» (OMS, 1986). También es importante referirnos a las líneas de acción que guiaron los trabajos y que se retoman de la carta de Ottawa: Reforzar la acción comunitaria, Desarrollo de las políticas públicas saludables, Creación de ambientes favorables para la salud, Desarrollo de aptitudes y habilidades personales a través de la educación en salud, Reorientación de los servicios de salud (integralidad, interculturalidad, intersectorialidad).

Cabe señalar que a partir de el Programa Nacional de Salud (PNS) 2007-2012, en el que señala a la promoción de salud como uno de los ejes rectores y que las estrategias 2 y 6 mencionan la necesidad de fortalecer las acciones en promoción de la salud, aunado a la relevancia que tiene hoy día, con la transformación en el paradigma sobre la salud, que en términos generales, se aborda como un bien social que debe ser atendido por el Estado de forma gratuita y universal; la promoción de la salud como campo de conocimiento y práctica social cobra relevancia.

Sobre los trabajos entregados, se debe hacer énfasis en las cuestiones que han sido importantes para su desarrollo: la primera es plantear y delimitar el problema. Muchas veces, lo que se sugiere es explicitar el lugar, los sujetos de estudio y el tiempo en el que se va estudiar un fenómeno determinado.

También es importante explicitar desde qué paradigma de la salud se abordará el problema. Ello dará pie a conformar el marco teórico, cuyas categorías conceptuales también permitirán delimitar el problema.

Es conveniente hacer una revisión del estado de la cuestión, es decir, otros trabajos actuales que aborden la problemática para conocer los vacíos o bien, qué y cómo se está estudiando el tema. Estos estudios también darán una idea de qué es lo que se ha estado debatiendo o sobre qué ya se tienen propuestas claras para la resolución del problema.

La metodología debe ser congruente con la propuesta y el planteamiento del problema para llegar al trabajo de campo y obtener resultados para responder a las preguntas.

Asimismo, es importante destacar los retos que se enfrentan particularmente en el abordaje metodológico, las formas en las que van ajustando sus diferentes elementos en función de las condiciones que se presentan en la intervención en campo y que modifican lo previamente planeado, en la que el investigador debe considerar que

en las posibilidades de cambio no se pierda el rigor científico y se amortigüen en lo posible los sesgos.

Reconociendo al mismo tiempo que las investigaciones son fundamentales para profesionalizar el campo de promoción de la salud, delimitar sus niveles de intervención para la resolución de los problemas que le competen y vitales en la formación terminal de los estudiantes de la licenciatura, que les da certezas sobre sus conocimientos, habilidades y actitudes, ya que los ponen en juego a lo largo del proceso de construcción de su trabajo recepcional y que conforma parte de lo que la licenciatura busca: formar profesionales en promoción de la salud capaces de liderar la gestión, el diseño y la evaluación de iniciativas para mejorar las condiciones de vida y de salud de los colectivos en los diferentes ámbitos, con enfoque transdisciplinario.

Si se desea profundizar en el conocimiento de alguna de las investigaciones aquí presentadas, o bien sobre los instrumentos utilizados, se sugiere buscar en las instalaciones de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México los trabajos recepcionales o bien solicitar a los autores los documentos en extenso.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

OMS (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. 17-21 de noviembre de 1986, Ottawa (Ontario) Canadá.

SUMARIO

Presentación	5
Introducción	7
Marco teórico-metodológico	11
Condiciones laborales de los operarios de bicitaxis en la delegación Tláhuac	21
Condiciones laborales y de salud de las conductoras de taxi de la Ciudad de México	31
Prácticas alimentarias y salud: estudio de caso de operarios de microbús de la Ciudad de México	37
Condiciones de salud de los operarios de taxi de Milpa Alta. Estudio de caso	49
Percepción de la salud y satisfacción laboral en los operarios de taxi de la Ciudad de México, 2016	59
A manera de conclusión	71
Sumario	73
Reseñas curriculares	75

RESEÑAS CURRICULARES

CLAUDIA LÓPEZ ORTIZ

Es pedagoga por la Universidad Femenina de México y maestra en Educación por la Universidad Autónoma de Fresnillo. De 2003 a 2006 fue asesora académica en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. A partir de 2006 se incorpora como Profesora-Investigadora en la Academia de Identidad Conocimiento y Aprendizaje y posteriormente se integra a la Academia de Promoción de la Salud de esa universidad. Ha impartido los cursos de Salud Pública III, Sistemas de Prevención, Atención y Rehabilitación e Introducción a la Promoción de la Salud. Ha participado en la Comisión de titulación del Colegio de Ciencias y Humanidades, Comité de análisis y evaluación del Perfil de Promoción de la Salud así como en otras comisiones del Colegio de Ciencias y Humanidades.

Sus líneas de investigación son: Desigualdades sociales y salud, Formación de recursos humanos y material táctil para personas ciegas. Ha dirigido tesis y publicado artículos en diversas revistas científicas.

ROSELIA ARMINDA ROSALES FLORES

Es licenciada en Medicina, con grados de maestría en Medicina Social y doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva por la UAM - Xochimilco. En 2004 ingresa a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como profesora-investigadora en la licenciatura de Promoción de la Salud del Colegio de Ciencias y Humanidades donde formó parte de los equipos que diseñaron los programas de estudio del ciclo superior: Salud Pública III, Políticas y Programas de Salud. Ha dirigido numerosas tesis y participado en los comités de año sabático y de titulación, así como en el Consejo Académico de Colegio, y en la dictaminación de profesores de tiempo completo y de asignatura.

Su principal línea de investigación es sobre los Determinantes Sociales de la Salud y las Prácticas Sociales para resolver problemas de salud. Ha publicado en revistas indexadas sobre temas de Condiciones Laborales y Condiciones de Salud, Promoción de la Salud, y Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad.

ADRIANA CORTÉS CORTÉS

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Su tesis se tituló «Trabajo y salud de las operarias de taxi en el Distrito Federal». En este trabajo se hizo hincapié en las condiciones laborales y las condiciones de salud de las mujeres taxistas y cómo estas situaciones son atravesadas por el contexto socio-histórico.

Realizó el servicio social en el Programa Transdisciplinario con operarios de transporte público de la Ciudad de México, de ahí surgió la problemática para el tema de tesis. Trabajó en SEDEREC (Secretaría de Desarrollo Rural y Equidad para las Comunidades) en la intervención con los niños y niñas de la comunidad indígena triqui en situación de

calle, con el proyecto «El caminar con la comunidad indígena, hacia una nueva idea de los derechos sexuales y reproductivos».

SANDRA CASIMIRO BARRAGÁN

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Basó su tesis sobre las Condiciones laborales y de salud de los choferes de bicitaxis en Tláhuac durante el año 2014-2015, donde participó en la realización del artículo titulado «Bicitaxis y mototaxis en la delegación de Tláhuac: Estudio exploratorio de condiciones laborales y de salud 2013».

ALEJANDRA BAEZ MORA

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Titulada con mención honorífica con el trabajo «Condiciones laborales y de salud de los choferes de bicitaxis en Tláhuac durante el año 2014-2015». Participó en la realización del artículo «Bicitaxis y mototaxis en la delegación de Tláhuac: Estudio exploratorio de condiciones laborales y de salud 2013». Realizó su servicio social en el «Programa Promoción de la salud en los trabajadores del Transporte Urbano». En 2018 se desempeñó como facilitadora en la aplicación del taller «Diálogo, lectura y comunicación» a bibliotecarios en Milpa Alta a través de la Asociación Civil Constructo Arte Público A.C. Organizadora en jornadas de salud, tallerista en adicciones con personas adultas mayores y como Promotora Delegacional en la alcaldía de Milpa Alta, por el Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México del proyecto: Fortalecimiento para la Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas en las Delegaciones en la Ciudad de México desde el 2016 a 2018.

DANEY SÁNCHEZ

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Realizó el servicio social en un programa transdisciplinario que centra en el trabajo de campo y en poner en práctica la construcción del conocimiento. Se realizan mediciones de parámetros como ruido y luz en dos ambientes laborales distintos. El trabajo de tesis fue inspirado en esta práctica, por lo cual trabajó sobre distintos aspectos para poder entender que la manera de «enfermar» está directamente ligada en las actividades que a diario se realizan, así como en la manera de comer, dormir y diferentes ámbitos cotidianos. Actualmente se encuentra trabajando en el sector salud del Estado de México, en el área de Bioestadística, donde se realizan informes sobre la productividad del hospital en cuanto a recursos humanos y recursos materiales.

CHRISTIAN MOLOTLA

Licenciado en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, donde también realizó su servicio social en un programa transdisciplinario; éste le permitió reforzar características sobre el trabajo de campo. Realizó la medición

de parámetros como luz y ruido en dos ambientes laborales distintos, de profesores y conductores del transporte público.

HAZAEEL CRISTÓBAL DIEGO

Licenciado en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Realizó su servicio social en el Programa «Estudio de los determinantes Sociales de la Salud y Promoción de la Salud». Ha participado como ponente en el VI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social México (Chiapas, 2017) con el trabajo: «Condiciones de salud de los choferes de Milpa Alta y el trabajo Estudio descriptivo» y en el I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud realizado en la UACM.

Su participación en proyectos ha sido en «Condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta, CDMX, sitio Galgos»; «Obesidad en niños de primaria y la Promoción de la Salud en la Escuela José Romero y Fuentes, alcaldía Iztapalapa», «Condiciones Laborales y de Salud de los operarios de taxi de la Alcaldía Tláhuac, Sitio Delfines de Oriente» y por último, «Promoción de la Salud y obesidad en niños menores de 18 años» en el Hospital del ISSSTE Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

MÓNICA VIVANCO SALINAS

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ha impartido talleres con temáticas diferentes. Ha colaborado en diversos proyectos de investigación en poblaciones diversas donde se centra el tema de las condiciones de salud relacionadas con las condiciones laborales y materiales de vida. Ha participado en el comité de voluntarios y ponente del «I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud» llevado a cabo en la UACM.

Asimismo, asistió al VI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social México (Chiapas, 2017). En el año 2016 participó en el programa «Médico en tu chamba» realizando la identificación de necesidades y problemas de salud derivados del sismo del 19 de septiembre en mercados de la CDMX a través de la aplicación de encuestas, coordinado por Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo, Secretaría de Salud y la Secretaría de Desarrollo Económico, llevado a cabo en la Central de Abastos de la Ciudad de México.

SUSANA JARILLO VENTOLEDO

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Ha participado en el proyecto de investigación sobre las condiciones laborales y de salud de los operarios de taxi de la delegación Milpa Alta y Tláhuac en Ciudad de México. También en el proyecto de talleres sobre obesidad en niños de primaria y la promoción de la salud. Presentó una ponencia en el VI Congreso Nacional de Medicina

Social y Salud Colectiva; fue ponente, voluntaria y tallerista en el I Congreso de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud. Asistió al V Foro Anual de Promoción de la Salud «Epistemología de la Salud»; al V Congreso Estudiantil y II Congreso de Investigación en Psicología; asistente al V Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva «Contra la violencia y las reformas neoliberales en defensa de la vida digna y la salud».

MONTSERRAT GONZÁLEZ CONTRERAS

Licenciada en Promoción de la Salud por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Realizó el servicio social en el programa «Estudio de los determinantes sociales de la salud y la Promoción de la Salud» en la misma institución. Colaboró en distintos proyectos de investigación con diversas poblaciones, con enfoque en las condiciones laborales relacionadas con las condiciones de salud y materiales de vida de dichos grupos. Impartió talleres con diferentes grupos y diversas temáticas. También participó como ponente en el «VI Congreso Nacional de Medicina Social y Salud Colectiva» (Chiapas, 2017). Participó como voluntaria y ponente en el «I Congreso Internacional de Determinación Social, Promoción de la Salud y Educación para la Salud» en 2018. Participó en el curso de Promoción de la Salud y Medicina Preventiva 2017-2018, con prácticas comunitarias en la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa, impartido por la Secretaría de Salud a través de los servicios de Salud Pública de la Ciudad de México. Cuenta con la acreditación del curso a distancia: Curso Básico de Cuidadores por el Instituto Nacional de Geriátrica (febrero 2019).

Condiciones Laborales y de Salud: Estudios de caso,
se terminó de imprimir en diciembre de 2021,
en los talleres de la
Universidad Autónoma de la Ciudad de México,
San Lorenzo, 290, col. Del Valle, alc. Benito Juárez,
C.P. 03100, Ciudad de México.
El tiraje fue de 500 ejemplares.
Cuidado de la edición: Ángeles Godínez Guevara
Diseño editorial: Sergio Cortés Becerril

Este libro está conformado por casos concretos en los que se aborda una población común: los operarios del transporte público, y de los cuales se indaga sobre sus condiciones laborales. En cada uno de los estudios se trabajó con diferentes colectivos en los que se pueden notar las especificidades en sus condiciones laborales. Además, se utilizan diferentes técnicas e instrumentos de investigación para analizar las condiciones en las cuales laboran y sus contextos de salud, lo cual muestra diferentes formas de abordaje metodológico. Hemos recopilado estos estudios de caso para verificar en lo empírico que cada grupo, aunque realicen la misma actividad, desarrollan su quehacer en diferentes contextos sociales, lo que imprime diferencias en la manera en la cual el proceso salud enfermedad se expresa en su corporalidad.

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

Biblioteca
BE
del
Estudiante

