



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad de Buenos Aires

G

# Las representaciones del proceso salud-enfermedad de los choferes del autotransporte urbano de pasajeros del área metropolitana de Buenos Aires

Autor:

Garufi, Jorge Alberto

Tutor:

Wallace, Santiago

1994

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Antropológicas.

Grado



**FILO:UBA**  
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL  
Repositorio Institucional de la Facultad  
de Filosofía y Letras, UBA

Tesis 1-8

7555  
693  
1045

877.926 M

23 ABR. 1994

**TESIS DE LICENCIATURA EN CIENCIAS ANTROPOLOGICAS**

By 17.233/91 By 20.049/93

***LAS REPRESENTACIONES DEL PROCESO  
SALUD-ENFERMEDAD DE LOS CHOFERES DEL  
AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS  
DEL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES***

**ALUMNO: *JORGE ALBERTO GARUFI***

**L.U. : *86/28163***

**DIRECTOR: *LIC. SANTIAGO WALLACE***

***UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES***

***FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS***

***CARRERA DE CIENCIAS ANTROPOLOGICAS***

***ABRIL DE 1994***

Tesis 6-4-8

A Liliana, que tanto me apoyó en la  
realización de este trabajo

## INDICE

### INTRODUCCION

- I. EL AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS: ESTADO DE LA CUESTION
- II. MARCO TEORICO
  - II.1. El proceso de trabajo
  - II.2. El proceso salud-enfermedad
    - II.2.1. Los Modelos Médicos
    - II.2.2. La construcción social del proceso salud-enfermedad
    - II.2.3. La relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad
  - II.3. La representación social
- III. METODOLOGIA
- IV. LA ORGANIZACION DEL AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS EN EL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES
  - IV.1. Las modalidades de la organización empresaria
- V. EL PROCESO DE TRABAJO DE LOS CHOFERES DEL AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS
  - V.1. Los vehículos del autotransporte urbano de pasajeros
  - V.2. El personal de conducción
- VI. LA HEGEMONIA Y LAS TRANSACCIONES EN EL ATUP: EL PROCESO DE REESTRUCTURACION DEL SECTOR Y DE LA ORGANIZACION DEL TRABAJO DE LOS CHOFERES.
- VII. LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS CHOFERES
  - VII.1. La obra social
    - VII.1.1. La oferta de servicios en el Area Metropolitana de Buenos Aires
    - VII.1.2. Principales demandas de atención
  - VII.2. La medicina privada
  - VII.3. Las empresas de medicina laboral
  - VII.4. Los controles psicofísicos sobre el personal de conducción
- VIII. LAS REPRESENTACIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL PERSONAL DE TRAFICO DEL ATUP
  - VIII.1. Los problemas de salud identificados por los choferes
  - VIII.2. Las representaciones corporales del personal de conducción
  - VIII.3. Las representaciones del personal de tráfico sobre los Modelos Médicos

- VIII.4. Las definiciones del personal de tráfico sobre la salud y la enfermedad
- VIII.5. La construcción de las representaciones del proceso salud-enfermedad entre el personal de conducción del ATUP
- VIII.6. A modo de cierre

## BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

El objetivo de este trabajo es describir y analizar las representaciones sociales del proceso salud-enfermedad de los choferes del autotransporte urbano de pasajeros (ATUP) en el Area Metropolitana de Buenos Aires.

Antes de comenzar la investigación, realizaremos un relevamiento bibliográfico de los trabajos sobre el autotransporte urbano de pasajeros en la República Argentina para conocer los antecedentes sobre el tema. Esta búsqueda también será útil para analizar la historia y la situación actual del sector.

Las principales categorías de nuestro marco teórico serán: proceso de trabajo, proceso salud-enfermedad y representación social.

La categoría proceso de trabajo será tratada desde el materialismo histórico. Consideramos que esta perspectiva es la más esclarecedora para referirnos al personal de conducción del ATUP como sujeto colectivo. Ello se debe fundamentalmente a su aporte de categorías como modo de producción, relaciones sociales de producción, determinación y hegemonía; y a su conceptualización del papel de la historia en el análisis de las relaciones sociales. Así, se elaboran explicaciones desde una óptica de proceso y no desde el causalismo.

Para analizar la categoría proceso salud-enfermedad, recurriremos básicamente al aporte de la corriente de pensamiento conocida como medicina social latinoamericana. Una de sus características definitorias es que considera al proceso salud-enfermedad como social.

**Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos. (Laurell, 1986:3)**

En esta parte del trabajo analizaremos los distintos conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad. Recurriremos a la construcción elaborada por Menéndez denominada "Modelo Médico Hegemónico". También nos referiremos a la construcción social de este proceso y a la

relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad.

Respecto de la construcción social del proceso salud-enfermedad, debemos destacar que nos referiremos a ella desde la perspectiva del Programa de Antropología y Salud de la Universidad de Buenos Aires.

A posteriori, analizaremos la categoría representación social, basándonos en Denise Jodelet y otros exponentes de la psicología social europea agrupados en torno a Serge Moscovici. Tales autores se caracterizan por resaltar la naturaleza social de los procesos intraindividuales e interpersonales, no permitiendo entonces que la sociedad sea dejada a un lado al analizar los fenómenos estudiados. También cuestionan las explicaciones mecanicistas y/o reduccionistas, incluyendo también los procesos ideológicos.

El concepto representación social es fundamental para el análisis de la construcción social del proceso salud-enfermedad, porque se refiere a una forma de conocimiento social. Entonces, engloba categorías compartidas por los miembros de los grupos sociales.

Previamente a la aplicación de las categorías que definiremos en el marco teórico, explicaremos la metodología a adoptar y fundamentaremos su elección.

Luego, analizaremos las principales cuestiones que hacen a la construcción de las representaciones sociales del proceso salud enfermedad de los choferes.

El proceso de trabajo se desarrolla en el contexto constituido por la competencia interempresaria y el conflicto entre capitalistas y trabajadores. Por eso, antes de referirnos a los choferes, analizaremos la organización específica del ATUP en el Area Metropolitana de Buenos Aires. En este punto trataremos algunas de las relaciones entre las distintas empresas (que como veremos, no son sólo de competencia). También abordaremos las peculiaridades de esta actividad, que se relacionan con su desarrollo en un marco de "competencia regulada".

Al ser el autotransporte urbano de pasajeros una actividad regulada, el Estado será un actor omnipresente en su desarrollo.

Luego, describiremos el proceso de trabajo de los conductores. A tal efecto, nos centraremos en las características más relevantes de su régimen laboral. En este capítulo, también nos referiremos a los vehículos que conducen los choferes, y caracterizaremos a la fuerza de trabajo basándonos en su situación socioeconómica.

Después de elaborar nuestro marco teórico y de conocer las problemáticas básicas del sector, analizaremos un conflicto gremial ocurrido en 1993. Así, podremos tratar la relación conflictiva y contradictoria entre los trabajadores, la organización gremial, el Estado y las empresas. En este momento podremos examinar las transacciones que se operan permanentemente entre ellos, sus reivindicaciones y las acciones para lograrlas.

En el capítulo próximo nos referiremos a los sectores del sistema de salud pública a los que los choferes recurren, y también a los controles psicofísicos a los que son sometidos.

Habiendo elaborado un marco conceptual, y conociendo las características más importantes del personal de conducción, de su proceso de trabajo, de los servicios de salud a los que acceden y de sus controles psicofísicos, pasaremos a analizar sus representaciones del proceso salud-enfermedad. Cabe destacar que esta es la modalidad que optamos, lo que no implica que sea la única posible. Por ejemplo, podríamos haber tomado directamente las representaciones para proceder a su análisis.

Es fundamental conocer las experiencias de los choferes sobre el proceso salud-enfermedad. Tales vivencias proporcionan material para la construcción de las representaciones. A su vez, este conocimiento social orientará las conductas de los sujetos.

Comenzaremos por referirnos a los problemas de salud que los conductores del ATUP identificaron. En este punto estableceremos una diferencia con las demás

investigaciones de antropología médica sobre salud y trabajo que conocemos. Esto se debe a que nos referiremos también a los trastornos de salud que los choferes no relacionaron con su trabajo. Asimismo, habremos de considerar las afecciones reconocidas por ellos en personas que no se desempeñan como choferes.

Esta decisión se funda en nuestra intención de describir las representaciones de los choferes del proceso salud-enfermedad. Si nos remitiéramos únicamente al plano laboral, estaríamos parcelándolas.

También nos referiremos a sus criterios para diagnosticarlas y a las modalidades de atención adoptadas, ya que las representaciones y las prácticas se condicionan recíprocamente.

La siguiente problemática que trataremos es la de las representaciones corporales de los choferes. Sin olvidar el carácter sociohistórico del proceso salud-enfermedad, podemos afirmar que es en el cuerpo donde se desarrollan sus manifestaciones concretas. Por otra parte, las representaciones corporales integran las referidas al proceso salud-enfermedad. Haremos referencia a las sensaciones mórbidas, a las taxonomías corporales de los choferes y a la importancia que le asignaron.

Luego, analizaremos las representaciones del personal de tráfico respecto de los distintos conjuntos de saberes y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad. A tal efecto, nos basaremos en la construcción elaborada por Eduardo Menéndez denominada "Modelo Médico Hegemónico".

Entendemos que existe un doble proceso, ya que los distintos conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad determinarán la construcción de las representaciones. Pero a su vez, estas representaciones aportarán material para la continua construcción de los Modelos Médicos.

Así, tanto las representaciones como los conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad evidenciarán su carácter dinámico.

También habremos de referirnos a las concepciones de los choferes sobre la salud y la enfermedad como abstracciones, ya que entendemos que orientarán a las que se produzcan sobre sus manifestaciones concretas.

Finalizaremos el presente trabajo refiriéndonos al proceso de construcción de las representaciones de los conductores sobre su proceso salud-enfermedad. A tal efecto, nos basaremos principalmente en el aporte de Denise Jodelet. Comenzaremos analizando el proceso de selección y descontextualización de los elementos del objeto de representación. Luego, nos referiremos a la modalidad de agrupamiento de tales elementos y a su naturalización para poder ser empleados.

## **I. EL AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS: ESTADO DE LA CUESTION**

Las fuentes documentales existentes sobre el autotransporte de pasajeros (ATP) en la República Argentina son escasas.

La mayor cantidad de ellas está editada en diarios y revistas de actualidad y de las cámaras empresarias. En menor medida, hay investigaciones publicadas en revistas especializadas de diversas disciplinas científicas. Finalmente, las menos tienen el formato de libros o cuadernillos.

En cuanto a los artículos periodísticos, y por su abundancia, centramos nuestra atención exclusivamente en los trabajos sobre el autotransporte urbano de pasajeros (ATUP). En lo que respecta a las demás obras, analizamos las referidas al ATP y al ATUP.

Generalmente el ATP es estudiado desde una perspectiva económica, analizando aspectos tales como las tarifas, las estructuras de costos de las empresas, la incidencia sobre éstas de las políticas de desregulación del transporte y la implementación de nuevos sistemas de expendio de pasajes.

El segundo agrupamiento temático por su volumen de producción es el normativo. Los trabajos encuadrados en tal área se caracterizan por transcribir o analizar las Leyes, Decretos y Resoluciones que reglamentan el ATUP. Los artículos periodísticos escritos durante 1992 dan cuenta de importantes cambios.

Las publicaciones oficiales suelen ser las que se encargan de difundir el texto de los Decretos, Leyes y Resoluciones.

La medida más exhaustivamente tratada fue la sanción del Decreto 692/92, que constituye el Reglamento Nacional de Tránsito. El mismo dispone, entre otras cosas, la prohibición para el personal de conducción del corte de boletos. Una de sus consecuencias fue la necesidad de cambiar el actual sistema de expendio de pasajes. Tal

proceso ha sido seguido exhaustivamente por la prensa hasta la actualidad.

Una atención menor merecieron las disposiciones de la Secretaría de Transporte para privatizar los controles psicofísicos periódicos.

Un tratamiento marginal mereció la sanción de la Resolución 168/92 de la Secretaría de Transporte, por la que hay que informar a los pasajeros sobre las medidas de seguridad adoptadas en las unidades.

El área temática que sigue en importancia es la de la salud del personal de tráfico. Podemos clasificar los trabajos sobre este tema en dos grupos: los que dan cuenta de la implementación y desarrollo de los controles psicofísicos y aquellos que remiten a la problemática de la salud de los choferes del ATP analizando su proceso salud-enfermedad.

Esta división se entrecruza con la que anteriormente efectuamos para dar cuenta de la normativa del sector. Pero al ser nuestro centro de interés el proceso salud-enfermedad de los choferes, juzgamos conveniente analizar separadamente las reglamentaciones pertinentes a los controles sobre la salud del personal de conducción.

De acuerdo con el material al que pudimos acceder, la problemática de los exámenes psicofísicos únicamente fue tratada a través de artículos periodísticos.

En lo atinente a las investigaciones sobre la salud-enfermedad del personal de conducción, encontramos trabajos editados en diarios, revistas científicas y libros. Si nos remitimos a sus autores, salvo en el caso de los aparecidos en diarios, los demás siempre están vinculados a alguna institución. Este es el detalle de los autores en cuestión:

- Cupeta, Julio César: *Obra Social para el Personal del Transporte Automotor de Pasajeros*, Sección Capital.

- Coordinación Interministerial de Programas de Prevención de Accidentes de Transito: Dirección de Atención Médica del Ministerio de Bienestar Social y Dirección de Transporte del Ministerio de Obras Públicas de la Provincia de Buenos Aires.
  
- Ejilevich Grimaldi, Horacio: Obra Social para el Personal del Transporte Automotor de Pasajeros, Sección Capital.
  
- Seia, Héctor Sebastián: Unión Tranviaria Automotor, Seccional Córdoba.
  
- Tovalín Ahumada, Horacio y Lazcano Ramírez, Federico Miguel: Universidad Autónoma de México.

Los trabajos de este grupo hacen especial hincapié en la salud mental de los choferes. En el caso de los artículos periodísticos dichas consideraciones surgen a partir del análisis de su conducta (que es mostrada como emergente de sus condiciones de trabajo). Consignan como problemas principales la irritabilidad y el stress.

En el caso de las investigaciones cuyos autores acabamos de citar, la salud mental es tratada con una mayor profundidad, elaborándose perfiles de personalidad típicos y estudiando problemáticas como la del stress psicofísico y la incidencia sobre el sector de las neurosis y las psicosis.

La salud física comprende una producción de menor volumen. Los artículos periodísticos se limitan a citar estadísticas de los trastornos comunes a los choferes y a dar cuenta de su incidencia sobre el stress. De los restantes trabajos, solamente los realizados por la Coordinación Interministerial de Programas de Prevención de Accidentes de Transito y por Julio César Cupeta analizan la salud física, centrando su atención en aspectos como la motricidad, los síntomas físicos que se relacionan con la fatiga y realizando una descripción del estado físico de los choferes examinados.

En los trabajos sobre la implementación de nuevas medidas para atender y controlar la salud del personal de conducción, el acontecimiento más tratado es la privatización de los controles psicofísicos periódicos realizados a los choferes. Esto se concretó en abril de 1992. Los exámenes comenzaron a realizarse a principios de junio.

También contamos con material de 1953 y 1954 editado en la revista **Transportes Automotores**, publicación de la Administración General de Transportes Automotores. La misma circuló entre 1953 y 1955 (1). Algunos de los aspectos tratados fueron la asistencia médica que prestaba la AGTA a su personal, la constitución de una comisión para la realización de estudios de seguridad e higiene y la contratación de prestadores de servicios médicos y de seguros contra accidentes. También se publicaron artículos sobre la política de recursos humanos de la AGTA, que versaban sobre las políticas de capacitación al personal y sobre las relaciones que recomendaban a los choferes para con los pasajeros.

Las páginas policiales de los diarios dan cuenta de los accidentes protagonizados por colectivos. Su lectura es esclarecedora, porque en ellos suelen citarse fallos judiciales respecto del régimen de trabajo de los choferes y también la postura sobre este tema que mantiene el sindicato.

Solamente encontramos un artículo periodístico sobre la historia del ATUP en el país. Fue publicado como un espacio de publicidad de la Cámara Empresaria del Autotransporte de Pasajeros en el diario Clarín el 26/9/91.

En lo que respecta a la interrelación entre el desarrollo del ATUP y los procesos de urbanización, ubicamos una investigación realizada por el Ministerio de obras Públicas de la Provincia de Buenos Aires y la Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Nacional de La Plata en la ciudad de Campana.

---

(1) En ese momento el Estado tenía la propiedad de distintas empresas de ATP.

En cuanto a la producción antropológica sobre el ATP, hallamos un trabajo producido en 1988 por Ana María Cousillas titulado: Identidad y folklore ocupacional entre los trabajadores del transporte colectivo de pasajeros en el Area Metropolitana. Está realizado desde la perspectiva del folklore, y practica un análisis del discurso de los choferes sobre aspectos cómo su relación con sus compañeros de trabajo, los pasajeros y con el microómnibus.

Desde 1979 la UTA edita una publicación mensual titulada "Kilómetro Cero". Debemos destacar su importante difusión: tiene una tirada de 20.000 ejemplares. Anteriormente, el sindicato realizó otras publicaciones (desde 1919), pero asistemáticamente y no pudimos acceder a ellas.

Para completar este panorama de la bibliografía existente sobre el ATP en la Argentina, consignaremos las revistas publicadas por las distintas cámaras empresarias:

Federación Argentina del Transporte Automotor de Pasajeros: **La Gaceta del Transporte.**

Cámara Gremial del Transporte Automotor de la Provincia de Buenos Aires: **Motor y Camino.**

Cámara Empresaria del Autotransporte de Pasajeros: **El Auto Colectivo.**

## II. MARCO TEORICO

### II.1. El proceso de trabajo

Nos referiremos al concepto proceso de trabajo, pues consideramos que su conocimiento es fundamental para analizar el proceso salud-enfermedad de los grupos obreros, "...ya que permite desentrañar de que manera se constituye el nexo biospsíquico de la colectividad involucrada en él." (Laurell y Noriega, 1989:70) (1).

Lo caracterizaremos a través del enfoque materialista histórico.

Parafraseando a Marx, Agudelo (1986) dice que

**...el trabajo es un proceso entre el hombre y la naturaleza: un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza con el fin de apoderarse los materiales de ella bajo una forma útil para su propia vida. El trabajo es una actividad orientada a un fin y en la cual el hombre materializa su idea previa.**  
(Agudelo, 1986:17)

La actividad laboral es imprescindible para la existencia de la sociedad, porque por su intermedio se crean tanto los bienes materiales necesarios para la vida de sus miembros, cómo las relaciones que mantienen entre sí.

Refiriéndonos con más detalle a los bienes materiales, destacamos que la forma en que se organiza su elaboración constituye el modo de producción.

El modo de producción se define a través de aspectos de dos órdenes: los materiales y técnicos (fuerzas productivas) y los sociales (relaciones sociales de producción).

Las fuerzas productivas están integradas por la **fuerza de trabajo**, que es definida por Marx (1867) cómo el conjunto de las condiciones físicas y espirituales

---

(1) Para la elaboración de las citas hemos optado por hacer constar el año de la primera edición de la obra en cuestión. Esto se debe a que así se puede tener en cuenta el momento histórico en que la idea fue concebida. En la bibliografía final consignamos los datos de las ediciones efectivamente consultadas.

encarnadas en un ser humano y puestas en acción para producir valores de uso de cualquier tipo. También forman parte de las fuerzas productivas los **medios de producción**, que están constituidos por los objetos de trabajo (que son aquellos elementos sobre los que se ejerce la actividad transformadora) y también por los medios de trabajo (que son las herramientas de las que se vale el hombre para llevarlo a cabo).

Entonces, siguiendo a Palermo (1986), podemos decir que el concepto de "fuerzas productivas" explica la relación que vincula a los hombres con los objetos y con los medios de trabajo en la producción de bienes materiales.

Refiriéndose a las relaciones sociales de producción, Marx sostiene que:

**En la producción social de su vida, los hombres entran en determinadas relaciones necesarias e independientes de su voluntad, relaciones de producción que corresponden a una determinada fase de desarrollo de sus fuerzas productivas materiales. (Marx, 1857:7)**

Las relaciones sociales de producción están definidas jurídicamente por la propiedad/no propiedad de los medios de producción, por la situación de los grupos sociales dentro de la producción y por la modalidad de distribución del producto. Tales relaciones son el pilar de la organización social de los agrupamientos humanos.

En relación a esto, Bellmartino afirma que de acuerdo al modo de producción de cada sociedad, variará "...la preocupación por la construcción y reproducción de la fuerza de trabajo" (Bellmartino, 1985:5).

Aunque para explicar el concepto modo de producción fuimos haciendo una puntualización sobre sus principales dimensiones, queremos destacar que dicho proceder tiene una finalidad meramente analítica, ya que en realidad no existen como entidades independientes.

La importancia del concepto "modo de producción" no radica únicamente en la organización de la producción de los bienes materiales.

Ampliando ésta cuestión, Marx afirma que la suma de las

**...relaciones de producción constituye la estructura económica de la sociedad, el verdadero fundamento sobre el que se erige la superestructura legal y política y a la que le corresponden formas definidas de conciencia social. (Marx, 1857:7)**

El modo de producción está relacionado con las características de la organización social de cada grupo humano.

Por medio del enunciado de Marx que acabamos de citar se introduce en éste trabajo el concepto "superestructura". Refiriéndose al mismo, Williams dice que de la superestructura emergen tres sentidos:

**a) las formas legales y políticas que expresan verdaderas relaciones de producción existentes; b) las formas de conciencia que expresan una particular concepción clasista del mundo; c) un proceso en el cual, respecto de toda una serie de actividades, los hombres toman conciencia de un conflicto económico fundamental y lo combaten. (Williams, 1977:95)**

Estructura y superestructura no pueden ser analizadas como entidades concretas separables. El uso que hace Marx de éstos términos es metafórico. Aunque podría pensarse que la superestructura tiene valor por sí sola, no podría ser entendida en caso de desconocerse que se apoya en un "fundamento".

Williams (1977) explica que las relaciones entre estructura y superestructura son constantes. Si bien pueden llegar a ser desagregadas en "elementos" con una finalidad analítica, en la vida real dichas relaciones son indisolubles. "...no son «áreas» o «elementos» separados, sino productos totales y específicos del hombre real." (Williams, 1977:99). Ningún aspecto de la vida social puede ser concebido como un emergente de la estructura o de la superestructura.

Marx entendía que para estudiar la relación entre la producción intelectual y la producción material debía

comprenderse a ésta última en su forma histórica específica, y no como una categoría general. De otro modo no se podrían entender, ni las características de la producción intelectual, ni su interacción con la producción material.

La estructura no es una entidad inmutable. Constituye un proceso dinámico. Es a partir de ella que se pueden deducir los procesos (también dinámicos) característicos de la superestructura.

**...no son "la base" y "la superestructura" las que necesitan ser estudiadas, sino los verdaderos procesos específicos e indisolubles dentro de los cuales, desde un punto de vista marxista, la relación decisiva es la expresada por la compleja idea de la "determinación". (Williams, 1977:101)**

El término "determinación" tiene un doble sentido: el de fijación de límites y el de ejercicio de presiones para decidir el resultado de una acción o proceso.

La determinación está básicamente en manos de los participantes de la acción o proceso. Partiendo de tal perspectiva, se torna imprescindible conocer las características de los procesos y sus actores.

Cuando nos referimos a la determinación cómo "fijación de límites", queremos decir que en cierta medida los procesos tienen un desarrollo inherente y predecible. Es decir, que los procesos sociales poseen características relativamente fijas, que hasta cierto punto permiten el establecimiento de regularidades, y que son "determinantes".

Se puede llegar a "predecir" el desarrollo de un proceso en base al conocimiento de sus "condiciones objetivas". Las mismas son establecidas por los hombres.

De todos modos, los límites son dinámicos, y hasta cierto punto se puede ir más allá de ellos a través de las fuerzas del cambio social.

El hecho de que sean los hombres los que establezcan las condiciones objetivas bajo las que se desarrollan los procesos sociales implica la posibilidad de

que actúen (ejerzan presiones) para establecer (controlar) el curso y el resultado de los procesos. Por lo tanto, la determinación es un acto social.

Las presiones no se ejercen solamente

**...contra los límites, aunque éstos son de fundamental importancia. Con frecuencia son al menos presiones derivadas de la formación y el impulso de un modo social dado; en efecto, son una compulsión a actuar de maneras que mantienen y renuevan el modo social de que se trate. Son asimismo, vitalmente, presiones ejercidas por formaciones nuevas con sus requerimientos e intenciones todavía por realizar. (Williams, 1977:107)**

Williams (Op. Cit.) sostiene que la determinación es un proceso de límites y presiones complejo e interrelacionado, que se encuentra en el propio proceso social y no en su exterior.

El análisis de los distintos procesos de trabajo no debe caer en el esquematismo. De acuerdo a la especificidad de cada uno de ellos, se definirá el camino a seguir. Por ejemplo, el análisis de los procesos de trabajo orientados hacia la producción de bienes materiales no podrá seguir exactamente las mismas pautas que el proceso de trabajo del sector de los servicios.

El proceso de trabajo es un aspecto definitorio de la inserción social específica de los grupos humanos. Laurell y Noriega (1989) plantean que son los grupos definidos desde su inserción social los que encarnan el proceso salud-enfermedad históricamente específico (2).

En cada sociedad el proceso de trabajo adopta una modalidad organizativa distinta.

Nuestra investigación se realizará en el marco de la sociedad argentina. Su modo de producción es el capitalista dependiente.

En las sociedades capitalistas

**El inversor o capitalista aspira lograr al final del proceso una masa de dinero mayor**

---

(2) Trataremos en detalle esta cuestión en II.2.2. "La relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad".

que la inicial para lo cual debe lograr que se produzca una mayor cantidad de mercancías o un mayor valor del inicialmente puesto en el proceso. El proceso productivo, por lo tanto, es un doble proceso: es un proceso de trabajo y a la vez un proceso de valorización. (Federico, 1989:2)

Según Marx (1867), a través del proceso de valorización el capitalista tratará de obtener una producción cuyo valor sea superior al que le insume todo el proceso productivo. Es decir, a la suma de los medios de producción y de la fuerza de trabajo que lo conforman. Al capitalista

...no le basta con producir un valor de uso; no, él quiere producir una mercancía; no sólo un valor de uso, sino un valor; y tampoco se contenta con un valor puro y simple, sino que aspira a una plusvalía, a un valor mayor. (Marx, Vol. I, 1867:138)

El proceso de trabajo en el capitalismo persigue como finalidad principal la extracción de plusvalor.

En las sociedades capitalistas las características definitorias del proceso productivo estarán determinadas por los requerimientos del proceso de valorización. Para analizar los rasgos de un proceso de trabajo específico, es imprescindible comprender primeramente la lógica del proceso de valorización.

Laurell y Noriega (1989) afirman que el proceso productivo es la materialización del proceso de valorización. También indican que la dinámica del proceso de valorización se vincula con las relaciones que mantienen el capital y el trabajo.

El contexto en el que se desarrolla el proceso de trabajo en las sociedades capitalistas se constituye a partir del conflicto entre el capital y el trabajo y de la competencia entre los capitalistas para maximizar sus ganancias (3).

El segundo conflicto al que nos referimos tiene cómo eje al plusvalor, que se convierte en materia de

---

(3) Nos referiremos a estas problemáticas en IV " La organización del autotransporte urbano de pasajeros en el Area Metropolitana de Buenos Aires y en VI. "...

disputa en dos sentidos: en el de su distribución (entre plusvalor y salario) y en el de la manera de generarlo.

Esta última cuestión equivale a decir cómo se organiza el proceso de trabajo y se usa la fuerza de trabajo "...cuestión indisolublemente ligada al control sobre el proceso laboral." (Laurell y Noriega, 1989:70). Por lo tanto, cada proceso laboral es un ámbito de lucha entre el capital y el trabajo. Las relaciones laborales son relaciones de poder, y constituyen un espacio de disputa.

Un concepto fundamental para el análisis de las relaciones entre capital y trabajo es el de transacción, Grimberg (1992) afirma que este

**...posibilita aproximarse conceptualmente a un proceso que incluye de parte de los trabajadores resistir, cuestionar explícitamente aspectos de estrategias patronales (o de políticas estatales según las circunstancias históricas) y reproducir los mecanismos básicos de las relaciones sociales dominantes a la vez de producir cambios, innovaciones en las modalidades concretas de las mismas. (Grimberg, 1992:307)**

A través del proceso transaccional, los sectores obreros pueden apropiarse (y reelaborar) las categorías de los grupos dominantes, y emplearlas en sus relaciones con estos y también para la reflexión y práctica sobre su propia experiencia. Asimismo coexisten con categorías independientes y contrapuestas a las dominantes (4).

Las relaciones entre los sectores dominantes y subalternos conforman un amplio espectro, que va desde la coerción y hegemonía hasta el consenso.

El término hegemonía da cuenta de una serie de relaciones de dominación y de subordinación. Se trata de una relación social de poder.

La dominación que se ejerce a través de la hegemonía no es puramente coerción directa. Se caracteriza porque no es absoluta ni estática.

---

(4) Trataremos con más detalle esta cuestión en II.3. "La representación social".

Al entender de Grimberg (1992), la hegemonía es producto de la articulación entre coerción y consenso. No se logra solamente a través del mero ejercicio de la coerción, requiere también la formación de consenso.

La hegemonía constituye todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida: nuestros sentidos y dosis de energía, las percepciones que tenemos de nosotros mismos y de nuestro mundo. Es un vívido sistema de significados y valores -fundamentales y constitutivos- que en la medida en que son experimentados como prácticas parecen confirmarse recíprocamente. Por lo tanto, es un sentido de la realidad para la mayoría de las gentes de la sociedad, un sentido de lo absoluto debido a la realidad experimentada más allá de la cual la mayoría de los miembros de la sociedad -en la mayor parte de las áreas de sus vidas- se torna sumamente difícil. (Williams, 1977:131)

La hegemonía no tiene una existencia concreta, es un concepto que sirve para analizar las relaciones que vinculan a sectores sociales antagónicos. Asimismo, no es separable en "constituyentes", salvo que se lo haga siguiendo una finalidad analítica.

La hegemonía siempre es social, ya que remite a una relación entre sectores sociales. Los distintos grupos de la sociedad constituyen fuerzas que se orientan de un modo variable. Esto dependerá del poder de cada uno de ellos en un momento histórico específico. La variable correlación de fuerzas hará que se modifiquen las estrategias de mantenimiento (y también de lucha) de la hegemonía.

La hegemonía no implica una dominación absoluta. Es permanentemente resistida, y existen también formas alternativas a ella que pueden llegar a estar permeadas en mayor o en menor medida por las categorías dominantes, siendo entonces interdependientes.

Debido a la existencia de estas fuerzas que se le contraponen, demanda una constante construcción y renovación. Para asegurar su mantenimiento se torna imprescindible el conocimiento de las mencionadas

alternativas, para así controlarlas, transformarlas e incluso incorporarlas.

La hegemonía se logra a través de procesos económicos, políticos e ideológicos interdependientes en los que intervienen tanto dominantes como dominados, dando lugar a una relación social que debe ser entendida como un proceso.

Las relaciones de hegemonía ponen siempre límites y someten a presiones a las fuerzas que pueden llegar a disputarle el dominio de los sectores dominantes.

La hegemonía establece los límites dentro de los que puede transcurrir el conflicto entre los distintos sectores sociales. Thompson (1979) explica que la hegemonía establece los parámetros dentro de los que la cultura subalterna es libre para actuar y crecer.

El mantenimiento de la hegemonía (y la resistencia a la misma) demanda la adopción de estrategias permanentemente cambiantes. Entonces, "...sólo puede ser mantenida por los gobernantes mediante un constante y diestro ejercicio de teatro y concesión" (Thompson, 1979:60).

Es necesario llevar a cabo un trabajo interpretativo, porque estos gestos de concesión deben ser considerados también desde el punto de vista de los grupos subalternos; para quienes (según Thompson) son un "acto de lograr".

Sería una visión reduccionista tomar lo hegemónico por la totalidad. Es por eso que Williams (1977) afirma que las funciones específicas de lo hegemónico deben ser acentuadas, pero no de forma que sugiera una totalidad a priori.

La cuasi omnipresencia de las categorías hegemónicas en la sociedad hace que

**Todas o casi todas las iniciativas y contribuciones, aún cuando asuman configuraciones manifiestamente alternativas o de oposición, en la práctica se hallan vinculadas a lo hegemónico: que la cultura dominante, por así decirlo, produce y limita a la vez sus propias**

**formas de contracultura. (Williams, 1977:136)**

La hegemonía conforma un marco bajo el que los miembros de la sociedad construyen gran parte de sus vidas. Así se logra el control parcial de los sectores subalternos, porque los principales conceptos del proceso hegemónico son una expresión de los intereses del sector dominante.

En la medida en que coexisten con categorías opuestas a las dominantes, podemos decir que no todas son categorías de subordinación, y que entonces es posible que sean superadas. Justamente por eso es necesario analizar si ofrecen una estrategia para reemplazarlas.

**La hegemonía, incluso cuando se impone con fortuna, no impone una visión de la vida totalizadora; más bien impone orejeras que impiden la visión en ciertas direcciones mientras que la dejan libre en otras. Puede coexistir (...) con una cultura del pueblo vigorosa y autoactivante, derivada de sus propias experiencias y recursos. Esta cultura, que se resiste en muchos puntos a cualquier forma de dominio exterior, constituye una amenaza a las descripciones oficiales de la realidad... (Thompson, 1979:60)**

Por otra parte, Grimberg (1992) sostiene que

**...las relaciones de hegemonía no suponen para los trabajadores simplemente negociar desde una correlación de fuerzas positiva o negativa según las coyunturas, sino fundamentalmente desde una estructura de poder que dispone de mecanismos de coerción (por ejemplo, presión sobre medios económico-sociales básicos para su vida como el empleo, los salarios, etc., o sobre las posibilidades de acción de las organizaciones gremiales), y de mecanismos de consenso a partir de los resortes de regulación contenidos en las políticas y la legislación laboral. (Grimberg, 1992:358-359)**

Los sectores dominantes y los subalternos se encuentran vinculados a través de relaciones que van desde el consenso hasta la coerción y hegemonía, en un proceso transaccional en el que se articulan todas ellas.

A continuación, plantearemos algunos de los atributos principales del ATUP y del proceso de trabajo de los conductores. Consideramos que los mismos deberían constituir el punto de partida para caracterizar a nuestra unidad de análisis.

Ni el autotransporte urbano de pasajeros (ATUP), ni el transporte público de pasajeros en general, son actividades orientadas a la producción de bienes materiales.

La importancia del ATUP radica principalmente en que posee un lugar destacado en los procesos de producción en la medida en que posibilita el traslado ininterrumpido de la fuerza de trabajo (5). Juega así un papel básico en el proceso de valorización general del capital puesto inicialmente en el proceso productivo.

También tiene un rol fundamental en la producción y reproducción de los trabajadores. Esto se debe a que, el traslado hacia los lugares donde se desarrollan los procesos particulares de producción, les permite vender su fuerza de trabajo y obtener así sus medios de vida.

El ATUP también facilita a los trabajadores el acceso al consumo.

Agudelo (1986), explica que el proceso de consumo está íntimamente relacionado al proceso de trabajo. Define al consumo como:

**...el conjunto de bienes materiales y medios de subsistencia sociales a los que tienen acceso las diferentes clases sociales. (Agudelo, 1986:18)**

Los consumos son determinados por los procesos de producción.

El proceso de producción y el de consumo dan lugar al proceso de reproducción social.

Así, se puede afirmar que el ATUP juega un papel fundamental en la producción y en la reproducción social.

---

(5) Si bien no hace a nuestro tema de trabajo, debemos destacar que el transporte también tiene un rol central en los procesos de circulación de mercancías.

Aunque en las empresas del ATUP no se produzcan mercancías, el proceso de trabajo que allí se lleva a cabo tiene un idéntico objetivo que las que sí lo hacen: la producción de plusvalor. A tal efecto, se tratará de maximizar la productividad de la fuerza de trabajo y minimizar la inversión en los aspectos relacionados con sus condiciones de trabajo (a no ser que redunden en una mayor ganancia empresaria).

Agudelo (1986) destaca dos peculiaridades del proceso de producción capitalista: 1) El obrero no es propietario de los medios de producción; estos son del capitalista, que ejerce el control del proceso de producción. Entonces; 2) El obrero no es propietario del producto de su trabajo, sino que lo es el capitalista. El trabajador únicamente posee su fuerza de trabajo.

La imposibilidad por parte de los trabajadores de ejercer el control permanente sobre el proceso de trabajo hace que, cuando este se desarrolla bajo el capitalismo, pueda ser calificado como enajenado.

Para profundizar en la pérdida de control de los obreros sobre el proceso productivo y en los controles a los que son sometidos nos referiremos a la modalidad más importante de las sociedades capitalistas para organizar el proceso productivo: el "maquinismo"

Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez (1986) analizan el maquinismo "...por ser la forma que más se aproxima al proceso de trabajo del transporte urbano." (Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez, 1986:4)

A través del maquinismo se complejiza la división del trabajo y los obreros se van descalificando. Así se llega a un punto en que los trabajadores sólo llevan a cabo reiteradamente secuencias de operaciones sencillas y breves.

Otra característica fundamental del maquinismo es el empleo de las máquinas-herramienta. Por su intermedio se sustituye la energía humana aportada al proceso de trabajo, y se reduce el uso de herramientas manuales.

Cuando la maquinaria no es totalmente automática, el obrero ejerce un control parcial sobre el proceso de trabajo. Esto sucede porque es él quien la opera (tal es el caso del personal de conducción del ATUP). El maquinismo implica la aparición de nuevos mecanismos de control y también de incentivos (pago a destajo). De esta manera el capitalista logra:

- 1) Un incremento impresionante en el ritmo y la velocidad del trabajo.
- 2) La división entre los obreros al aplicar incentivos en puestos claves que obliguen a elevar el ritmo de trabajo en todo el proceso general.
- 3) Se amplía el número de productos y por ende el de materias primas.
- 4) Un nuevo uso del tiempo con la creación del trabajo por turnos a pesar de la legislación de la jornada de ocho horas y a consecuencia de esto:
- 5) La subordinación de toda actividad del trabajador al momento productivo (tiempo libre, ocio, cultura, diversión, descanso, etc.)
- 6) La ruptura definitiva entre la concepción y la realización del trabajo. (Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez, 1986:5)

La fuerza de trabajo queda subordinada a la máquina, en función de la que se organiza el proceso productivo.

De aquí en más la resistencia física y psíquica del trabajador constituirá un límite mucho menor al desarrollo de las fuerzas productivas, y la explotación de la fuerza de trabajo se intensificará.

Párrafos atrás citamos a Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez (1986), quienes analizaban los puntos de contacto entre el maquinismo y la modalidad de trabajo de los choferes del transporte urbano. Estamos de acuerdo con ellos. Existe una serie de semejanzas entre el maquinismo y el proceso de trabajo del personal de conducción del ATUP. Si comparamos la fuerza de trabajo bajo la modalidad maquinista con los choferes de ATUP, podemos ver que ambos: a) están calificados deficientemente, conociendo sólo una parte del proceso de trabajo que los involucra; b) realizan repetitivamente secuencias de operaciones sencillas y

breves; c) sus ritmos de trabajo están subordinados a los de la maquinaria; d) están en constante contacto con la maquinaria; e) realizan sus tareas estrechamente controlados y f) sus actividades están subordinadas al tiempo productivo (esto se relaciona con sus regímenes de horarios de trabajo y de francos, que no son fijos) (6).

## II.2. El proceso salud-enfermedad

La salud y la enfermedad no pueden analizarse como instancias separadas, (salvo que circunstancialmente imperativos metodológicos así lo exijan), ya que constituyen un continuo: el proceso salud-enfermedad.

Tal concepción es una superación de las explicaciones causalistas, que conciben a la salud y a la enfermedad como escindidas.

El proceso salud-enfermedad es social. Adherimos a la postura de Grimberg, quien sostiene que

**El carácter de estos procesos de salud-enfermedad-atención es social e histórico. Esto significa que no lo definimos como factor, ni como aspecto, ni será remitido al problema de la causalidad.**

**Decir que su carácter es social significa plantear estos procesos en relación a la totalidad de la vida social y a sus determinaciones. (Grimberg, 1993:8)**

Menéndez (1986) sostiene que el proceso salud-enfermedad es un problema político. Se basa en el papel que asume lo social: actúa desde el proceso de trabajo y desde las relaciones sociales que éste determina. También se respalda en la toma de conciencia de que su campo son los grupos sociales.

El proceso salud-enfermedad del personal de conducción del ATUP puede analizarse a partir de una serie de aspectos interdependientes, que tienen pesos relativos y variables; algunos de ellos son los siguientes:

. Modo de producción dominante

---

(6) Desarrollaremos con más detalle las implicancias de ésta problemática sobre el proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP en II.2.2. "La relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad".

- . Situación de clase de los choferes
- . Organización del proceso de trabajo de los choferes
- . Grado de sindicalización
- . Características principales del sector empresario
- . Ordenamiento legal del ATUP
- . Conocimientos que poseen los choferes sobre el proceso salud-enfermedad
- . Experiencia de los choferes respecto del proceso salud-enfermedad.

La dimensión biológica también interviene en el proceso salud-enfermedad. Los individuos son seres vivos, y poseen un sustrato orgánico que participa en la dinámica del proceso salud-enfermedad.

Hay una permanente interacción entre lo biológico y lo social. Por ejemplo, malformaciones con un eventual carácter congénito como las escoliosis se agravan a partir de la ejecución de tareas de conducción de microómnibus (7). También existen procesos biológicos que se manifiestan de una determinada manera debido a las condiciones laborales, como lo ejemplifica el funcionamiento patológico del aparato cardiovascular de una parte de los choferes. De acuerdo con H. Ey, P. Bernard y Ch. Brisset las expresiones emocionales son muy importantes respecto del aparato cardiovascular:

**...taquicardias, hipotensión, hipertensiones arteriales pasajeras, son las manifestaciones más comunes. (...) Los trastornos funcionales son también particularmente frecuentes: palpitaciones y dolores precordiales; lipotimias con todos los grados de desvanecimiento, que van hasta el síncope. (...) el miedo, la cólera, se expresan muy directamente por el sistema cardiovascular. (Ey, et. al., 1965:910)**

Las consultas al servicio de cardiología de la clínica central de la obra social de la UTA para el primer semestre de 1988 fueron un 6,13% del total.

---

(7) El 10% de las prestaciones efectuadas en una clínica contratada por la FATAP corresponde a la atención de lumbalgias osteoarticulares (en La Nación, 24/11/91).

El carácter social del proceso salud-enfermedad es notorio al practicar un análisis comparativo de las condiciones de salud-enfermedad en función de las distintas clases sociales de la sociedad. Los modos de vivir, enfermarse y morir variarán en el seno de cada grupo. Esto demuestra la relación entre el proceso salud-enfermedad y el lugar que se ocupa dentro del proceso productivo y, por lo tanto, en la estructura de clases.

Menéndez (1986) sostiene que la salud y la enfermedad son constitutivas de toda sociedad, y expresan su estructura.

La salud y la enfermedad son entendidas como tales a partir de su reconocimiento por parte de las personas. Vale decir, que no existen estados de salud o de enfermedad apriori. Entonces, como explicáremos en II.2.2., el proceso salud-enfermedad es una construcción social. Sobre tal aspecto centramos nuestra investigación del proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP.

La manera en que es representado el proceso salud-enfermedad manifiesta la dinámica de los grupos sociales. Si los marcos valorativos van modificándose constantemente, también lo hará su conceptualización.

Al ser social, el proceso salud-enfermedad es histórico, de aquí la importancia del conocimiento de las situaciones históricas concretas para su análisis.

### **II.2.1. Los Modelos Médicos**

Analizaremos la problemática de los saberes sobre el proceso salud-enfermedad, porque consideramos que aportan elementos para la construcción de las representaciones que lo toman como objeto.

Existen distintos conjuntos de saberes y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad. Cada uno es definido por Menéndez (1986) cómo un Modelo Médico (MM). Es principalmente a través de los conceptos que proporcionan que habrá de construirse el proceso salud-enfermedad.

Menéndez (1990) reconoce tres modelos básicos referidos al proceso salud-enfermedad: el Modelo Médico

Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención.

**a) Modelo Médico Hegemónico**

La abstracción (con una finalidad meramente analítica) de los "rasgos" constitutivos de la relación entre el proceso salud-enfermedad y la medicina científica permite elaborar la construcción denominada Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Menéndez (1978) sostiene que en su construcción participan no sólo los médicos, sino todos los sectores sociales. El personal de conducción del ATUP aporta elementos para la constitución del MMH, y se apropia del mismo para construir sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad.

El saber que se nuclea en la construcción MMH posee una posición dominante sobre los que integran los distintos MM que coexisten en una sociedad. Esta hegemonía la edifica excluyendo ideológica y jurídicamente los saberes y prácticas ajenos a la medicina científica. Lo logra a través de una constante expansión, por lo que se encuentra en continuo conflicto con los restantes MM.

Para lograr expandirse y reforzar su rol dominante, el MMH incorpora y reprocesa elementos pertenecientes a los otros MM con los que se encuentra en pugna, haciendo que adopten una posición subordinada. Así llegan a formar parte de él. Menéndez (1990) afirma que el MMH lleva a cabo constantemente transacciones con los demás MM. Las mismas implican un proceso de reconocimiento-desconocimiento de sus rasgos y la apropiación de algunos de ellos.

Menéndez prioriza el análisis de las contradicciones entre el MMH y los otros MM. Estas se resuelven de modo tal que coadyuvan a los procesos de producción y reproducción económico-política de la sociedad, con la consiguiente reafirmación y fortalecimiento de la hegemonía del sistema dominante. Podemos verlo a partir del rol que adopta la atención médica que reciben los choferes.

El sector empresarial procura

...anular (o pretender anular) a la señal de alarma que denuncia la descomposición del sistema. Esto se instrumenta por (...) El tratamiento que hacen de esta problemática los médicos controladores (salvo excepciones) de las patronales, con interferencia cierta en las terapéuticas. Ya sea tratando de acortar los tiempos de restablecimiento o bien, en oportunidades, rechazando "carpetas médicas" de psiquiatría, sin fundamentar científicamente tal actitud.

Como puede verse, este accionar afecta a tres niveles: el preventivo, el curativo y el de rehabilitación. (Seia, 1986:27)

Por otra parte, el sector gremial "...no acierta en una estrategia para contrarrestar la presión empresarial (que al no poseer limitación se torna más patogénica)." (Seia, 1986:27)

El MMH está constituido por tres submodelos: individual privado, médico corporativo público y médico corporativo privado.

Nos referiremos a algunas de las características comunes a todos:

#### - Biologismo

El MMH proporciona el sustento teórico para la reflexión y acción sobre el proceso salud-enfermedad, considerando prioritariamente variables biológicas. Adquiere entonces una connotación positivista, que sirve de aval para su científicidad.

La preeminencia de la dimensión biológica coloca en un lugar subalterno a las explicaciones sociales sobre el proceso salud-enfermedad.

El biologismo no se manifiesta únicamente en la práctica médica, sino que también aparece en el proceso de formación de los médicos.

#### - Ahistoricidad

Al considerar el MMH a la enfermedad como un hecho de raíz biológica, descarta las explicaciones sociohistóricas.

Para el MMH la explicación histórica válida es la de la historia natural de la enfermedad. Con esto nos referimos a su evolución biológica.

- Asocialidad

La medicina científica niega el carácter social del proceso salud-enfermedad. Aunque preconiza que sí lo toma en cuenta; realizando una revisión sobre el proceso de formación y sobre la práctica podemos ver que no es así.

A este no reconocimiento de la naturaleza social del proceso salud-enfermedad se agrega la poca importancia que le asigna a las relaciones sociales entabladas entre el médico y el paciente.

Menéndez (1978) afirma que la salud y la enfermedad son planteadas como áreas autónomas por el MMH, separándolas del resto de las relaciones sociales.

Una de las funciones de la práctica médica, que no está declarada, es impedir la participación de los conjuntos sociales en el MMH. Hace que ellos jueguen un rol eminentemente pasivo, escindiéndose las determinaciones sociales, y haciendo aparecer a la enfermedad y al enfermo como independientes de las relaciones sociales en que están insertos.

Es la no adhesión a esta postura la que nos llevó a investigar el proceso salud-enfermedad en el grupo de los choferes del ATUP.

- Eficacia pragmática

La expansión del MMH contribuyó en algunos casos a la disminución de las tasas de morbimortalidad. Esto es comprobable mediante el auxilio de indicadores tales como las tasas de mortalidad general e infantil, la medición de la recurrencia de ciertas enfermedades, etc. Los mismos son considerados como testigos objetivos de su eficacia. Así se enmascara el carácter social del proceso salud-enfermedad.

- Orientación básicamente curativa

La medicina científica, sustentándose en el MMH, sostiene que además de acciones curativas deben encararse otras de carácter preventivo. En la práctica esto no sucede.

El papel secundario de la prevención en la medicina científica, encuentra una explicación en su biologismo y en su esfuerzo por negar el carácter histórico-social del proceso salud-enfermedad. Al operar solamente sobre lo manifiesto, son casi imposibles las acciones preventivas.

#### - Mercantilismo

Sus supuestos principales son que el mercado establece como serán las instituciones médicas y que la salud es una mercancía.

El mercantilismo dificulta la elaboración de estrategias preventivistas. El porqué podemos encontrarlo en que la prevención puede ser la raíz de un enfoque crítico del sistema de mercado, debido al tipo de relaciones sociales de producción que conlleva (relaciones de explotación). Además, las prácticas preventivas demandan menos recursos que las curativas. Entonces, en el caso de implementarlas, se está poniendo un freno a la medicina como actividad lucrativa.

El mercantilismo torna tanto a la salud como a la enfermedad en mercancías. La práctica médica no es un servicio, Menéndez sostiene que "...la práctica médica y las actividades de salud serán necesariamente convertidas en bienes de cambio." (Menéndez, 1978:29)

Todo esto contribuye a que la relación médico-paciente vaya despersonalizándose crecientemente.

Los individuos tienen un papel pasivo en las actividades de salud. Lo hacen individualmente, y en los momentos y lugares que las instituciones indican. Cragolini (1991) explica que durante la consulta médica el paciente relata al médico sus síntomas; quien se encarga de constatarlos y eventualmente desecharlos.

#### **b) Modelo médico alternativo subordinado**

Sus principales elementos son las categorías proporcionadas por las prácticas "tradicionales"; que no tienen que ser necesariamente previas a la existencia del MMH. También pueden ser derivaciones o productos de este. Aquí se agrupa un amplio espectro de saberes sobre el proceso salud-enfermedad, que tienen orígenes distintos.

Cómo ya explicamos, los saberes y prácticas alternativos son susceptibles de ser apropiados por el MMH. Los componentes del modelo médico alternativo subordinado no son ajenos a esta cuestión.

### **c) Modelo de autoatención**

Este modelo parte del abordaje del proceso salud-enfermedad a partir del diagnóstico y la atención llevado a cabo por las propias personas, sus familiares y/o distintos grupos comunitarios. Aquí no interviene ningún individuo que tenga establecido el rol de curador.

El fin último de la autoatención es asegurar la reproducción social y física a través de las unidades doméstico-familiares. Este modelo sirve de sustento para dar una respuesta a la recurrencia de las enfermedades en la familia y a la necesidad de que las acciones terapéuticas se lleven a cabo rápidamente.

La autoatención está altamente generalizada. Menéndez (1990) afirma que constituye la primera instancia de atención.

Una de las manifestaciones más conocidas del modelo de autoatención es la automedicación.

Los modelos son construcciones realizadas para analizar la realidad. Cuando se los considera escindidamente de ella, son solamente un agrupamiento de abstracciones. Nosotros indagaremos la presencia de las categorías de los modelos que detallamos en el proceso salud-enfermedad del personal de tráfico del ATUP con la finalidad de analizar su participación en la construcción de sus representaciones.

### II.2.2. La construcción social del proceso salud-enfermedad

Como ya explicamos, el proceso salud-enfermedad del hombre es social.

Ningún producto de la vida en sociedad surge espontáneamente, sino que es una construcción social.

Nos referiremos a la construcción social del proceso salud-enfermedad en las sociedades donde la concepción dominante es la de la medicina científica; centrando nuestra atención en los choferes del ATUP.

Adherimos a la postura de Grimberg, que afirma que

**Desde la dimensión de la construcción social (...) el proceso salud-enfermedad comprende la articulación (como condicionamiento recíproco) entre las representaciones y las prácticas desarrolladas por distintos actores sociales. (Grimberg, 1991:24)**

La salud y la enfermedad son entendidas como tales desde que son definidas de ese modo por las personas. Este trabajo de conceptualizar es una parte fundamental de la construcción social del proceso salud-enfermedad.

Cuando una persona se enferma, las repercusiones de su padecimiento no se limitan a los efectos sobre el cuerpo y la mente. Parsons, autor citado por Conrad (1982), sostiene que también se ve afectada su posición en la comunidad, ya que pasa a adoptar un nuevo rol: el de enfermo, que es también una construcción social.

Asumir el rol de enfermo es para los choferes particularmente conflictivo. Una de las razones de esto es que deben afrontar la severa actitud de las compañías, que a tal efecto contratan empresas de medicina laboral que realizan controles de inasistencia. Suelen generarse entonces diferencias entre los diagnósticos a los que arriban los médicos de la obra social y los controladores.

A título de ejemplo podemos mencionar lo que sucede con las enfermedades mentales de los conductores. Seia (1986) explica que aquellos que se encuentran de licencia por causales médico-psicológicas son presionados por los médicos controladores (que, entre otras cosas, actúan para acortar los períodos de restablecimiento) y también por la

patronal "...bajo la amenaza del despido directo o la cesantía." (Ejilevich Grimaldi, 1983:103)

También podemos ver la discrepancia en el reconocimiento de la enfermedad mental entre el sindicato y el sector médico contratado por las empresas. Estadísticas proporcionadas por la obra social de la UTA informan que el 26% de las prestaciones efectuadas por los consultorios externos corresponde a los servicios de psiquiatría, psicología y psicopedagogía. En sentido contrario, una clínica contratada por la FATAP afirma que el 4% de sus prestaciones corresponde a las neurosis y síndromes depresivos (en La Nación, 24/11/91).

Refiriéndonos también al rol de enfermo de los choferes, según la obra social, un importante número de ellos se jubila por invalidez o fallece antes de haberse retirado. Considerando el período 1971-1988, sobre un total de 2.576 jubilaciones (ordinarias y por invalidez) y pensiones otorgadas, solamente el 31,2% de los casos corresponden a jubilaciones ordinarias. El 39,9% correspondió a las jubilaciones por invalidez, y el 28,9% a las pensiones.

Conrad sostiene que tanto la salud como la enfermedad son juicios. Respecto de ellos dice que:

**Son esencialmente construcciones sociales, construcciones hipotéticas creadas por nosotros mismos. (Conrad, 1982:134)**

En tanto socialmente es considerada deseable, la salud constituye un juicio positivo. Para el caso de la enfermedad esto se invierte, y toma la forma de un juicio negativo.

Las representaciones de la salud y la enfermedad variarán de grupo en grupo. Entonces, la construcción del proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP tendrá su especificidad, y sus juicios se establecerán en función de sus propios marcos valorativos.

Conrad (Op. Cit.) sostiene que existen procesos sociales evaluativos. Por medio de ellos se define qué es lo que debe o no ser considerado como enfermedad (podríamos

agregar también como salud). Así, los diagnósticos y los tratamientos se basan en juicios sociales.

Ellos están relacionados entre otras cosas con: a) la modalidad de inserción en el proceso productivo; b) la organización y demás características del proceso productivo; c) la experiencia de los individuos respecto del proceso salud-enfermedad y d) los saberes que maneja respecto del mismo.

El sector empresario y el sindical emiten juicios distintos respecto del proceso salud-enfermedad de los choferes. Las compañías de ATUP desconocen sistemáticamente la relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad de los choferes. De este modo pueden, en parte, justificar su explotación y maximizar las ganancias. En lo que respecta a la UTA, un dirigente gremial entrevistado explicaba que:

**...para resolver los problemas de salud hay que ir primero a las causas. Es una prioridad de la organización sindical modificar la organización del sistema de trabajo de los choferes, sino nunca se va a poder modificar nada. (ENTREVISTA N° 1)**

La consideración (entre otros elementos) de la actitud de la patronal ante la enfermedad y de la patogenicidad del proceso de trabajo que llega a percibir el personal de tráfico serán aspectos a tomar en cuenta al construir las representaciones de su proceso salud-enfermedad.

Refiriéndose a la conceptualización de la enfermedad, Zola (1966) explica que una experiencia marcada por escasas visitas al médico y por pocas ausencias al trabajo puede contribuir a generar una representación de la enfermedad como algo relativamente infrecuente y anormal.

Creemos que esta situación es aplicable a la construcción social del proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP.

Su reconocimiento de la enfermedad no es inmediato, esto se debe principalmente: a) al perjuicio económico que puede llegar a implicar para ellos y para su familia y b) al establecimiento de mecanismos de negación de las

características de su medio ambiente laboral y de las relaciones sociales de producción de las que son partícipes.

Menéndez (1986) explica que la familia obrera necesita de un tiempo largo para reconocer la enfermedad, y a su vez, pide una curación inmediata para que el trabajador pueda volver a insertarse en el proceso productivo.

La posición ocupada dentro de la estructura de clases incide en la determinación de la experiencia con el proceso salud-enfermedad. Por lo tanto, podemos decir que la construcción y la percepción del proceso salud-enfermedad son diferenciales (8).

Loyola (1983) explica que algunos autores, entre los que se destacan Melzack y Becker, observan que la percepción de todas las sensaciones es fruto de un aprendizaje. Este adopta simultáneamente distintas formas, que se clasifican en dos pares de oposiciones: preciso y difuso y consciente e inconsciente. También sostiene que la identificación de las sensaciones mórbidas (por ejemplo, de dolor o de malestar) son el producto de un conjunto de operaciones lógicas de oposición (al estado de bienestar) y de aproximación (por ejemplo, dolor de barriga en lugar de dolor de estómago), que permiten ligar una sensación específica a un determinado órgano.

Zola (1966) plantea que más importante que la consideración de la enfermedad en sí, es estudiar la respuesta diferencial a la misma (que se dará en función de la manera en que es percibida).

En cuanto a los saberes que maneja el individuo respecto del proceso salud-enfermedad, nos referiremos a la relación entre los trabajadores y el saber dominante sobre el proceso salud-enfermedad. A tal efecto es importante tener en cuenta el proceso de imposición-aceptación del MMH sobre este sector social

---

(8) Es por eso que en V.2. nos referiremos a la situación socioeconómica de los choferes.

En lo que hace a su imposición, la analizaremos desde la relación médico-paciente.

Uno de los pilares de la autoridad de la medicina científica radica en la situación del paciente, que adopta una posición subordinada (que es tema de todo un conjunto de representaciones). El paciente "no sabe", y por lo tanto tiene que acudir a una persona que "sí sabe". El saber médico es la base de una relación de tipo autoritario, y por lo tanto asimétrica.

El médico es el principal depositario del saber del MMH.

El MMH (a través de la práctica médica) invalida el discurso sobre el propio cuerpo. Así, el individuo deja de tener derecho sobre el mismo. "...somos incapaces de reconocer y atender los reclamos de nuestro propio cuerpo." (Cragolini, 1991:3) Ello incide sobre el rol que adopta el paciente respecto de su proceso salud-enfermedad, que es eminentemente pasivo. Podemos verlo analizando la práctica médica, que enajena el cuerpo del paciente, constituyéndolo en "...objeto de diagnóstico, de manipulación y tratamiento." (Cragolini, 1991:3)

El proceso salud-enfermedad es construido de forma tal que el paciente adopta un papel pasivo y subalterno respecto del saber dominante. Esto también tiene que ver, como explica Boltanski (1977), con que no maneja criterios que le permitan evaluar críticamente el saber y la capacidad del médico.

Este autor relaciona dicha carencia con el diferente nivel de escolarización del paciente de los sectores populares y del médico. Una de las funciones principales del sistema escolar es el desarrollo de la actitud crítica.

Boltanski (Op. Cit.), analiza las modalidades para elegir al médico de los miembros de las clases bajas y de las clases altas. Afirma que los primeros, a falta de conocimientos específicos correspondientes al dominio de la medicina, habrán de escogerlo en función de

...criterios difusos que se utilizan cotidianamente en la apreciación de los otros seres humanos: "la amabilidad", la "buena voluntad", la "deferencia". (Boltanski, 1977:50)

La atención médica es diferencial de acuerdo a la clase social del paciente. Menéndez (1978) explica que los enfermos de las clases populares acuden generalmente al hospital público, y los de los sectores hegemónicos al consultorio privado. De acuerdo al médico con que se relacione el paciente (9) se construirá una parte de su experiencia respecto del proceso salud-enfermedad. Además, variará el bagaje de conceptos médicos con los que entre en contacto.

El saber que va incorporando a raíz de la consulta médica es un aspecto muy importante en la construcción de las representaciones del proceso salud-enfermedad.

Autores como Cragolini (1991), Boltanski (1977) y Menéndez (1978) explican que una de las características principales de la medicina científica es la renuencia para hacer partícipe de su conocimiento a los pacientes. Boltanski (op. cit.) analiza esta situación empleando el término "mutismo médico".

Una de las principales razones del mutismo médico es negar el acceso del paciente al saber médico, así se refuerza su poder y también el del propio médico. De tal modo, se obstaculiza el surgimiento de cuestionamientos por parte de los enfermos.

El mutismo médico estimula indirectamente al paciente para que construya una concepción del proceso salud-enfermedad que no es una reproducción exacta del saber dominante.

No pretendemos decir que el paciente habrá de apropiarse de todo aquello que le diga el médico. Se operará un proceso selectivo por el que incorporarán aquellos elementos que ya reconoce (aunque no conozca su

---

(9) Deliberadamente no empleamos la palabra "elección", porque no siempre el paciente tiene la posibilidad de escoger médico.

significación científica) para la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad.

Al decir de Boltanski

**Puesto que esos términos son tomados "en su valor superficial" como dice Linton e independientemente del "conjunto" al que pertenecen, o sea el sistema de las categorías terapéuticas científicas, los integrantes de las clases bajas deben hacerlos coincidir con categorías cuyo manejo les sea familiar, para conferirles sentido. (Boltanski, 1977:94-95)**

Menéndez (1986) afirma que la medicina científica es percibida positivamente por los trabajadores. Relaciona esto con procesos ideológicos y técnicos que operan en la sociedad y con las particularidades de los propios procesos de trabajo.

Otro punto importante en la aceptación de la medicina científica por parte de la población es, según Vasco (1978), que comparte con el sector médico una concepción unicausal de la enfermedad. Para la medicina, la enfermedad es causada por algún agente patógeno. Según las interpretaciones populares, la explicación de la enfermedad también es unicausal.

Tener en claro este aunamiento de criterios, al entender de Vasco, es primordial para analizar las concepciones populares sobre la enfermedad en su relación con el saber médico.

**Lejos de lo que piensan los médicos, en el sentido de que ellos saben y los pacientes no, lo que ocurre en realidad es que ambos tienen la misma explicación sobre la enfermedad, solo que con lenguaje diferente y con expresiones concretas más o menos elaboradas. (Vasco, 1978:5)**

El fondo común de las interpretaciones populares y las médicas sobre la enfermedad se evidencia al analizar las concepciones populares referidas a ésta. Pueden ser de dos tipos:

- Ser "de malas" (la persona estaba bien y algo le cayó mal sin saber por qué)

- "de malo" (algo le cayó mal por contravenir una norma social o religiosa)

Sosteniendo este punto de vista, no es conflictiva la recepción de la explicación médica que lo que le cayó es un microorganismo.

Es fundamental que la construcción social del proceso salud-enfermedad de lugar a concepciones con un fondo común a las del MMH. De otra manera, no se recurriría a la medicina científica.

Las interpretaciones populares consignadas por Vasco (Op. Cit) llevan a considerar el papel de las ideologías de los sujetos en la construcción de su proceso salud-enfermedad.

Adoptaremos la siguiente definición de ideología:

**...el conjunto de las representaciones colectivas, manera en que cada grupo social se representa a sí mismo, a la sociedad en que viven, al lugar que cada uno ocupa en la sociedad. (Bellmartino, 1985:7)**

La ideología debe ser entendida en un sentido amplio. La concepción del proceso salud-enfermedad está relacionada con los sistemas de ideas correspondientes a los más diversos campos de la vida del individuo: la religión, el trabajo, la vida familiar, la política, etc.

Todas estas dimensiones habrán de participar en la construcción social del proceso salud-enfermedad del chofer del ATUP.

A través del proceso de imposición-aceptación de sus rasgos, el MMH goza de un ascendente sobre la población, que le permite legitimar y normar conductas del ser humano. Los mismos van, desde la alimentación, hasta la sexualidad. La medicina científica las evalúa y las juzga, determinando si son correctas o no, y explicando e imponiendo las modalidades no sancionables. Estas encarnan el saber legítimo, y por lo tanto socialmente aceptado.

Iván Illich, autor citado por Conrad (1982), explica que la medicina ocupa un lugar cada vez más destacado en la vida de las personas. Se encarga de problemas que anteriormente no se consideraban como de su

incumbencia. Illich define a este proceso como "medicalización de la vida" (nos referiremos al mismo como "medicalización").

Algunos de los motivos del acentuamiento de la medicalización consisten en que: a) la vida cotidiana se va complejizando progresivamente, y para los sectores dominantes son necesarias cada vez más mecanismos normatizadores; y b) el desarrollo de la profesionalización médica encuentra en la actividad de normar un refuerzo de su identidad y poder.

Las normas elaboradas a través de la medicina científica son importantes en la construcción del proceso salud-enfermedad. Son impartidas a través de la práctica médica y también de los mecanismos de socialización primarios y secundarios: el grupo familiar e instituciones como el sistema escolar, los medios masivos de comunicación, etc. Podríamos resumir este proceso con un término utilizado por Menéndez (1986): proceso de "inducción médica".

La medicina hace lo posible para asocializar y desideologizar la naturaleza del proceso salud-enfermedad. Esto habrá de tener un correlato en su construcción social.

Menéndez (1986) explica que un importante sector de la clase trabajadora concibe a la enfermedad como algo natural, y que su relación con ella es pasiva.

El éxito de la medicina en el sentido de escindir la enfermedad de su carácter social no es completo. Podemos advertirlo analizando las reivindicaciones por mejores condiciones de salud de la UTA. Esto evidencia su preocupación respecto del rol preponderante de la modalidad de inserción de los choferes en el proceso de trabajo.

A fin de analizar las acciones de la UTA para mejorar las condiciones de salud de los choferes del ATUP, deben considerarse también los servicios de salud ofrecidos por la Obra Social (10). Ambas instituciones están íntimamente relacionadas.

---

(10) Nos referiremos a la oferta de servicios de la obra social de los choferes en VII.1.1. "La oferta de servicios en el Area Metropolitana de Buenos Aires".

Los canales por los que el individuo toma contacto con los restantes MM son más informales, pues estos encarnan un saber "ilegítimo" (mas no por esto irrelevante en la construcción social del proceso salud-enfermedad). En este caso, también están presentes los agentes de socialización.

Entre las razones por las que se acude a los demás MM ubicamos: a) la deficiente cobertura del sistema médico; b) al constituirse la salud en una mercancía, no disponer de dinero dificulta el acceso a la atención médica y c) la existencia de enfermedades concebidas como curables solamente a través de una práctica que no es la de la medicina científica.

En última instancia, lo que sucede es que hay un vacío que el MMH no puede cubrir.

También tiene que ver con una comunicación con el paciente que la medicina científica no siempre logra llevar a cabo exitosamente, y con la manera en que el proceso salud-enfermedad es entendido por los miembros de los sectores populares. Si bien el MMH se encuentra en permanente conflicto con los demás MM, por medio del proceso de desconocimiento-reconocimiento puede apropiarse de algunos de sus rasgos (11).

A través de la construcción social del proceso salud-enfermedad se configura un lenguaje de las sensaciones mórbidas y una serie de representaciones del cuerpo, de la salud y de la enfermedad; las mismas coexisten e interactúan entre sí.

En la permanente construcción del proceso salud-enfermedad intervienen las representaciones del sujeto respecto del cuerpo, de los curadores, de la práctica médica, de la salud y de la enfermedad. En función de las mismas, y ante una situación de enfermedad, decidirá cómo satisfacer su demanda de salud. De este modo, sigue construyendo su experiencia respecto del proceso salud-enfermedad.

---

(11) Como ya lo explicamos en II.2.1. "Los modelos médicos"

El conocimiento de la taxonomía de las enfermedades elaborada por los individuos ayuda a comprender la elección de las modalidades de atención. A cada saber médico se le atribuirá una competencia específica; que, al igual que el proceso salud-enfermedad, es también una construcción social.

### **II.2.3. La relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad**

Ahondaremos en el tema del carácter social del proceso salud-enfermedad (12).

Analizando la relación entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo sostenemos que la importancia de este último radica, entre otras cosas, en: a) determinar el carácter que habrán de tener las relaciones sociales de producción; b) incidir en la determinación de las condiciones de vida del trabajador y de su familia y c) transcurrir gran parte de la vida del individuo en su lugar de trabajo (13).

Entonces, al analizar el proceso salud-enfermedad de los conductores del ATUP, no podemos dejar de considerarlos en tanto conjunto social.

Es importante también dar cuenta del papel que desempeñan los sindicatos en la lucha por mejorar sus condiciones de salud. Su capacidad de presión incidirá en la determinación de su proceso salud-enfermedad. En este fenómeno radica una parte del porque de la heterogeneidad de la situación de salud del sector trabajador.

Basándonos en la lectura de artículos referidos a la UTA publicados en los diarios de la Capital Federal entre 1991 y 1993, indagamos sobre cuales son sus principales reivindicaciones y los móviles de sus planes de lucha.

---

(12) Anteriormente fue tratado en II.2. "El proceso salud-enfermedad" y en II.2.1. "Los modelos médicos".

(13) Las prolongadas jornadas de labor de los choferes hacen que estén expuestos durante largos lapsos de tiempo a condiciones, que inciden negativamente sobre su salud-enfermedad.

Entre las primeras, ocupan un lugar central las referidas al mejoramiento de las condiciones de trabajo (entendidas en un sentido amplio: acabar con la multifuncionalidad del conductor, mayores condiciones de seguridad, modificación del régimen de frecuencias, controles psicofísicos para los choferes en hospitales nacionales, etc.). Son seguidas en importancia por las de índole salarial, y luego por las que propugnan la mejora de sus condiciones de salud.

En lo atinente a los objetivos de los planes de lucha, tienen un lugar prácticamente excluyente las demandas de aumentos salariales. En menor medida se encuentran los reclamos por mayores condiciones de seguridad.

Menéndez (1978) explica que la salud está en relación directa con la capacidad de venta de fuerza de trabajo. El deterioro de la salud implica un recorte de las posibilidades de supervivencia del trabajador y de su familia. En esto radica la renuencia de los conductores a asistir a la consulta médica. El Director de la Obra Social de la UTA afirma que tal es el caso de los choferes, quienes frecuentemente deben ser convencidos por sus familiares para acudir al médico.

Refiriéndose a esta problemática, Menéndez afirma que:

**Si reconocemos que el "trabajo" constituye todavía el principal articulador de la vida de los trabajadores, si aceptamos que las condiciones generales de trabajo siguen siendo el ordenador del tiempo de trabajo y de no trabajo, del tipo de relaciones intra y extralaborales, de los niveles posibles de consumo, de las alternativas culturales, etc., debe implicarse necesariamente que las condiciones de trabajo afectan no sólo la salud del trabajador, sino que inciden en las condiciones de salud y enfermedad de su propio grupo familiar. (Menéndez, 1986:52)**

Desde tal perspectiva podemos incluir en el proceso salud-enfermedad de los choferes las enfermedades

relacionadas con su modalidad de inserción en el proceso de trabajo. Las mismas también afectan a su grupo familiar.

Ejilevich Grimaldi (1983) realizó una investigación en el ámbito de la Clínica Central de la Obra Social para el Personal de Transporte Automotor de Pasajeros, Sección Capital. Refiriéndose al Departamento de Psicopatología, explica que en aquellos casos en los que se registraron un exceso de horas de trabajo, también se encontró un núcleo familiar deprimido.

Si confeccionamos un detalle de las enfermedades de los choferes, podremos ver que muchas están relacionadas con su medio ambiente laboral. Cupeta (1988) hace referencia a las condiciones técnicas del vehículo que afectan al personal de tráfico. Entre otras indica que, debido a los asientos inadecuados, los choferes padecen alteraciones en el sistema osteoarticular. También indica que las vibraciones producidas por el motor y por las irregularidades de la superficie de la red vial son causantes de microtraumatismo (14).

Una de las principales reivindicaciones de la UTA consiste en lograr la prohibición del corte de boletos para los choferes. La realización de esta tarea, más el ejercicio de la conducción del vehículo, da lugar al fenómeno conocido como "multifuncionalidad de los choferes", que es considerado como uno de los principales determinantes de sus trastornos psicofísicos. Por preservar sus ganancias (refinando el proceso de valorización) los empresarios siempre se resistieron a adoptar un mecanismo sustituto para expender los pasajes. La herramienta legal para lograrlo fue sancionada en 1992, es el Decreto 692/92. Tal medida dispone la equipación obligatoria de las unidades con máquinas expendedoras de boletos; actualmente se encuentra en ejecución.

Cuando damos cuenta de la categoría proceso de trabajo, hablamos del proceso productivo en las sociedades

---

(14) En II.1., "El proceso de Trabajo", explicamos que el fin último del proceso productivo en las sociedades capitalistas es maximizar la ganancia. El precio de tal proceder es el deterioro de la salud de los trabajadores.

capitalistas. Este fue caracterizado como un doble proceso: proceso de trabajo y proceso de valorización. Al entender de Laurell y Noriega (1987) el proceso de valorización tiene que ver con las condiciones de salud de la clase trabajadora. Asimismo, aclaran que esta postura implica "...una manera de entender la salud-enfermedad en un grupo humano." (Laurell y Noriega, 1987:28)

El proceso de valorización implica la explotación de la fuerza de trabajo. Es principalmente debido a la misma que el proceso de trabajo de los choferes puede ser calificado como patogénico. Aspectos entre los que se cuentan los bajos salarios, las deficientes condiciones de trabajo, el mal estado de las calles, el inexistente ordenamiento del tránsito y el incumplimiento de la normativa, además de mostrar la explotación a la que están sujetos, constituyen importantes determinaciones sociales de su proceso salud-enfermedad.

Para analizar a la luz de situaciones concretas la relación entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo, es fundamental conocer las características y organización de este último. Cada actividad tiene características propias, las mismas determinarán (no en un sentido de mera causalidad externa, sino a partir de sus propias peculiaridades, estableciendo límites y ejerciendo presiones) condiciones de salud-enfermedad, que tienen que ver con la manera en que el chofer construye dicho proceso (15).

En el II.1. "El proceso de Trabajo" explicamos que, en las sociedades capitalistas, los trabajadores no ejercen el control del proceso productivo. Para afirmarlo nos basamos en que no son propietarios de los medios de producción, ni dominan la totalidad de las operaciones del proceso productivo. De todos modos, esto no quita que tengan la capacidad para hacerlo (demostrando de ésta manera su fuerza). Esto es posible en tanto lo permitan la tecnología y la organización específica que tenga, y los

---

(15) En el capítulo V analizaremos el proceso de trabajo de los choferes, allí nos referiremos a las tareas que realizan.

trabajadores asuman el compromiso colectivo para lograrlo (16).

Siendo la actividad laboral uno de los principales aspectos del proceso salud-enfermedad, en el caso de perder el control sobre el trabajo, es posible que disminuya (o se pierda) también el de la salud-enfermedad.

Remitámonos al proceso salud-enfermedad de los conductores del ATUP: ni los choferes propietarios de los vehículos que conducen, ni los contratados dominan la totalidad del proceso de trabajo. Además de las tareas de conducción, debe hacerse referencia a las de mantenimiento y a las administrativas.

Si investigamos el proceso salud-enfermedad de los choferes, tanto desde la información aportada por los trabajadores como a partir de la que brindan los sectores empresarios, llegaremos a conclusiones discrepantes. Esto está vinculado con el no reconocimiento de la relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad por parte del sector empresario.

En lo que respecta al empresariado

**El presidente de la FATAP, Luis Carral, decía en noviembre del año pasado (1990): "no creo en las enfermedades como síndrome de la conducción, es una presión sindical". (Página 12, 7/8/91)**

El Secretario General de la UTA afirma que

**Los porcentajes de enfermedad que existen en la población de trabajadores es sumamente alarmante, a tal punto que podemos decir que tenemos casi un 70% de jubilados por incapacidad y un 30% por el método ordinario que han dejado de conducir para trabajar como administrativos. (Prensa del Transporte, 1988)**

Si los empresarios reconocieran la relación existente entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad, tendrían que hacer frente a de implicancias económico-legales que atentarían contra sus ganancias.

---

(16) En IV.1. daremos cuenta de algunos casos donde los trabajadores se unieron para asumir temporariamente el control de su proceso de trabajo.

Marx (1867) sostiene que desde el momento en que el capitalista compra la fuerza de trabajo, esta pasa a ser una parte más del proceso productivo. De aquí que el sector empresario tenga una preocupación secundaria por su proceso salud-enfermedad. Los médicos laborales se limitan básicamente a controlar la asistencia del personal, casi no tienen lugar las funciones curativas y preventivas.

Para acumular capital, el sistema de mercado parte del proceso de valorización. Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez (1986) señalan que para cumplir con este fin, va aumentando progresiva e intensivamente el consumo de la fuerza de trabajo. Por lo tanto, su explotación también se incrementa.

Desde 1992 se están incorporando al parque móvil de las líneas de ATUP del Área Metropolitana de Buenos Aires vehículos con mayor capacidad. Casi todas las unidades que hasta entonces se utilizaban estaban equipadas con chasis Mercedes Benz modelo 1114, y su número de plazas variaba entre las veintiuna y las veinticuatro.

Para cumplir con el Decreto 692/92 (que entre otras cosas dispone que los vehículos tengan motor trasero, caja de cambios automática y suspensión neumática), las empresas comenzaron a renovar su parque móvil (17). A fines de 1992 se había cambiado el 36% de los vehículos correspondientes a la jurisdicción de la Secretaría de Transportes. Los nuevos microómnibus cuentan con 30 asientos y un mayor espacio interior para admitir pasajeros parados.

Se suscita entonces una situación compleja, ya que al aumentar su capacidad también lo hace el volumen de tarea a realizar por cada chofer. Pero por otra parte, no están tan expuestos al ruido y al calor del motor, ni tienen que hacer tantos cambios. Pudimos verificar que los choferes prefieren ejercer sus tareas en los vehículos más antiguos, porque cuentan con menos asientos.

También se puede estudiar la relación entre el proceso salud-enfermedad y el proceso de trabajo analizando

---

(17) Hay también un aspecto de conveniencia económica para las empresas: esos vehículos tienen un gasto de mantenimiento 50% menor que los demás.

los perfiles de morbilidad en función de la antigüedad de los trabajadores en la actividad que desempeñan. La exposición al conjunto de "factores de riesgo" no trae necesariamente como consecuencia la inmediata aparición de la enfermedad. Es conveniente pensar esto en términos de un proceso de desgaste de la fuerza de trabajo, donde lo cronológico juega un papel crucial. El desarrollo de este proceso conduce a la enfermedad. Se llega a un punto en que los umbrales de resistencia del trabajador son superados. Entonces se va debilitando, y tornándose propenso a contraerlas. Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez (1986) hablan de este proceso como proceso de consumo de la fuerza de trabajo. En el caso de los conductores, el Director de su obra social (en La Nación, 24/11/91) afirma que entre los tres y los cinco años de antigüedad en la tarea comienzan a aparecer los trastornos psicofísicos ocasionados por el trabajo de conducción.

Una de las características del desarrollo de las fuerzas productivas en el capitalismo es la refinación del proceso de valorización; que se distingue "...por la forma en que el capital organiza el trabajo y utiliza la tecnología..." (Tovalín Ahumada y Lazcano Ramírez, 1986:3)

Al hablar del proceso de trabajo en relación con el proceso de salud-enfermedad, debemos incluir esos dos aspectos. Los mismos determinan las formas específicas de desgaste. A través de ellos el chofer construye una parte de su experiencia respecto del proceso salud-enfermedad.

Dentro del proceso salud-enfermedad también deben considerarse los accidentes. Cuando ocurren, el daño a la salud es inmediato. La UTA sostiene que el 35% de los accidentes de tránsito son protagonizados por los conductores del ATUP. Un estudio realizado por el Instituto Demoskopía (citado en La Nación, 19/10/92) afirma que la mayoría de las personas los atribuyen a la imprudencia de estos. Otra manera de analizarlos es asociándolos a las condiciones de trabajo y al stress (18) que enmarcan las

---

(18) El stress es un estado de tensionamiento que se encuentra ubicado por encima de lo habitual, impulsando al

tareas de conducción. En el caso de los choferes del ATUP Ejilevich Grimaldi (1983) y el Director de la Obra Social de los choferes (en La Nación, 19/10/92) relacionan el stress con su multifuncionalidad y con sus condiciones de trabajo.

Considerando la gravedad del accidente laboral se los puede desagregar en tres grandes grupos: a) aquellos que generan una discapacidad permanente; b) los que sólo traen aparejada una discapacidad transitoria y c) los que no implican ningún daño sobre la fuerza de trabajo.

### II.3. La representación social

A través del acto de representar el hombre interpreta los acontecimientos que constituyen su vida y los incorpora a su conciencia.

En la conciencia no se atesoran objetos concretos (Vgr. la "salud", la "enfermedad"), sino sus representaciones. En este sentido, Jodelet sostiene que "Representar es sustituir a, estar en lugar de." (Jodelet, 1984:475).

En cuanto a la manera en que se organizan las representaciones en la conciencia, Castoriadis afirma que:

**Las representaciones de un individuo en todo instante y a lo largo de toda la vida (...) son ante todo un magma. No son un conjunto de elementos definidos y distintos, y sin embargo no son lisa y llanamente caos. En ellos se puede separar o descubrir tal o cual representación, pero esta operación es, en relación con la cosa misma, ostensiblemente transitoria (e incluso esencialmente pragmática y utilitaria), y su resultado, como tal, no es verdadero ni falso, ni correcto, ni incorrecto. (Castoriadis, 1975:253)**

---

sujeto a actuar tratando de compensar los factores desequilibrantes.

Si los factores stressantes son muy importantes o las fuerzas compensadoras insuficientes, se pasa a una situación de descompensación en la cual nuevos mecanismos correctores entran en juego para retornar a la normalidad. No obstante, es factible que ese desequilibrio no sea susceptible de ser compensado. Es el momento de la desacomodación y la ineptitud para desarrollar cualquier tarea. (Ejilevich Grimaldi, 1983:64-65)

También afirma que las representaciones son un requisito fundamental del pensamiento, ya que no hay pensamiento sin representaciones.

La representación tiene que ver con el símbolo y el signo, ya que siempre remite a otra cosa.

El signo tiene dos caras interrelacionadas e indisolubles: el significante y el significado. En la representación, Jodelet habla de figura y sentido, "...lo que significa que la representación hace que a toda figura corresponda un sentido y a todo sentido corresponda una figura." (Jodelet, 1984:476). En toda representación se entrecruzan las percepciones con los conceptos: las primeras remiten a las figuras, y las segundas a los sentidos.

Farr (1984) sostiene que el concepto de comunicación debe ser considerado al tratar el tema de las representaciones. Los significados del código lingüístico son compartidos por los participantes del acto comunicativo; y es a través del lenguaje que las personas elaboran las representaciones.

Cada sujeto posee un acervo lingüístico distinto, que entre otras cosas se relaciona: con el lugar que ocupa dentro del proceso productivo, con su escolarización y con las experiencias por las que entró en contacto con el conocimiento sobre un determinado aspecto de la vida humana.

A través de tales aspectos se elabora un lenguaje que sirve para reflexionar y actuar sobre el proceso salud-enfermedad. Este es usado por los choferes del ATUP como material para construir sus representaciones, y también constituye una manifestación a través de la que se externalizan.

Jodelet sostiene que

**...representar es re-presentar, hacer presente en la mente, en la conciencia. En este sentido, la representación es la reproducción mental de otra cosa...**  
(Jodelet, 1984:475-476)

La "cosa" a la que hace referencia Jodelet es el objeto de la representación. El mismo no necesariamente deberá estar presente en el momento de la representación, ya que por medio de ella se lo evoca. De este modo, explica Farr (1984), a través de la representación, la comunicación no queda limitada al aquí y ahora.

Jodelet sostiene que las representaciones son

**...una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. (Jodelet, 1984:473)**

Las representaciones de los choferes de su proceso salud-enfermedad están relacionadas con el lugar que ocupan dentro del proceso productivo, y expresan el conflicto existente entre el sector empresario y el de los trabajadores.

Las representaciones pueden manifestarse como **imágenes**, que son la síntesis de una serie de significados; como **sistemas de referencia**, que sirven para interpretar lo que sucede; como **categorías**, que son útiles para clasificar las circunstancias, fenómenos e individuos con los que se tiene relación y como **teorías** para establecer hechos sobre ellos. Además, pueden ser todo esto junto.

El carácter de las representaciones es social. Esto se debe principalmente a que se construyen a través de la comunicación e interacción entre los seres humanos, empleando como materia prima un producto eminentemente social: el lenguaje. Por lo tanto, están constituidas por conocimientos socialmente compartidos.

En este trabajo analizaremos las representaciones del proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP. Para hacerlo es necesario conocer, entre otras cosas, su situación socioeconómica, su experiencia respecto del proceso salud-enfermedad, su grado de escolarización y su experiencia laboral.

Las representaciones remiten al

**...conocimiento "espontaneo", "ingenuo" que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común... (Jodelet, 1984:473)**

Esta clase de saber es eminentemente práctico: sirve para actuar sobre el mundo y para relacionarse con los demás (19).

Desde una perspectiva antropológica podemos afirmar que los saberes de los actores tienen una lógica propia, que no debe ser considerada "común" en un sentido peyorativo. Se trata de un conocimiento diferente.

En todo caso, podríamos pensar que existen saberes especializados. Por ejemplo, la medicina científica y la medicina tradicional. Cada una de ellas se sustenta en una visión del mundo específica.

La posesión de saberes diferenciales tiene que ver, según Berger y Luckmann (1968), con la división social del trabajo.

Por medio de las representaciones se comprende y da sentido a los hechos e ideas que protagonizan los seres humanos, y se establecen las relaciones sociales. Por lo tanto, podemos decir que son la principal herramienta para la construcción de la realidad. Es a través de ellas que los individuos pueden reflexionar y actuar sobre su entorno material y social.

Las representaciones tienen un papel destacado en la construcción del mundo de cada clase social. Podemos entender esto desde la consideración de sus funciones básicas: integración de la novedad, interpretación de la realidad y orientación de las conductas y las relaciones sociales.

A través de tales funciones, cada grupo social edifica una particular manera de reflexionar y actuar sobre el mundo.

Las representaciones son eminentemente sociales, engloban categorías compartidas por los miembros del grupo.

---

(19) El saber de "sentido común" (que está respaldado y legitimado por su amplia difusión y su carácter práctico) orienta la mayoría de las reflexiones y conductas de los actores durante la vida diaria.

A este respecto, Castoriadis explica que: "Lo que mantiene unida a una sociedad es el mantenimiento conjunto de su mundo de significaciones." (Castoriadis, 1975:313)

Todo esto nos lleva a entender que la consideración de la historia de los grupos es imprescindible en el estudio de las representaciones, ya que a través de ellas se puede indagar respecto del origen de las significaciones colectivas.

Si las representaciones fueran únicamente individuales, no habría un marco común de interpretación de la realidad que uniera a los grupos sociales.

Otra característica de las representaciones que señala Jodelet (1984), es que son de un sujeto en relación a otro. El que analizamos en este trabajo es grupal: los choferes del ATUP.

Al principio del párrafo planteamos una de las características más importantes de la representación: son la reproducción mental de otra cosa. La misma no surge espontáneamente; es una construcción en la que participan activamente elementos grupales e individuales. Por lo tanto, la representación no es el calco exacto de un objeto en la conciencia del individuo. Como explicamos antes, en la conciencia no se atesoran objetos concretos, sino representaciones. La representación actúa como intermediaria entre el hombre y su medio, logrando a partir de ella conocerlo.

Las representaciones y las prácticas construidas y desarrolladas por distintos sujetos se articulan entre sí, condicionándose mutuamente.

Los elementos socialmente compartidos por los conductores del ATUP (entre los que se cuentan su proceso de trabajo, su situación de clase y tener una similar oferta de servicios de salud), intervienen en la construcción de sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad. Estas serán específicas de su grupo social, y entonces no se las podrá aplicar indiscriminadamente a un conjunto distinto. Se trata de una

manera propia de los choferes de concebirlo, y no del proceso salud-enfermedad en sí.

Otro atributo de las representaciones es su capacidad para orientar las conductas de los individuos. Jodelet (1984) afirma que las representaciones tienen una función, una cierta autonomía y una eficacia específica.

También señala que a la teoría sobre las representaciones subyacen dos preguntas: ¿Cómo interviene lo social en la construcción de la representación? y ¿Cómo inciden las representaciones en la construcción de lo social?

Existen dos procesos que deben considerarse en el análisis de las representaciones: el de objetivización y el de anclaje. A través de ellos se puede responder a los interrogantes planteados en el párrafo anterior.

La característica principal del **proceso de objetivización** es que por su intermedio participa lo social en el campo de la representación. Esto se evidencia en la modalidad de aprehensión y en la forma que adoptan los conocimientos sobre el objeto de representación.

A través del proceso de objetivización se efectúa el intercambio entre figura y sentido (o por decirlo de otro modo, entre percepto y concepto).

La objetivización consta de tres etapas:

#### **1) Selección y descontextualización de los elementos del objeto de representación.**

La selección de los componentes del objeto de representación se basa en criterios culturales, siendo los más importantes los normativos.

Principalmente se escogen aquellos conceptos que no son contradictorios con el marco valorativo de los individuos (20) (párrafos más adelante veremos que existen también otras posibilidades de integración de la novedad). No existe una selección plenamente objetiva.

---

(20) Como explicamos en II.2.2. "La construcción social del proceso salud-enfermedad".

Los conceptos seleccionados son escindidos de los saberes que los crearon para ser reelaborados por las personas, logrando de este modo aprehenderlos.

En cuanto a las representaciones de los choferes del ATUP de su proceso salud-enfermedad, los principales aspectos que debemos indagar para saber si actúan como fuente de componentes a ser seleccionados son los siguientes: a) la experiencia personal de su proceso salud-enfermedad; b) la relación con los médicos controladores contratados por las empresas; c) la relación con la medicina científica y con los demás conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad y d) la relación con los medios de comunicación.

## **2) Formación de una "estructura de imagen".**

En ella se agrupan los elementos que han sido seleccionados, reproduciendo de manera gráfica una estructura conceptual. Los más importantes dan lugar a un "núcleo figurativo".

Los conceptos que forman parte de esta "estructura de imagen" pueden ser comprendidos en su faz individual o en su relación mutua.

Como en la fase anterior, es de esperar que el esquema que se constituya no sea contradictorio con el marco valorativo correspondiente al grupo social del individuo (más adelante analizaremos detalladamente este punto, al referirnos al contacto con la novedad).

El marco valorativo de los individuos también cumple una función importante en la estructuración de los aspectos ya seleccionados.

## **3) Naturalización.**

A través de esta etapa los conceptos que conforman las estructuras de imagen adquieren el status de "reales", y ya pueden ser comprendidos y utilizados. Esto se advierte, por ejemplo, al analizar la construcción conocida como "sentido común". Por intermedio de la naturalización

muchas veces se oculta la importancia de lo social en fenómenos como el proceso salud-enfermedad.

Ahora nos referiremos al proceso por el que es posible analizar como actúan las representaciones en la construcción de lo social: el **proceso de anclaje**.

Jodelet (1984) explica que el proceso de anclaje articula las tres funciones básicas de la representación: "...función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales." (Jodelet, 1984:486).

A través del proceso de anclaje es posible analizar las funciones de la representación.

Sus modalidades más importantes son las siguientes:

#### **1) El anclaje como asignación de sentido.**

Los rasgos más significativos del objeto de representación que han sido seleccionados son reelaborados para atribuirles un significado coherente con el marco valorativo del sujeto. Jodelet (1984) explica que se construye una "red de significados".

Así, se pueden ubicar los nuevos conocimientos dentro de los esquemas cognitivos preexistentes.

Los significados que se atribuyan a los rasgos del objeto de representación variarán de acuerdo con los grupos que los hayan escogido.

Desde el significado que se le da al objeto de representación, se puede analizar el marco valorativo de los grupos humanos.

#### **2) El anclaje como instrumentalización del saber.**

A través de esta modalidad podemos ver otra de las funciones de las representaciones que ya consignamos: servir de guía para las conductas de los sujetos. Entonces, la representación se utiliza para interpretar la realidad.

Las representaciones de los choferes sobre su proceso salud-enfermedad incidirán en las actitudes que tomarán ante su proceso de trabajo y su grupo familiar.

### **3) Anclaje y objetivización.**

Tal manifestación del proceso de anclaje permite apreciar la relación entre el "núcleo figurativo" y el esquema de interpretación de la realidad y de guía de los comportamientos.

La estructura de imagen elaborada a partir de los rasgos seleccionados del objeto de representación, además de una función orientativa permite prever acontecimientos e ir planeando modos de actuar y de relacionarse con los demás.

El chofer del ATUP, en base a sus representaciones, puede evaluar las actitudes a tomar ante las situaciones de salud-enfermedad.

### **4) El anclaje como enraizamiento en el sistema de pensamiento.**

La representación se construye respetando el marco valorativo de los sujetos. De no ser así, deberá operarse una especie de "conversión". De todos modos, siempre hay una interacción entre ambos.

Jodelet (1984) explica que el interjuego entre la novedad y los esquemas preexistentes evidencia que las representaciones son rígidas, y a la vez dinámicas.

Es posible que la novedad sea incorporada como factor de cambio, operando entonces la "conversión" a la que hacemos referencia. Surgirían así nuevas maneras de concebir la realidad, que desplazarían a las anteriores.

Otra eventualidad que puede resultar del contacto de la novedad con los esquemas preexistentes es la familiarización con lo extraño, prevaleciendo los antiguos modos de pensamiento. Esto explicaría el eventual carácter rígido de las representaciones.

A través del proceso de anclaje se posibilita la comprensión de la novedad; que se logra por medio de su apropiación y explicación.

Para poder ser apropiados, los elementos seleccionados deben ser clasificados, categorizados y denominados en función de esquemas previos que tienen el carácter de convención para los miembros del grupo al que pertenece la persona.

Cuando nos referimos a la apropiación de la novedad, consignamos como una operación importante la clasificación. Refiriéndonos un poco más a ella, debemos destacar que se realiza en función de algún esquema previo, en el que se trata de ubicar la novedad.

Al decir de Jodelet:

**Este sistema de clasificación presupone una base de representación compartida colectivamente, referente a lo que debe incluirse en una clase determinada. Las propias categorías son establecidas socialmente. (Jodelet, 1984:492)**

Farr (1984) afirma que la clasificación de la novedad es fundamental, porque lo desconocido implica una amenaza.

El tratamiento de la novedad es un tema que permanentemente deberemos tener en cuenta, ya que es susceptible de aparecer ante cada circunstancia que le aporte al chofer del ATUP conocimientos sobre el proceso salud-enfermedad.

Un fenómeno nuevo puede tratar de explicarse desde su causalidad, y desde allí construirse su representación. No siempre la explicación se elabora en base a los conocimientos previos, sino que se la puede deducir partiendo del propio fenómeno.

Para referirse a la causalidad Jodelet se basa en Moscovici, quien la divide en dos tipos

**...la causalidad por atribución eficiente, atribución de una causa a un efecto, como en el procedimiento científico, y la causalidad por imputación, que busca las intenciones que hay detrás de los actos, el porque de su finalidad. Es este último tipo**

**de causalidad el que es movilizado cuando un acto no concuerda con las representaciones de quien lo observa. (Jodelet, 1984:493)**

Estas causalidades no son rígidas, así, un fenómeno puede pasar de responder a una causalidad de un tipo a una causalidad de otro.

A lo largo de todo el párrafo hicimos referencia al marco valorativo de los individuos. Destacamos su papel protagónico durante el proceso de objetivización y también su importancia en el proceso de anclaje cuando hablamos de la irrupción de la novedad. los mismos son cambiantes. Por lo tanto, también lo serán las representaciones. Es entonces visible su carácter dinámico.

Los agentes de la socialización primaria y secundaria (21) tienen una importancia decisiva en la construcción del proceso salud-enfermedad. A través de los mismos (entre otros fenómenos), se constituye el marco conceptual de los individuos, se aportan objetos a ser representados y se incorporan las representaciones. Es decir, que la socialización contribuye a la construcción y a la difusión de las representaciones.

Estas variarán de acuerdo a la manera en que fueron socializados los individuos. La socialización es uno de los basales de la situación de clase de las personas; y por lo tanto de su visión del mundo (con el bagaje de representaciones que esto conlleva).

Al estudiar las representaciones hay que considerar el papel que desempeñan en su construcción los medios masivos de comunicación. Estos son uno de los más

---

(21) Entendemos por socialización al proceso por medio del que un individuo internaliza la cultura de su sociedad. Por lo tanto, la socialización "...puede definirse como la inducción previa y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él. La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa en la niñez; por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad. La socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de su sociedad." (Berger y Luckmann, 1968:166)

importantes agentes de la socialización secundaria (22), y son frecuentemente los encargados de difundir los conceptos referidos a los objetos de representación.

Al decir de Farr

**...es precisamente la comunicación de masas la que refleja, crea y transforma las representaciones sociales, ordena la forma y el contenido de las conversaciones. Numerosas representaciones son sociales porque son transmitidas por los medios de comunicación. Esta relación ilustra todo el interés que tiene el análisis del contenido de los medios de comunicación para el estudio de las representaciones sociales. (Farr, 1984:496)**

La medicina científica apela a los medios masivos de comunicación para difundir criterios normativos. Generalmente, los médicos cumplen el rol de asesores (cuando no de responsables directos) en tal cometido.

Farr (1984) se refiere al trabajo de Serge Moscovici "La psychanalyse, son image et son public". Allí se trata de explicar lo que sucede cuando una teoría científica o política es dada a conocer en una sociedad, los cambios que genera y como se alteran los marcos conceptuales de sus integrantes.

**...una nueva teoría se convierte, tras ser expuesta, en un componente de la realidad (...) Una vez difundida la teoría se transforma en una representación social autónoma que ya no puede tener gran semejanza -o incluso ninguna- con la teoría original. (Farr, 1984:497)**

Así, los conceptos de la teoría que han sido seleccionados deberán ser expresados de una manera comprensible.

Debemos considerar la importancia que puede tener el conocimiento de los distintos MM por parte de los

---

(22) "La socialización secundaria es la internalización de «submundos» institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan, pues, por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento." (Berger y Luckmann, 1968:174)

choferes del ATUP en la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad.

A lo largo del presente párrafo expresamos repetidamente que una de las principales funciones de la representación es la de orientar los actos humanos. Mugny y Papastamou (1984) explican que también se da un proceso inverso: los comportamientos originan y movilizan representaciones. Es decir, que estos autores también se refieren al condicionamiento recíproco entre representaciones y prácticas.

Podemos esperar que las conductas de quienes interactúan con los choferes del ATUP (por ejemplo, el sector empresario, los delegados gremiales, los médicos controladores de las empresas y los de la obra social, el grupo familiar y sus propios compañeros de trabajo) tendrán un papel importante en la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad.

Los comportamientos no deben ser considerados aisladamente, ya que es el contexto el que les otorga significado.

Las conductas de los individuos son representadas de acuerdo con la manera en que se las decodifica.

Las representaciones, mediante su participación en los esquemas conceptuales de los individuos, ejercen un rol fundamental en la determinación de sus percepciones.

Una característica importante de las representaciones es que generalmente no son segmentarias. Castoriadis (1975) ejemplifica esta situación diciendo que es poco posible que una persona se represente una cabeza separada del resto del cuerpo; ni más sea, este será representado difusamente. En el caso de que se represente escindida, siempre hará referencia al cuerpo.

Entre las representaciones existe una relación de remisión, por la que toda representación remite a otras representaciones.

Las representaciones difieren en función de los grupos sociales. Así, lo que para un sector social es concebido como una enfermedad, para otro no lo es. Por

ejemplo, los rasgos obsesivos pueden ser valorados positivamente por el gremio de los maestros pasteleros, pero quizás no por el de los estibadores portuarios.

Siguiendo a Castoriadis (1975), podemos decir que la enfermedad y lo enfermo son representaciones centrales: se refieren a algo a partir de lo que una serie de cosas son representadas como enfermas.

A esta representación central se unen representaciones segundas: las enfermedades, que no pueden ser concebidas sin la apelación a la representación central, pero que a su vez son condición indispensable para la existencia de las representaciones centrales.

### III. METODOLOGIA

Nuestra unidad de análisis son los choferes del ATUP del Area Metropolitana de Buenos Aires. Para llevar a cabo este trabajo nos basamos principalmente en la realización de entrevistas semiestructuradas y en el análisis de fuentes secundarias.

La elección de tales estrategias se relacionó con las características definitorias de cada uno de los temas tratados y con la accesibilidad a la información.

Las entrevistas se destacaron por su carácter semiestructurado y su grado de profundidad. En total realizamos 15, y se distribuyeron así:

SECTOR	N° DE ENTREVISTAS
Choferes	11
Sindicato	1
Obra Social	2
Empresarios	1

También mantuvimos contacto (aunque informalmente) con miembros de la Secretaría de Transporte y de la FATAP, accediendo entonces a la mayoría de los sectores representativos del ATUP (1).

La selección de los conductores y empresarios se hizo al azar. En cuanto al personal de tráfico, no dejamos de lado la problemática que implica la coexistencia de empresas correspondientes a tres jurisdicciones parcialmente superpuestas. Para comparar su situación, entrevistamos a choferes de los tres agrupamientos

En lo que respecta a la UTA y a la obra social, entrevistamos a miembros de su Dirección.

Las entrevistas fueron individuales y, salvo en el caso de los dirigentes gremiales y de la obra social, se realizaron en los domicilios de los entrevistados.

Intentamos también llevar a cabo entrevistas colectivas, para indagar con mayor precisión sobre las modalidades de apropiación y procesamiento colectivo de los elementos de representación. Aspectos como el régimen de

---

(1) Para terminar de lograrlo, restaría entrevistar a integrantes de la jurisdicción provincial y de las municipales.

horarios y el de francos de los choferes hicieron que no pudiéramos concretar dicho propósito. Esto no afectó significativamente la investigación, porque pudo suplirse parcialmente con la comparación de las entrevistas individuales.

La duración promedio de los encuentros fue de dos horas. Como paso previo a cada uno, confeccionamos un cuestionario guía para ordenar su desarrollo y facilitar su mutua comparación. Su seguimiento no fue estricto: se indagaron sobre otros temas además de los consignados, y se alteró el orden previsto para las preguntas. Todo se relacionó con las modalidades de indagación más apropiadas para cada caso y con el curso del desarrollo de las entrevistas.

En cuanto al personal de tráfico, consideramos los siguientes ejes temáticos:

- Situación socioeconómica.
- Organización de su proceso de trabajo.
- Problemas de salud identificados.
- Diagnóstico y atención de sus problemas de salud.

Los temas que tratamos a través de la información de las entrevistas fueron la organización de su proceso de trabajo, los servicios de salud que consultan y aquellos relacionados con sus representaciones del proceso salud-enfermedad.

Para analizar las representaciones de los choferes sobre su proceso salud-enfermedad, fue necesario indagar sobre las maneras en que este grupo lo reconoce y reflexiona sobre él. Creemos que la realización de entrevistas semiestructuradas resultó la técnica más apropiada.

A través de las entrevistas pudimos considerar a los individuos como productores y portadores del conocimiento sobre un determinado aspecto de su vida. Asimismo, alcanzamos un grado de detalle que permitió dar cuenta de la complejidad del mismo más apropiadamente que otras técnicas.

Las entrevistas permiten captar las opiniones, valoraciones y motivaciones que se presentan como parte de un determinado aspecto de la experiencia humana, en este caso, del proceso salud-enfermedad.

La siguiente afirmación de Saltalamacchia sobre los datos que se obtienen por medio de las entrevistas evidencia su especificidad para el estudio de las representaciones:

**El dato nunca es y nunca podrá ser lo real mismo. En tanto material simbólico, el dato es siempre una determinada estructuración de la realidad. (Saltalamacchia, 1983:329)**

Las representaciones son material simbólico, y constituyen una manera de interpretar (conocer) la realidad.

Para asegurar la confiabilidad de la información obtenida, la confrontamos con los datos provistos por otras fuentes. Empleamos básicamente material de origen médico, porque no encontramos ningún otro trabajo de características similares al nuestro.

En los aspectos restantes utilizamos fuentes secundarias como la normativa, información periodística y algunas investigaciones sobre el sector del ATUP.

Asimismo, también elaboramos registros de observación de cada una de las entrevistas realizadas. De tal manera, contamos también con información que no fue verbalizada por los choferes tales como algunas de las características de sus viviendas y de las zonas donde se encuentran asentadas.

Intentamos comenzar a conocer las principales problemáticas del ATUP recurriendo al análisis de la información estadística, la organización normativa y los artículos periodísticos. También priorizamos la búsqueda de bibliografía específica.

Las estadísticas del ATUP del Area Metropolitana de Buenos Aires, son fragmentarias. Sólo la jurisdicción nacional las produce regularmente. Tampoco las cámaras empresarias cuentan con registros a este respecto. La mayoría de las cifras que se manejan son estimaciones.

La obra social y el sindicato tampoco elaboran estadísticas sistemáticamente. Únicamente pudimos obtener un cuadro elaborado por la obra social sobre el número de consultas atendidas durante el primer semestre de 1988 en los consultorios externos de su clínica central, y otro sobre las jubilaciones y pensiones otorgadas durante el período 1971-1988.

Al no ser dicho aporte fundamental para el análisis, optamos por no caracterizar estadísticamente al ATUP. Esto no quita que en algunas oportunidades hayamos recurrido a tal información.

Los primeros aspectos que analizamos sobre este sector fueron su organización normativa (2) y el Convenio Colectivo de Trabajo. Así, pudimos interiorizarnos respecto de algunas de las características distintivas del ATUP, y analizar también las relaciones entre sus sectores representativos (autoridades jurisdiccionales, cámaras empresarias y organización gremial). La correlación de fuerzas entre ellos está relacionada con el proceso de construcción de las representaciones de los choferes sobre su proceso salud-enfermedad.

Aunque elaboramos un capítulo sobre el régimen legal, decidimos no incluirlo porque le agregaba una extensión excesiva a la investigación. Igualmente, cuando surgió la necesidad de referirse a algunas normas en especial, no omitimos hacerlo.

La información periodística constituyó una de las principales fuentes consultadas. Mediante su recopilación y análisis pudimos cubrir parcialmente la ausencia de bibliografía específica y analizar las relaciones entre las bases, la cúpula gremial, las autoridades jurisdiccionales y las cámaras empresarias.

A fin de emplearla con rigor, recopilamos sistemáticamente los artículos referidos al sector que se

---

(2) Debido a la pluralidad de jurisdicciones (Por ejemplo, cada municipio tiene un régimen legal propio) optamos por referirnos únicamente a la del sector nacional. De todos modos, pudimos constatar por medio de la observación y de las entrevistas con gremialistas y empresarios, que su espíritu es básicamente el mismo.

editaron en los principales diarios de Buenos Aires (3) durante el período septiembre de 1989 - agosto de 1993.

También consultamos publicaciones de las distintas cámaras empresarias.

No trabajamos con materiales sindicales debido a la imposibilidad de acceder a ellos.

Para facilitar el manejo de toda esta información confeccionamos una base de datos. Allí consignamos los temas sobre los que versaba el artículo, la fecha, el diario de publicación, y un breve resumen.

Intentamos trabajar únicamente con el núcleo de la información proporcionada por estas fuentes. A tal efecto, tratamos de omitir los juicios de valor de los periodistas. Además, nos atuvimos a considerar el material constituido por las declaraciones de los distintos representantes de los sectores del ATUP y por los acontecimientos que protagonizaron (pronunciamientos, reuniones, medidas de fuerza, etc.). Al recurrir a diarios con posturas ideológicas distintas se redujo la posibilidad de terminar reproduciendo la concepción de los periodistas.

La comparación simultánea de distintos diarios nos permitió ir cubriendo las omisiones e imprecisiones en el tratamiento del tema. Así, pudimos depurar los datos y reelaborarlos desde nuestro marco teórico para llevar a cabo la investigación.

Mediante esta información pudimos analizar, entre otros eventos, la repercusión de la sanción del Decreto 692/92 entre los distintos sectores del ATUP (4) y el desarrollo de un conflicto gremial entre julio y agosto de 1993.

---

(3) Nos referimos a Clarín, Crónica, La Nación, Página 12, Ambito Financiero y el Cronista Comercial.

(4) Esta normativa, entre otras cosas prohíbe a los choferes de las empresas de la jurisdicción nacional las tareas de expendio de pasajes. De todos modos, hasta ahora (marzo de 1994) tuvo un cumplimiento prácticamente nulo.

#### **IV. LA ORGANIZACION DEL AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS EN EL AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

Nos referiremos aquí al contexto en el que se lleva a cabo el proceso de trabajo de los choferes del ATUP.

En II.1. "El proceso de trabajo" explicamos que el contexto del proceso de trabajo en las sociedades capitalistas está constituido por la competencia entre los capitalistas y por el conflicto entre el capital y el trabajo.

La actividad del ATUP en el Area Metropolitana de Buenos Aires se desarrolla bajo un marco de "competencia regulada".

El servicio es prestado por empresas privadas que compiten entre sí, y que están sujetas a la intervención regulatoria estatal.

El Estado obra cómo autoridad jurisdiccional a tres niveles: nacional, provincial y municipal.

Cabe destacar cómo problema la inexistencia de un organismo que coordine los distintos modos del transporte del Area Metropolitana de Buenos Aires (las tres jurisdicciones del ATUP, los ferrocarriles y los subterráneos) entre sí.

Esto dificulta el diseño de políticas de transporte para modificar aspectos entre los que se destacan su grado de cobertura y la estructura tarifaria.

La atomización de las distintas jurisdicciones hace que la información sobre el sector esté dispersa, y no sea elaborada siguiendo criterios uniformes. Entonces, pierde su valor y no puede contribuir al diseño de un plan de transporte.

En el Congreso Nacional se está tratando la creación de la Autoridad del Transporte del Area Metropolitana (ATAM). Sería un ente autárquico integrador, en el que cada jurisdicción aportaría su actual "... potestad para compartir las decisiones sobre la totalidad del sistema centralizando su planificación y conducción." (Subsecretaría de Transporte Automotor, 1993a:2).

Las funciones más importantes del ATAM serían las siguientes:

**... definición de las políticas globales y modales para el Area Metropolitana de Buenos Aires, contar con una base de datos del sistema que ayude a la toma de decisiones, unificar las normas y procedimientos para la reglamentación del autotransporte público de pasajeros. (Subsecretaría de Transporte Automotor, febrero de 1993a:2).**

Los organismos de contralor se encargan del otorgamiento de los permisos de operación a las empresas. En ellos se detallan los términos en los que será prestado el servicio: recorrido y paradas a utilizar, frecuencia mínima, cantidad y características de los vehículos, detalle de las instalaciones fijas, tarifas y secciones, seguro o seguros proyectados, empresas con las que habrá de competir, etc. La modificación de cualquiera de estos aspectos deberá ser autorizada por la autoridad jurisdiccional.

Las tarifas son fijadas por los organismos de contralor, y son las mismas para todas las empresas de cada jurisdicción.

Estos también se encargan de dirimir los conflictos que pudieran suscitarse entre las empresas, o entre estas y los trabajadores.

El papel que desempeña el Estado en el ATUP no es el de un mero generador de consenso entre las empresas o entre estas y los trabajadores. También actúa en la organización del sector, ya que ejerce una acción reguladora. Por lo tanto, tiene la posibilidad de emplear mecanismos de coerción.

Los sectores representativos del ATUP (Estado, empresas y trabajadores) se encuentran vinculados en un proceso transaccional. En él se ejercen permanente y simultáneamente relaciones que van desde el consenso hasta la coerción y hegemonía. Es posible afirmar que el ATUP en sí es el resultante de este proceso.

Aspectos como el régimen laboral de la fuerza de trabajo y las características sobresalientes de este

servicio son el producto de la interacción conflictiva y contradictoria entre Estado, empresas y trabajadores.

Por ejemplo, la reglamentación del régimen establecido en el Convenio Colectivo de Trabajo surgió de la transacción entre los tres sectores en el ámbito del Ministerio de Trabajo.

Lo mismo sucede con el conjunto de las nuevas normas legales y reglamentarias que deberán respetar las empresas del ATUP.

En cuanto a la organización empresaria, nos referiremos detalladamente a ella en IV.1. "Las modalidades de la organización empresaria".

En el Area Metropolitana de Buenos Aires operan unas 300 empresas de ATUP (no existe información oficial respecto de su número exacto). Constituyen un grupo sumamente heterogéneo; y se distinguen entre sí principalmente por:

**a) Dimensión y antigüedad del parque móvil**

Para analizar esta situación nos basamos en la información proporcionada por la Secretaría de Transporte para 1992, correspondiente a las empresas que se encuentran bajo su jurisdicción.

Encontramos valores extremos en la existencia de unidades cómo los de la empresa Micro Omnibus Norte S.A., que contaba con un parque móvil de 387 vehículos (con una antigüedad promedio de 5 años) y los de la empresa Transportes 270 S.A.; que tenía 24 unidades (con una antigüedad media de 13 años).

En cuanto a la edad promedio de las unidades, la empresa Transporte Línea 23 S.A. tiene una antigüedad promedio del parque de 14 años (cuenta con 36 coches) y la empresa Línea 17 S.A., con una antigüedad promedio para sus vehículos de un año (posee 66 unidades).

Entre los valores extremos para parque actual y antigüedad promedio, hay un verdadero gradiente, y no podemos referirnos a un valor que resulte representativo.

**b) Disparidad en la rentabilidad empresaria**

La rentabilidad entre las empresas es sumamente desigual. Esto se relaciona principalmente con las políticas empresarias, las características del itinerario (rentabilidad del recorrido, dada por la mayor o menor demanda, y superposición total o parcial de tramos de aquel con los de otras empresas) y con la calidad del servicio prestado.

Muller (1990) cita un estudio realizado bajo su coordinación sobre las líneas de jurisdicción nacional en el Area Metropolitana de Buenos Aires. En él se establecieron extremos de rentabilidad que fluctúan entre el -32% y el 22% (excedente respecto del costo de explotación).

El ATUP se va concentrando progresivamente. En 1992 cuatro empresas fueron absorbidas por otras.

Las autoridades de las cámaras empresarias son partidarias de esta tendencia.

Según el Presidente de la FATAP "Hay 240 empresas; es bastante, diría que demasiado. Con 60 a 120 sería suficiente." (Clarín, 30/11/92)

Asimismo, el Presidente de la Cámara Empresaria del Transporte Automotor de Personas sostuvo que la concentración de empresas dará lugar a estructuras más eficientes (en Clarín, 30/11/92).

Con el transcurso del tiempo las empresas con pocos colectivos van perdiendo viabilidad, porque se dificultan las renovaciones de las unidades y se resiente la calidad del servicio. Se deriva así parte del tráfico a otras líneas, con la consiguiente pérdida de rentabilidad.

Además, las compañías de gran porte pueden manejar talleres propios y lograr significativos ahorros en los gastos de mantenimiento de las unidades.

### **c) Frecuencias**

Es difícil aportar datos sobre las frecuencias de los servicios prestados por el ATUP en el Area Metropolitana de Buenos Aires, porque desde 1972 no se han llevado a cabo estudios comprensivos del transporte.

Si bien las frecuencias son pautadas en los permisos otorgados a las empresas, la debilidad de los organismos de contralor hace que esta disposición no sea efectiva.

Según la Secretaría de Transporte, el 70% de las unidades controladas no cumple con las frecuencias aprobadas. El Jefe del Departamento de Fiscalización de esa dependencia destacó que contaba con ocho inspectores para supervisar 298 líneas de colectivos en el Área Metropolitana, y que bajo tales condiciones no se podía cumplir la normativa (en Página 12, 9/2/92).

Nuestra experiencia cómo usuarios del ATUP nos permite afirmar que las frecuencias son sumamente dispares según las empresas.

Las compañías tienen la posibilidad de competir entre sí a partir de las siguientes bases:

a) La entrada de las empresas al sistema está restringida, ya que sólo pueden operar legalmente aquellas que cuentan con el permiso otorgado por la autoridad jurisdiccional.

Si bien el número de competidores es limitado, en el Área Metropolitana de Buenos Aires operan servicios urbanos especiales (comúnmente conocidos como charters), que son definidos por Kralich (1993) como

**...servicios de transporte automotor colectivo de pasajeros prestados con unidades del tipo media y larga distancia (con capacidad de 40 plazas promedio), que cubren trayectos directos entre pares de orígenes y destinos, con asiento asignado y eventualmente detalles de confort adicionales (música funcional, aire acondicionado, etc.) y con tarifa generalmente prepaga. (Kralich, 1993:15)**

Según esta autora, transportarían 60.000 pasajeros diarios, empleando más de 600 vehículos.

Aunque estos valores no resultan relevantes frente a la magnitud de los viajes diariamente realizados en la región, adquieren significado a la luz de su importante crecimiento reciente en términos relativos y por las fricciones que genera con la red de transporte regular.

b) La escala tarifaria es la misma para todas las empresas de cada jurisdicción.

La competencia entre las empresas se dará fundamentalmente a partir de la superposición total o parcial de sus itinerarios (que son esencialmente fijos). Así, ante una alteración en la cantidad de servicios prestados, que implique variaciones en el tiempo de viaje y en la confiabilidad, podrán efectuarse derivaciones del tráfico de unas en beneficio de otras. De este modo, existen áreas en las que se mantienen umbrales mínimos de oferta.

Cómo ya explicamos, los recorridos están especificados en los permisos de las empresas. En este sentido Muller (1990) explica que

**...la presencia en un determinado recorrido otorga derechos sobre otros operadores pudiendo así gestionarse en el futuro una eventual prolongación hacia otros puntos cercanos que permitirían incrementar la rentabilidad. De esta manera, la manutención de un tramo en condiciones no rentables se torna una suerte de "inversión" para el operador, bajo la forma de garantía de reserva de determinado mercado potencial. De hecho es esta una forma usual de política comercial de los operadores... (Muller, 1990:573)**

Otra situación que caracteriza al ATUP es la rigidez de la red que configura, ya que no se corrige con prontitud ante eventuales variaciones de la demanda.

Las empresas están agrupadas en varias cámaras. Entre ellas se cuentan la Cámara del Transporte Automotor de la Provincia de Buenos Aires (CTAPBA), la Cámara de Empresarios del Transporte Automotor de Personas (CETAP), la Asociación Argentina de Empresarios del Transporte Automotor (AAETA) y la Cámara Empresaria del Autotransporte de pasajeros (CEAP). Las tres primeras representan al 80% de las empresas del Area Metropolitana de Buenos Aires, y están adheridas a la Federación Argentina de Transportadores por Automotor de Pasajeros (FATAP).

El hecho de que las empresas se nucleen en cámaras, y que a su vez éstas constituyan una federación, nos inclina a pensar que sería erróneo considerar que las relaciones entre las empresas del ATUP son únicamente de competencia.

Al ser el ATUP un sector regulado, hay una serie de puntos definidos por el Estado, (que son comunes a todas las empresas) y que están relacionados con su rentabilidad: en primer lugar debemos considerar las tarifas y en segundo aquellos aspectos que hacen al régimen de explotación del servicio que están detallados en los permisos.

En cuanto a las tarifas, sus incrementos se logran mediante acuerdos firmados entre las autoridades jurisdiccionales, empresarias y sindicales.

Por su intermedio, las empresas y el gremio asumen compromisos entre sí y con el Estado. Estos son sumamente variados: por ejemplo, no realización de huelgas durante un período determinado, aumentos salariales, realización de inversiones para mejorar el servicio, etc.

Sí bien el régimen del ATUP está establecido por el Estado, hay que destacar que es el producto de permanentes transacciones entre los sectores estatal, empresario y sindical. Los mismos se encuentran envueltos en una serie de relaciones conflictivas y contradictorias, que van (como ya dijimos) desde el consenso hasta la coerción y hegemonía.

Las relaciones dinámicas que unen a los sectores arriba mencionados son responsables en gran medida del contexto específico del proceso de trabajo de los choferes.

Para ilustrar esta afirmación, en VI. analizaremos un conflicto sucedido en el ámbito del ATUP del Area Metropolitana de Buenos Aires entre julio y agosto de 1993 a partir de información periodística. Enfocaremos básicamente las prácticas y líneas argumentales de los sectores intervinientes.

#### **IV.1. Las modalidades de la organización empresaria**

Las empresas de ATUP son asociaciones de prestatarios del servicio. La modalidad bajo la que se organizan es conocida como "sociedad de componentes".

Aunque existen disposiciones por las que deben organizarse de acuerdo con alguno de los tipos de sociedad establecidos por el Código de Comercio (Sociedad Anónima, Sociedad de Responsabilidad Limitada o Cooperativa), en realidad actúan como sociedades de componentes.

Dichas sociedades constituyen asociaciones con una organización administrativa simple y que insume pocos recursos. Su finalidad es asegurar el cumplimiento de la prestación mediante el mantenimiento de un itinerario común, de frecuencias regulares y el respeto de turnos de trabajo preestablecidos.

Históricamente el rol principal de estas asociaciones empresarias fue el mantenimiento de una organización administrativa básica.

Actualmente, se le asigna una importancia creciente al papel que pueden desempeñar en la reducción de los gastos de mantenimiento de las unidades. Las sociedades, a través del aporte de los componentes, tienen la posibilidad de encargarse (entre otros aspectos) de la apertura de talleres de diverso tipo y de la importación de insumos.

Los socios, denominados **componentes**, son los propietarios de los vehículos y aportan una cuota para solventar los gastos de la empresa.

El componente está ligado a la empresa por medio de "Contratos Internos de Trabajo", a través de los mismos

**...la empresa confía la explotación del vehículo al socio (o socios) que lo aporta por venta a crédito a la sociedad, el cual debe ajustarse a las disposiciones que la administración de la empresa adopte, originándose así una serie de reglamentaciones internas -de tráfico, de penalidades, etc.- que regulan las relaciones emergentes del contrato de trabajo. (MOySP, 1972:178)**

La empresa es la encargada de la contratación de los choferes y del cumplimiento de la legislación laboral.

El componente es quien efectúa la selección, paga el sueldo y la indemnización en caso de despido.

Los gastos de mantenimiento del vehículo corren por cuenta del componente. La mayoría de las empresas, para optimizar el manejo de recursos y bajar los costos de mantenimiento del parque, están aumentando constantemente sus inversiones en instalaciones fijas (básicamente talleres mecánicos y de carrozado y cargadores de gasoil), máquinas herramienta y stock de materiales. Las mismas son patrimonio de la sociedad, y posibilitan que aumente el valor de las acciones de los componentes. Según Yomal (1992), en las empresas de ATUP del Area Metropolitana, este rubro representa el 20% del capital de las empresas. El 80% restante está constituido por los vehículos.

En las sociedades de componentes generalmente existen dos maneras de disponer de los ingresos: o bien cada miembro se los reserva para sí, o se constituye un fondo que se reparte proporcionalmente en función de la distancia recorrida por cada vehículo.

La sociedad debita mensualmente a sus socios los gastos de administración correspondientes a cada unidad, las remuneraciones del personal, los bienes y servicios suministrados por la empresa y los gastos correspondientes a la depreciación del vehículo (este concepto es estrictamente contable). Con estos importes se va saldando la deuda que la empresa mantiene con el componente. Una vez cancelada la deuda, la sociedad está facultada para exigir la renovación del vehículo, si el mismo no reúne un mínimo de condiciones para poder brindar un servicio eficaz.

Actualmente se está difundiendo la institución de fondos de renovación de las unidades. Se constituyen mediante un aporte mensual fijo (que toma como unidad de medida una determinada cantidad de boletos mínimos). Así, se van renovando progresivamente los vehículos con mayor antigüedad.

Párrafos atrás nos referíamos a las acciones de la sociedad. Las mismas son recibidas por los componentes

contra entrega de una unidad a la empresa. Estos títulos no se pueden comercializar libremente.

La toma de decisiones y la resolución de conflictos se realizan a través de asambleas de accionistas, en ellas generalmente a cada vehículo le corresponde un voto.

Cada asociado puede ser propietario de un vehículo, de varios o poseer solamente una fracción del mismo.

Según el MOySP (1972) alrededor del 50% de los componentes realiza tareas de conducción. A una cifra similar, el 48%, llega el estudio de V. Guzmán Pinedo titulado "El costo de la mano de obra en el transporte colectivo de la ciudad de Córdoba durante el mes de diciembre de 1969" (citado en Alasino, 1986). Actualmente la situación es distinta: debido a la concentración del sector, la mayoría de los choferes son asalariados (según pudimos constatar en las entrevistas; lamentablemente no existen estudios más recientes sobre el tema); esto se debe a que generalmente cada componente posee más de un vehículo.

Además, los componentes efectúan otras labores no remuneradas directamente, vinculadas al mantenimiento de las unidades.

En estas sociedades cada socio se encarga de resolver sus propios problemas financieros, ya que no existen mecanismos formales de asistencia económica.

## **V. EL PROCESO DE TRABAJO DE LOS CHOFERES DEL AUTOTRANSPORTE URBANO DE PASAJEROS**

El proceso salud-enfermedad es la expresión de las condiciones de vida y trabajo imperantes en un grupo social determinado (1). Es por esto que, para analizar las representaciones del proceso salud-enfermedad del personal de conducción del ATUP, nos referiremos previamente a las características de su proceso de trabajo.

Aunque éste presenta variaciones de acuerdo a la empresa donde trabaja el chofer, los rasgos en común son la mayoría. Nos centraremos en estos últimos.

Para lograr una exposición clara, detallaremos separadamente las principales tareas desarrolladas por los choferes, aunque muchas de ellas son realizadas simultáneamente.

También vamos a remitirnos a las características distintivas de la fuerza de trabajo de esta actividad y a las de los vehículos utilizados.

### **- Traslado desde y hacia el lugar de toma de servicio**

Es importante considerar el tiempo de viaje desde y hacia el lugar de trabajo, ya que hace a la duración de la jornada laboral. Además, ejerce una importante determinación sobre los viáticos de los trabajadores. Esto se debe, entre otras cosas, a que al aumentar la distancia entre el lugar de trabajo y el domicilio del trabajador, sucede lo mismo con la erogación en transporte.

En cuanto a los choferes que entrevistamos, se dio la particularidad de que la mayoría de ellos prestan servicios en líneas en las que los lugares de toma del servicio se encuentran próximos a sus domicilios.

Informaron que el tiempo de viaje entre el lugar donde toman y dejan el servicio y sus hogares es de alrededor de 30 minutos. Las formas de traslado son sumamente variadas: a pie, en bicicleta, en colectivo y en automóvil.

---

(1) Como planteamos en el párrafo II.2. y en el subpárrafo II.2.2.

Los choferes que toman o dejan el servicio a la noche o a la madrugada deben afrontar inconvenientes en el traslado, porque son escasas las empresas que prestan servicios entre las 0 y las 4 de la madrugada. Sobre 142 líneas de la Capital Federal, solamente 19 trabajan de noche (en Clarín, 23/5/93). En el conurbano bonaerense la situación es similar; la fuente consignada informa que allí lo hacen 10 líneas correspondientes a la zona oeste (2).

Uno de los choferes entrevistados explicaba que

- Yo trabajo en el turno mañana. El primer coche sale a las 2 y 25 de la mañana. Un rato antes pasa el coche de la empresa que va juntando a la gente.

- ¿Eso es un arreglo que hicieron entre ustedes o es algo de la empresa?

- No, esto es cosa de la empresa. Además, a esa hora casi no hay colectivos y entonces sería muy difícil poder llegar. (ENTREVISTA N° 7)

#### - Turnos de trabajo

Existen dos modalidades de turnos de trabajo: los fijos y los móviles.

Según las fuentes sindicales y los choferes entrevistados, son pocas las empresas que trabajan con turnos fijos. El conductor que lo hace bajo el primer régimen debe presentarse todos los días a la misma hora.

Cuando el chofer trabaja bajo turno móvil, tiene asignado uno, que es generalmente matutino o vespertino, y va rotando su horario dentro del mismo. Así, va pasando desde ser el primer coche del turno hasta ser el último. Esto implica una amplia gama horaria, porque un turno dura no menos de ocho horas y la diferencia entre el primer y último coche no baja de cuatro.

---

(2) En VI. "La hegemonía y las transacciones en el ATUP: el proceso de reestructuración del sector y de la organización del trabajo de los choferes" nos referiremos a la negociación entre el Estado y las empresas para que (entre otras cosas) éstas últimas implementen servicios nocturnos.

El horario rotativo es un mecanismo empleado por las empresas para establecer frecuencias y diagramar los servicios.

Así, se crean las condiciones para que todos los coches recauden a lo largo del mes sumas similares, porque cubren toda la faja horaria. Entonces, la totalidad del parque tiene acceso a los horarios más lucrativos. En un esquema de turnos fijos hay vehículos marginados de los mismos. Es por eso que esta modalidad generalmente no se emplea en las sociedades de componentes, ya que uno de sus fines principales es evitar la competencia entre sus miembros.

Los choferes están supeditados a ésta normativa empresarial, que define no solamente su tiempo de trabajo, sino también el de no trabajo (ya que no pueden establecer horarios fijos para el ejercicio de sus actividades extra-laborales).

#### **- Toma de servicio**

El chofer puede hacerse cargo de la unidad en la cabecera de la línea o en algún punto intermedio del trayecto establecido por la empresa (generalmente se practica la primera modalidad).

En caso de ser en la cabecera, debe presentarse aproximadamente 20 minutos antes de la hora de salida del coche que conduce.

Al llegar a la empresa, debe hacer completar su libreta de trabajo por un empleado administrativo. La misma consiste en un cuadernillo expedido por la autoridad jurisdiccional, donde figuran sus datos personales y los de la línea. Su finalidad es servir de registro de la cantidad de horas trabajadas y de la asistencia en general.

Todo el trabajo que no se asienta en este documento es pagado en negro, y de acuerdo al criterio que decida la patronal (generalmente por vuelta).

Allí se consigna la hora de toma de servicio y la de llegada de la última vuelta. Además se registran las horas extras trabajadas.

En caso de ausencia, también se detalla si fue con o sin aviso y su motivo (vgr. enfermedad, suspensión, razones particulares, etc.).

Al final de cada jornada la libreta es firmada por el empleado administrativo. Según estipulan las leyes, la libreta de trabajo queda en poder del chofer. En la práctica no siempre es así, ya que generalmente es retenida por la empresa.

Una vez cumplimentada la totalidad de la libreta, es conservada por el conductor. En caso de ingresar a otra empresa, deberá comenzar una nueva.

La libreta de trabajo es un instrumento que obra cómo registro del desempeño del chofer en la empresa.

Aunque sirve para velar por el cumplimiento de la relación laboral dentro del marco de las normas legales, su eficacia es materia opinable. Esto se debe a que la información que contiene suele ser parcial, ya que es frecuente el subregistro de las horas extras. Las reiteradas contravenciones de la legislación laboral (3) generan situaciones que no son volcadas en las libretas.

La promoción de tales modalidades de trabajo ilegal contribuye a incrementar el plusvalor obtenido por las empresas, ya que si tuvieran que contratar más choferes el gasto en personal sería mayor. También se producen ahorros en el pago de cargas sociales.

La retención de las libretas por parte de algunas empresas contribuye a impedir que los conductores controlen eficazmente su tiempo de trabajo. Asimismo, al retenerlas, pueden manipular la información allí vertida.

Luego de su cumplimentación, el personal de tráfico recibe la boletera y la planilla donde se van asentando periódicamente los números de boletos de cada sección. Esta operación la realiza antes de salir, durante el recorrido y al final de cada vuelta. Por medio de tal planilla rendirá cuenta del dinero recaudado, generalmente al final de cada vuelta.

---

(3) Muchas empresas promueven la doble jornada laboral y el trabajo durante los francos y licencias.

La planilla es el instrumento por el que se controla el cumplimiento de los horarios comerciales.

**- El recorrido**

La duración del trayecto depende principalmente de su extensión, de la hora del día, de la demanda de pasajeros, de las condiciones meteorológicas y del estado de la red vial.

Las empresas establecen "horarios comerciales". Son lapsos de tiempo que pautan para que el chofer cumplimente el recorrido.

Aunque existen normas legales que fundan criterios para su definición, no se cumplen por la debilidad de los organismos de contralor.

Generalmente las empresas demandan a los choferes su estricto cumplimiento, a pesar de ser concientes de la existencia de múltiples factores que lo dificultan. Entre ellos se cuentan principalmente el deterioro de la red vial y el progresivo incremento de la densidad vehicular y de la demanda de pasajeros.

Para asegurar que se respete, las empresas colocan inspectores en puntos intermedios del recorrido. A éste respecto un chofer explicaba que:

**Nosotros tenemos que cumplir el horario sea como sea, es por eso que tenemos dos chanchos en el medio del recorrido.  
(ENTREVISTA N° 15)**

Los entrevistados manifestaron la dificultad (a veces insalvable) que tienen para cumplirlos. Para llegar a hacerlo, es frecuente que cuando se les presenta la oportunidad no respeten las paradas, circulen a velocidades superiores a las autorizadas o contravengan las normas de tránsito.

El incumplimiento de los horarios comerciales puede dar lugar a hechos como la cobertura del tiempo de atraso a través de la prolongación de la jornada laboral o de la reducción de los intervalos de descanso (4).

---

(4) En una observación realizada en uno de los extremos del recorrido de una línea de jurisdicción provincial, en la

Cabría preguntarse por qué las empresas no modifican los horarios comerciales. Entendemos que esto se asocia con la diagramación de los servicios. Si definieran horarios comerciales más extensos, o al menos más flexibles, deberían incrementar el parque para asegurar el cumplimiento de las frecuencias (5). Esto implicaría una reducción en sus márgenes de ganancia.

#### - **Conducción**

Según la información recabada, el número de componentes que ejercen tareas de conducción está en franca disminución. Consideramos que esto tiene que ver con el proceso de concentración económica que está sufriendo el ATUP. El mismo implica un cambio notorio en el perfil de la actividad, ya que tradicionalmente los conductores eran los propios dueños de sus vehículos.

El manejo de las unidades destinadas al ATUP es esencialmente distinto al de cualquier otro vehículo automotor (6). Algunas de sus peculiaridades son las siguientes:

a) Los choferes del ATUP deben detener su vehículo muchas más veces que cualquier otro conductor del ámbito urbano.

Esto se debe al constante ascenso y descenso de pasajeros, que obliga a los choferes a efectuar múltiples paradas a lo largo de su trayecto.

Su trabajo se multiplica, ya que tienen que realizar muchos más cambios de velocidad y accionar constantemente el pedal de embrague (a no ser que el vehículo disponga de caja de velocidades automática, y esto sólo sucede con el 25% de ellos).

b) Al tener que ir recogiendo pasajeros en diversas paradas, que suelen encontrarse cercanas entre sí, los

---

que trabaja uno de los choferes entrevistados, pudimos comprobar que los tiempos de descanso oscilaban entre los 5 los 20 minutos.

(5) Ya nos referimos a su importancia en IV.1. "Organización del autotransporte urbano de pasajeros en el Area Metropolitana de Buenos Aires".

(6) Caracterizaremos los microómnibus en V.1. "Los vehículos del autotransporte urbano de pasajeros"

choferes deben ir prestando constantemente atención a las mismas.

c) El ascenso y descenso de pasajeros los obliga a accionar permanentemente las palancas para abrir y cerrar las puertas delantera y trasera.

d) La atención que deben brindar a los pasajeros (que será detallada luego al describir las demás tareas), hace que no puedan concentrarse únicamente en el manejo y en el tránsito.

e) Intermitentemente deben observar por un espejo cómo descienden los pasajeros por la puerta trasera, y también que es lo que sucede en el interior de la unidad. Esto último por el control que deben ejercer sobre los pasajeros.

#### **- Expendio de pasajes**

El personal de conducción se encarga de la venta de pasajes. Los boletos de microomnibus son entregados por los choferes, y tienen el formato de un rollo de papel numerado.

En el Area Metropolitana la estructura de las tarifas es escalonada (a excepción de la ciudad de Buenos Aires, donde es plana). El pasaje correspondiente a cada sección está identificado con un color diferente.

Su venta demanda el cumplimiento de la siguiente secuencia:

- 1) Individualización del boleto correspondiente.
- 2) Corte del mismo por medio de la máquina boletera.
- 3) Cobro del pasaje, y entrega de este y del cambio al pasajero.

Al expender los pasajes, el chofer debe vigilar que los pasajeros respeten la sección correspondiente al boleto adquirido. Esto ocasionalmente es verificado por los inspectores que abordan las unidades, y piden a los pasajeros sus boletos para contrastarlos con la información vertida en la planilla. Un chofer explicaba que:

**Para el boleto de 35 (boleto mínimo) no hay una sola sección. Desde tal calle a tal otra es una sección, desde tal otra a tal**

**otra es otra... Nosotros tenemos que estar atentos al boleto que damos, porque si lo damos mal podemos tener problemas nosotros. (ENTREVISTA N° 5)**

Debido a la realización de las tareas de expendio de pasajes, el personal de conducción cobra un suplemento "por corte de boletos". En un recibo de haberes verificamos que el mismo ascendía a 37 pesos.

La cantidad de boletos cortados por un chofer durante la jornada laboral varía de acuerdo a la línea donde se desempeñe. Nuestros informantes declararon expender entre 600 y 900 pasajes diarios.

Una reivindicación histórica de la UTA es la liberación del conductor del corte de boletos (7).

El cumplimiento de la tarea de venta de pasajes es definido por el personal de tráfico como un aspecto negativo de su trabajo.

Las principales críticas que efectúan al actual sistema de corte de boletos son las siguientes:

- a) El manejo de dinero los expone a los asaltos, y contribuye a demorar la operación de expendio.
- b) La crónica falta de cambio hace que constantemente deban enfrentar los reclamos del pasaje.
- c) Esta tarea impide la concentración en la conducción de la unidad.

Los entrevistados con mayor antigüedad en el ejercicio de tareas de conducción valoraron positivamente el actual sistema de expendio de pasajes. Consideraron el ejercicio de ésta labor como un rasgo profesional del trabajo del chofer.

El siguiente testimonio resume el reclamo de la mayoría de los choferes:

**Cuando cambie nuestra forma de trabajar y no tengamos que cortar más boletos, vamos a andar mejor: con menos nervios y robos. (ENTREVISTA N° 14)**

---

(7) Nos referimos detalladamente a éste reclamo en VI. "La hegemonía y las transacciones en el ATUP: el proceso de reestructuración del sector y de la organización del trabajo de los choferes".

El artículo 9° del Decreto 692/92 y su Decreto reglamentario 1.149/92 disponen la prohibición al chofer de esta tarea. Los pasajes serán expendidos por máquinas lectoras de monedas. Según fuentes sindicales, en junio de 1993, sobre los aproximadamente 15.000 vehículos de ATUP del área metropolitana, solamente contaban con ellas un total de 100. El sector empresario afirmaba que eran 300 (en Página 12, 24/6/93).

No se puede decir con certeza en que momento se completará su instalación.

La reticencia de la patronal a instalar este sistema se relaciona básicamente con la inversión que demandaría, que a su vez implicaría un recorte en las ganancias.

Cabe preguntarse si la instalación de éstas máquinas no posibilitaría el incremento de la velocidad comercial. De ser así, se amortizarían a mediano plazo, contribuyendo al aumento de la rentabilidad empresaria.

#### **- Manipulación del dinero**

Al tener que cobrar los pasajes, los choferes se ven obligados a ordenar el dinero para entregarlo a la empresa.

Deben disponer los billetes en fajos, y separar las monedas por valor.

Cuando la afluencia de pasajeros es intensa, algunos conductores no lo van ordenando mientras van vendiendo los boletos. Esperan a hacerlo al ir conduciendo.

Frecuentemente, los microomnibus están equipados con "monederas". Las mismas consisten en una serie de tubos dispuestos paralelamente en los que se van depositando las monedas de acuerdo a su valor. Se introducen a través de una ranura ubicada en la parte superior de dichos tubos, y se retiran por la inferior empleando un mecanismo que se activa con la presión de un dedo. De ésta manera se agiliza su manipulación, lo que redundaría en un aceleramiento en el cobro del pasaje y en el de la velocidad comercial.

El personal de conducción considera peligroso el traslado de la recaudación, porque incrementa las posibilidades de asalto. Esto afecta sólo de una manera parcial a las empresas; porque cuando los conductores sufren un robo, se descuenta de sus haberes el monto sustraído. Las compañías tampoco reponen los efectos personales de los choferes que son asaltados.

La manipulación de dinero es definida por ellos como problemática, porque la falta de cambio (que muchas veces no les es provisto por las empresas) hace que deban afrontar los reclamos de los pasajeros ante las dificultades que se generan en la entrega de vueltos.

#### **- Atención a los pasajeros**

Los choferes deben atender las consultas y pedidos de los pasajeros. Estos asumen las formas más diversas: desde información respecto de una calle, hasta el pedido para descender en una parada no autorizada.

Tienen que controlar a los pasajeros para velar por la cumplimentación de las normas que les atañen. Algunas de ellas son la prohibición de fumar y salivar, la no apertura de ventanillas en época invernal y de baja temperatura, el respeto por la ley que dispone la cesión de los dos primeros asientos a las personas ancianas o discapacitadas y también que viajen solamente dentro de los límites de la sección correspondiente al boleto adquirido.

Todo este cometido sólo es cumplido parcialmente por el personal de tráfico (8).

#### **- Cumplimentación de la planilla**

Durante el recorrido los choferes deben ir llenando una planilla. En ella consignan periódicamente los números de los boletos vendidos correspondientes a cada sección y la hora a la que se pasa por diversos puntos significativos del recorrido seleccionados por la empresa.

---

(8) Por otra parte, la relación del chofer con los pasajeros da lugar a un sinnúmero de representaciones, pero nos referiremos a ellas más adelante.

Su función es triple: controlar la recaudación, el cumplimiento del horario comercial y recabar una parte de la información estadística que las empresas deben enviar a las autoridades jurisdiccionales.

Eventualmente las empresas verifican su correcta cumplimentación por medio de inspectores que suben al vehículo. Ellos piden a los pasajeros la exhibición de los pasajes, que son cotejados con los datos allí consignados.

En diversas oportunidades el personal de tráfico debe presentarlas ante inspectores ubicados en puntos intermedios del recorrido, que verifican el cumplimiento de los horarios y las tildan. Ante su incumplimiento, pueden ser sancionados. Generalmente los choferes cuentan con relojes que están sincronizados con el de la cabecera para ir verificando su cumplimiento.

Las tareas enumeradas hasta el momento se realizan simultáneamente, y es por eso que el chofer debe mecanizarse. Esta modalidad de trabajo es conocida como multifuncionalidad.

Una de sus características es que da lugar a un intenso ritmo de trabajo. Este consiste en la realización de varias tareas sencillas en una secuencia rápida y repetitiva, y puede ser definido cómo maquinista.

Para poder llevarlo adelante, el chofer debe adquirir una destreza que logra a través de la práctica.

A tal respecto, uno de nuestros informantes explicaba que:

**Al principio hacía todo muy despacio: frenaba despacio, daba los boletos despacio, miraba muy bien antes de cortar los boletos.**

**Con el tiempo me fui poniendo canchero y pude hacer todo mucho más rápido. Te vas haciendo tu ritmo de trabajo. (ENTREVISTA N° 5)**

El ejercicio de esta cadencia generalmente se realiza a expensas de la concentración del conductor, resignando así la calidad y seguridad del servicio:

**Yo tenía mucho más cuidado, me fijaba de no arrancar rápido, esperaba que subiera bien la gente. Si en ese momento veía cómo manejo ahora me volvía loco. Antes tenía más cuidado. (ENTREVISTA N° 5)**

Según Ejilevich Grimaldi (1983) y Cupeta (1988), tal situación es una fuente de stress y de fallas conductuales para los conductores.

Directivos de la Obra Social precisaron que, debido al agotamiento psicofísico motivado básicamente por la multifuncionalidad, hay situaciones donde los choferes pierden la conciencia y trabajan asumiendo una "actitud de robot". Es el fenómeno conocido como "sueño blanco":

**Se ha visto que han pasado barreras que estaban bajas, han pasado semáforos que estaban en rojo, es como que lo hacen en forma automática. (TESTIMONIO PERIODISTICO. "EDICION PLUS", 28/8/93)**

La multifuncionalidad es uno de los pilares de la ganancia empresaria.

Una medida fundamental para evitar que el conductor lleve a cabo tantas tareas simultáneamente es relevarlo por completo del expendio de pasajes (9). De todos modos, esto no es suficiente.

Considerando el bajo nivel de las remuneraciones abonadas a los choferes (690 pesos de básico, que con horas extras llega en promedio a los 900), es posible comprender la reticencia empresaria a invertir en ninguna clase de sistema sustituto de expendio de pasajes (10). Podemos pensar que, a criterio de los empresarios, la erogación que demandaría no se traduciría en una mayor ganancia, sino que la reduciría. Cómo planteamos párrafos atrás, tal argumento es discutible.

---

(9) Esto no lo logran las máquinas lectoras de monedas, ya que su empleo requiere por parte de los choferes que marquen en un teclado la sección requerida por los pasajeros.

(10) Analizaremos los argumentos y acciones del empresariado a éste respecto en VI. "La hegemonía y las transacciones en el ATUP: el proceso de reestructuración del sector y de la organización del trabajo de los choferes".

La multifuncionalidad distingue al personal de tráfico del ATUP del resto de los choferes del autotransporte en general, ya que éstos últimos no tienen que desarrollar todas las tareas que los conductores de microómnibus realizan simultáneamente a la conducción de la unidad.

Otra consideración a realizar sobre el ritmo de trabajo de los choferes del ATUP es que no se mantiene constante a lo largo del día ni a lo largo del año. En cuanto a la jornada de trabajo, hay horas del día en las que la cantidad de pasajeros transportados es mayor que en otras; son las denominadas "horas pico".

Nuestros entrevistados identificaron períodos del año en los que la afluencia de pasajeros disminuye. Se trata de los meses de verano, del período de vacaciones de invierno y de los días de fin de mes.

#### **- Intervalos**

Entre una vuelta y otra los choferes hacen una pausa de aproximadamente 20 minutos.

Durante su transcurso se termina de cumplimentar la planilla y se controla y entrega la recaudación correspondiente a la vuelta.

Generalmente, se realizan también tareas de mantenimiento como barrer el vehículo, aprovisionarlo de combustible, llevarlo a la gomería, etc.

Recién después tienen tiempo para hacer sus necesidades, descansar e ingerir alguna clase de alimento y/o bebida (los choferes del ATUP no tienen establecido un horario de almuerzo o cena).

Ninguno de los entrevistados pudo precisar que fracción de este lapso no es empleada para continuar trabajando.

No necesariamente los lugares donde se llevan a cabo los intervalos disponen de instalaciones para el uso de los choferes: sala de descanso y baño. Uno de nuestros entrevistados manifestó que en uno de los extremos del

recorrido donde él trabaja carecen de un baño, y no pueden acceder al de un bar u otro lugar público.

La cifra de 20 minutos que consignamos es un valor de máxima, que ante la rotura de una unidad o un atraso en la cumplimentación del horario, es susceptible de ser reducida. Así, el descanso del personal de conducción puede llegar a convertirse en una variable de ajuste del diagrama de servicios de la empresa.

Debido a las características del trabajo de los choferes (que es eminentemente individual), los intervalos son prácticamente el único momento en el que pueden relacionarse entre sí.

#### **- Horas extras**

La jornada de trabajo del personal de conducción no se puede medir estrictamente en horas reloj. Generalmente consiste en la realización de una determinada cantidad de vueltas, que sumada a la duración de los intervalos debe aproximarse lo más posible a ocho horas; por ser esa la jornada laboral establecida por el Decreto 692/92 y la Convención Colectiva de Trabajo.

Pasadas las ocho horas de labor, el tiempo restante es pagado como extra.

Los choferes pueden trabajar legalmente hasta cuatro horas extras diarias. Si exceden este lapso, la diferencia es pagada en negro. Es frecuente que las empresas paguen la totalidad del tiempo extra bajo dicha modalidad.

Algunas compañías les brindan a sus conductores la posibilidad de seguir trabajando el coche por una cantidad de vueltas suplementarias, cuya duración puede llegar a equivaler a la de una jornada laboral ordinaria. Así, el tiempo de trabajo diario puede llegar a las 18 horas. Este proceder es denominado por los trabajadores "doblete".

**En la xxx (nombre de una empresa) un chofer está en los 11 o 12 palos, pero se mata trabajando. No puede ver a los chicos, ni a la familia ni a nadie. El turno común dura algo de 11 o 12 horas, y después vienen las extras. Varios compañeros míos fueron, yo**

los entiendo porque hay gente que tiene más necesidades. Yo más o menos estoy hecho, tengo mi casa... Hay chicos que no tienen nada y entonces tienen que agarrar.

Otros fueron a trabajar a la xxx (número de una línea), allá también los dejan trabajar los francos y feriados.

A lo mejor de cuando en cuando te hacés un doblete y te llevás 6 o 7 gambas a tu casa, y así vas tirando. (ENTREVISTA N° 8)

La realización de horas extras también se vincula con la cobertura de las ausencias del personal. Ante la falta de un chofer hay empresas que le ofrecen a los demás la posibilidad de trabajar, además de su propia jornada, la correspondiente al conductor que no está prestando servicios.

Aunque la mayoría de las líneas tienen contratados choferes suplentes, que se denominan "de banco", es frecuente que su número sea insuficiente. Por ejemplo, la empresa donde se desempeña uno de nuestros informantes posee 60 coches y alrededor de 120 conductores, pero solamente cuenta con tres choferes de banco.

Aunque generalmente los choferes afectados a cada unidad son dos, hemos verificado la existencia de casos donde hay únicamente uno.

El fundamento de la prolongación de la jornada laboral a través de las horas extras es, desde las empresas, que de tal manera se evita la contratación de más trabajadores, posibilitándose el incremento de la ganancia.

Los conductores están sujetos a los requerimientos del proceso de valorización específico de éste sector. Es así que deben realizar horas extras para mejorar sus ingresos.

#### **- Trabajo durante los francos y licencias**

Los choferes cuentan con seis francos mensuales. Existen distintas maneras de asignarlos; hay empresas que otorgan una determinada cantidad de francos a la unidad y otra al chofer hasta llegar a los seis. En otras, la totalidad de los francos son asignados a la unidad.

Cuando un vehículo tiene franco, es retirado del diagrama de servicios. En tal oportunidad se efectúa su mantenimiento (11).

Los francos de la unidad y los del conductor no necesariamente son simultáneos. Esto varía según la empresa. En algunos casos, el personal de tráfico es citado para "hacer banco" (esto es, permanecer de guardia en la empresa para cubrir eventuales ausencias del personal de conducción). Ambos francos solamente coinciden cuando la empresa estipula que la unidad no prestará servicios seis días al mes.

Frecuentemente los choferes trabajan durante sus francos y licencias. Lo hacen para incrementar sus ingresos (el salario básico de convenio ascendía al mes de agosto de 1993 a 690 pesos mensuales, mientras que según el INDEC el valor de la canasta familiar era de 1.200 pesos). Tal tarea es pagada en negro, y por cantidad de vueltas realizadas.

El ejercicio de este trabajo es acordado entre el chofer y el componente del coche que conduce, o bien con cualquier otro propietario.

La negación al trabajador de la posibilidad de laborar durante los francos y licencias puede constituir (paradójicamente) una manera de sancionarlo. Esto es así porque se recortan sus posibilidades de supervivencia y la de su familia. Entonces, cuando el empresario está disconforme con el desempeño del chofer, puede cerrarle dicha alternativa.

También hay empresas que coaccionan indirectamente al personal para que trabaje durante los francos y licencias, negándoles adelantos de sueldo y ofreciéndoles incrementar su ritmo de trabajo. De acuerdo con los choferes y gremialistas entrevistados, cuando las compañías otorgan adelantos de sueldo, los trabajadores realizan estas prácticas con menor frecuencia.

---

(11) En "Intervalos" y en "Tareas de mantenimiento" nos referimos a la participación que puede tener el chofer durante el mismo.

La prolongación del tiempo de trabajo (ya sea a través del "doblete" o del trabajo durante los francos y licencias) es casi imposible de verificar, porque no es registrada. Según nos explicaron dirigentes gremiales, las autoridades jurisdiccionales para hacerlo se limitan a revisar los libros de personal de las empresas. En cambio, ellos controlan directamente las planillas cumplimentadas por el personal de tráfico. A través de éste proceder llegaron a la conclusión de que un chofer trabaja en promedio entre 12 y 16 horas diarias.

No pudimos detectar en ningún momento que la UTA condene explícitamente la duración de la jornada laboral.

#### **- Entrega de la unidad**

Antes de entregar la unidad, el conductor vuelve a realizar las mismas tareas que durante el intervalo. Luego se presenta ante el empleado administrativo, que completa su libreta de trabajo con los datos correspondiente a las horas extras trabajadas y a la hora en que deja el servicio.

Tales labores insumen, en promedio, entre 30 y 35 minutos.

#### **- Tareas de mantenimiento**

Es principalmente en las empresas pequeñas que los conductores llevan a cabo tareas de mantenimiento de los coches (12).

Hay otras tareas que a veces también realiza el conductor. Tal es el caso del lavado del coche durante los francos en su propio domicilio o en el garaje de la empresa. En algunos casos también se encarga de llevarlo al taller mecánico, y extraordinariamente a los locales donde se realizan las inspecciones técnicas periódicas.

Su ejercicio no está contemplado en la remuneración. Generalmente el componente se las retribuye

---

(12) Ya nos referimos a la limpieza del interior del vehículo, la carga de combustible y el llevarlo a la gomería en "Intervalos".

al conductor en negro, como un pago extra. Así, el ahorro empresario en gastos de mantenimiento es considerable.

#### - El tránsito

Al llevar a cabo los choferes su trabajo en la vía pública, es fundamental la consideración del tránsito. Este constituye el contexto donde llevan a cabo la mayoría de sus actividades.

Todos los entrevistados coincidieron en calificarlo cómo un elemento que incide negativamente en la realización de sus tareas. Explicaron que el deterioro del tráfico dificulta la cumplimentación de los horarios comerciales (que las empresas son reticentes a modificar).

Un conductor sostenía que:

**Los horarios que tiene la empresa hace 8 años que no se cambian. Ese es el gran problema de éste trabajo: el horario comercial. Cada día hay más tráfico y más semáforos, entonces no hay manera de poder cumplirlo. (ENTREVISTA N° 7)**

Otro problema que señalaron es que el llevar a cabo sus tareas en un contexto caótico como el del tráfico del Area Metropolitana les produce un estado de tensión constante.

Coincidieron en que el tránsito se va deteriorando a través del tiempo. A su entender, las principales causas de éste fenómeno son las siguientes:

- a) El incremento del tránsito vehicular, no fue acompañado por una mejora de la red vial.
- b) Los automovilistas cumplen cada vez menos con las normas de tránsito.

#### - Premios

Cuando en II.1. nos referimos a la categoría proceso de trabajo, explicamos que la forma de trabajo de los choferes del ATUP se aproxima a la del maquinismo. Además, planteamos que una característica fundamental del mismo es la institución de incentivos para elevar la productividad de la fuerza de trabajo.

Todos los conductores entrevistados declararon percibir una o varias clases de premios.

El más difundido es el de presentismo; con él las empresas controlan eficazmente el ausentismo del personal.

En algunas compañías se premia el cuidado del coche; lo cobran quienes mantienen perfectamente limpio su interior y no tienen choques.

En ciertas empresas, aquellos que cortan más boletos perciben también un incentivo. Consiste en un porcentaje de la recaudación mensual, que oscila entre el 1 y el 2%. El mismo es un continuo generador de conflictos, porque promueve la competencia entre los choferes.

Por otra parte, se incrementa la competencia intercapitalista en los tramos donde se superponen los recorridos de varias empresas.

Además, este incentivo es un importante acelerador del ritmo de trabajo.

El bajo nivel salarial los obliga a tratar de cumplir con los requisitos para poder percibirlos.

De acuerdo con lo que pudimos indagar, cada empresa tiene sus reglas específicas para otorgarlos. Por otra parte, el único premio pagado en blanco a los choferes entrevistados es el de presentismo.

Mediante la institución de incentivos las empresas pueden incrementar sus ganancias, porque con una inversión no muy cuantiosa se aseguran una reducción en el porcentaje de ausentismo, un mayor cuidado de la flota y una mejora en la recaudación. Las dos primeras modalidades posibilitan una reducción en los gastos de explotación, y la tercera aumenta directamente las ganancias.

### **V.1. Los vehículos del autotransporte urbano de pasajeros**

Los vehículos empleados en el ATUP son conocidos como "colectivos". Se trata de microómnibus montados generalmente sobre chasis para camiones. Según la Secretaría de Transportes, para 1992 el 63% del parque móvil de la jurisdicción nacional estaba instalado sobre

chasis Mercedes Benz modelo 1114. Se trata de un chasis originalmente diseñado para el transporte de cargas.

Tales microómnibus tienen entre 21 y 24 asientos.

Actualmente se están incorporando en las empresas de las tres jurisdicciones vehículos montados sobre chasis Mercedes Benz modelo OA-101. Los mismos son de un porte mayor, ya que cuentan con 30 plazas.

El puesto de conducción está constituido por el asiento, el volante, los pedales, el freno de mano, las palancas de puertas, los espejos, la boletera y los lugares para disponer el dinero.

La mayoría de los colectivos que actualmente presta servicios en el Area Metropolitana no cumple con los requisitos dispuestos por el Decreto 692/92 (motor trasero, suspensión neumática y caja de cambios automática). Esto se está revirtiendo: en el año 1992 se renovó el 36% del parque móvil de las líneas de la jurisdicción nacional.

Las opiniones del personal de tráfico respecto de las unidades son encontradas. La mayoría coincidió en su preferencia por manejar vehículos montados sobre chasis Mercedes Benz 1114. Fundamentaron la misma en que su tamaño es más reducido (en plazas y en metros cuadrados de pasillo), y entonces cuentan con una menor capacidad de carga de pasajeros. Tal característica fue calificada positivamente por todos ellos.

Las opiniones diferían en la apreciación de las comodidades que ofrecen los colectivos de última generación. Nos referimos a características tales como la fuerza que deben hacer para accionar los pedales y el volante.

En base a este aspecto, los choferes califican a los coches como duros o blandos. Veamos los siguientes testimonios:

**Un coche nuevo a lo mejor es más ágil y te responde más que uno nuevo. A lo mejor al principio tiene los cambios y los pedales un poco duros, pero después se va ablandando. (ENTREVISTA N° 5)**

**Los coches nuevos son muy duros, y no tan cómodos. (ENTREVISTA N° 9)**

El motor trasero fue bien ponderado por los conductores, porque consideran que de ésta manera se encuentran menos expuestos a los ruidos.

**Con el motor atrás se viaja mejor, sin éste estado de nervios que a uno le produce el motor adelante. Uno va más tranquilo, hay un silencio que es una maravilla. (ENTREVISTA N° 12)**

Otra ventaja tecnológica que ofrecen los nuevos modelos es la caja de cambios automática. Con ella se ven liberados del uso de la palanca de cambios y del pedal de embrague.

El conductor de un colectivo modelo 1980 montado sobre un chasis Mercedes Benz 1114, explicaba que:

**Hay que hacer cambios muchísimas veces, y para eso hay que embragar. El embrague es lo que más se toca, después están el freno y el acelerador. (ENTREVISTA N° 5)**

A pesar de todas las innovaciones técnicas producidas en los nuevos colectivos, prefieren seguir manejando los que están montados sobre chasis Mercedes Benz 1114. Esto demuestra que priorizan la realización de un volumen de tarea menor.

**Un coche nuevo también tiene sus contras: son muy grandes, tienen un pasillo que no podés terminar de llenar nunca.**

**Cómo son tan grandes son muy jodidos para andar con el tráfico que hay ahora.**

**Yo me quedo con los coches viejos. (ENTREVISTA N° 7)**

De acuerdo con las fuentes consultadas y con las entrevistas realizadas, el sector empresario es partidario de la renovación del parque automotor. Esto se debe a que contando con flotas más modernas, los gastos en mantenimiento se reducen considerablemente (también los de personal, porque las empresas deben contratar menos trabajadores de mantenimiento).

La adopción de vehículos de mayor porte posibilita la reducción de la flota.

Así, se termina poniendo en juego menos capital para obtener ganancias equivalentes o aún superiores.

## V.2. El personal de conducción

Una de las características más notorias de la fuerza de trabajo del ATUP es su juventud: según una encuesta realizada por Cupeta (1988) sobre 274 choferes, el 68% tiene entre 18 y 37 años.

Entendemos que un importante indicador del nivel socioeconómico de los choferes es la vivienda. La mayoría de los entrevistados manifestaron ser propietarios. Únicamente dos afirmaron ser inquilinos. Ante estas respuestas intentamos analizar cómo lograron adquirirlas. En todos los casos manifestaron que no fue por medio de su trabajo como choferes, sino que las heredaron, o las construyeron ejerciendo una actividad más lucrativa, o las emplazaron sobre terrenos que no les pertenecen.

En el caso de los choferes que eran inquilinos, debemos destacar que se trataba de los individuos más jóvenes del grupo, y que eran casados con hijos.

Las entrevistas al personal de tráfico siempre se realizaron en sus domicilios. Pudimos constatar que todos vivían en casas de material relativamente amplias.

En lo que respecta al estado civil, la mayoría de los choferes eran casados, uno era viudo y otro unido de hecho.

En promedio tenían dos hijos.

En todos los casos la vivienda estaba ocupada únicamente por la familia nuclear.

Generalmente, además del conductor había otro miembro del hogar que trabajaba (ya sea la esposa o algún hijo). En el único caso en que sólo se disponía del sueldo del chofer, su esposa había perdido el empleo recientemente y estaba buscando reinsertarse en el mercado laboral.

En cuanto a su antigüedad en el empleo, el promedio en éste caso también es bajo. Según el estudio de Cupeta que recién mencionamos, el 34% de los choferes tiene una

antigüedad en la labor que oscila entre 1 y 5 años. Con una permanencia en el puesto de entre 6 y 10 años están comprendidos el 27%.

En cuanto a los conductores que entrevistamos las cifras son muy similares, ya que el 60% de los choferes entre 1 y 10 años de antigüedad en el servicio.

Estos datos nos permiten apreciar que la rotación del personal en las empresas del ATUP es muy elevada.

Según nos informó un dirigente gremial de la UTA, éste fenómeno se está agudizando desde principios de la década del '80.

Uno de los temas que indagamos entre los choferes fue la antigüedad promedio del personal de conducción en las empresas donde prestan servicios. Todos coincidieron en manifestar que era baja: entre los 3 y 5 años. Lo mismo fue afirmado desde el sector empresario.

La razón son las frecuentes renunciaciones de los conductores. Sus principales causales son los bajos salarios, que los llevan a buscar trabajo en otras compañías. Uno de los choferes entrevistados explicó que:

**En la empresa hay muchas renunciaciones porque los sueldos son muy bajos. Yo calculo que en el último año renunciaron entre un 30 y un 40% de los choferes. Se fueron a otras empresas donde pagan mejor. (ENTREVISTA N° 8)**

Es también significativa la cantidad de conductores que renuncian para dedicarse a otra actividad. En éste caso, los choferes entrevistados y también la dirigencia gremial lo atribuyeron a los bajos salarios. A tal nivel han llegado las renunciaciones (lamentablemente no disponemos de datos concretos), que las autoridades jurisdiccionales y las cámaras empresarias manifestaron que actualmente se registra un "éxodo de choferes".

Otro motivo de las renunciaciones es, según los entrevistados, que el ritmo de trabajo es agobiante. Entonces, cuando se les presenta la oportunidad, lo hacen.

**Muchos pibes se meten a trabajar porque te ven arriba del colectivo y se piensan que esto es un cago de risa. Al poco tiempo se**

**dan cuenta de que no es así, que tenés que aprender a no hacerte mala sangre por cualquier cosa.**

**Este laburo no se lo banca cualquiera, así que al poco tiempo terminan renunciando. (ENTREVISTA N° 6)**

La escasez de personal de tráfico hace que su demanda sea constante. Por otra parte, la alta desocupación que caracteriza al resto del mercado laboral lleva a presentarse a cubrir estos puestos a personas que no tienen ninguna experiencia previa en la realización de tareas de conducción.

Uno de los choferes entrevistados describía en los siguientes términos al personal de conducción que tiene menos antigüedad en la empresa donde trabaja:

**Es gente nueva. Gente que tenía un negocio y que se fundió, otros que perdieron un laburo. Mayormente es gente que debutó acá con el colectivo. (ENTREVISTA N° 8)**

Asimismo, un dirigente gremial afirmaba que:

**A este gremio la gente entra por el factor económico y trata de no quedarse mucho tiempo. Ni bien se les presenta la oportunidad de irse se van. (ENTREVISTA N° 1)**

Es muy significativa la proporción del choferes que se jubila entre los 50 y los 55 años por invalidez (en Cupeta, 1988).

Cuando le preguntamos a los entrevistados por las razones que los llevaron a ingresar en ésta actividad, los que tenían menor antigüedad manifestaron que lo hicieron por no haber conseguido otra ocupación.

La respuesta de los choferes con más de 20 años en el servicio fue distinta: explicaron que lo hicieron porque les agradaba la actividad, y que cuando ellos comenzaron a desempeñar su ejercicio era una fuente de prestigio:

**Este laburo se lo pasaban de padres a hijos, era un orgullo ser colectivero. Ahora cualquier tipo que está desocupado se mete a chofer y ser colectivero no es la envidia de nadie. (ENTREVISTA N° 11)**

En cuanto a la calificación del personal, debemos referirnos a dos aspectos: su máximo nivel de educación formal alcanzado y la formación profesional recibida.

En lo que respecta al grado de instrucción de los choferes cabe destacar que el 78% de los conductores entrevistados por Cousillas (1988) tenía estudios primarios, el 17% había cumplimentado el ciclo básico de la enseñanza secundaria y el 5% poseía título secundario.

La capacitación para la tarea se realiza a través del ejercicio del trabajo.

Cuando una persona sin experiencia previa ingresa en una empresa; es acompañado por un conductor durante un tiempo para ir aprendiendo las tareas que constituyen la actividad, cuál es el recorrido y los límites de las secciones.

Según algunos entrevistados, hay también empresas que toman personal que no sabe conducir microomnibus, por lo que debe capacitárselo para este menester.

Un dirigente gremial entrevistado planteó la necesidad de la creación de una escuela para choferes, pues de ésta manera se podría jerarquizar la labor del personal de tráfico profesionalizándola (13). Actualmente la Secretaría de Transporte está gestionando su organización.

Todo esto muestra que el sector empresario no demanda una fuerza de trabajo altamente calificada.

Las modalidades de reclutamiento del personal de conducción de las empresas son sumamente variadas. Algunas lo hacen a través de avisos en los diarios; en otros casos los componentes deben encargarse de conseguir los conductores para sus coches. También se da el caso de que se les pregunte a los choferes si pueden recomendar a alguien.

Todos los informantes manifestaron que en las empresas donde trabajan no se contrata personal en negro.

---

(13) Tal tema fue tratado en VI. "La hegemonía y las transacciones en el ATUP: el proceso de reestructuración del sector y de la organización del trabajo de los choferes".

Unicamente las horas extras y el trabajo durante los francos y licencias son abonados bajo esta modalidad.

La mayoría del personal de conducción entrevistado estaba afiliada a UTA.

En ninguno de los casos se trataba de militantes gremiales. Su imagen respecto del sindicato era negativa. Al indagar sobre la razón de tal postura expresaron que la organización gremial no ha logrado modificar su régimen de trabajo. Por otra parte, informaron que en algunas empresas hasta les resulta dificultoso entrar en contacto con los delegados gremiales, porque no se los puede ubicar.

De todos modos, los únicos comentarios positivos hacia la UTA por parte de las bases estuvieron dirigidos hacia los delegados, y no hacia la cúpula sindical.

## **VI. LA HEGEMONIA Y LAS TRANSACCIONES EN EL ATUP: EL PROCESO DE REESTRUCTURACION DEL SECTOR Y DE LA ORGANIZACION DEL TRABAJO DE LOS CHOFERES.**

En este capítulo analizaremos un proceso de demanda y negociación en el que intervinieron los sectores representativos del ATUP. A través del mismo se persiguió la reestructuración del sector y de las tareas de los choferes.

Como ya explicamos al referirnos a la relación entre el proceso de trabajo y el proceso salud-enfermedad, la organización del sector y del trabajo de los conductores integra su experiencia respecto de la salud-enfermedad. Entonces, podemos afirmar que también participarán en la construcción de las representaciones.

La inclusión de las categorías transacción y hegemonía contribuye a la comprensión de las relaciones entre el Estado, los empresarios y los trabajadores. Las mismas dan lugar al acontecer económico, político e ideológico, que conforman el contexto a partir del que se constituye el proceso salud-enfermedad (y sus representaciones).

En el conflicto que vamos a analizar intervinieron la organización gremial, el sector empresario y el Estado. Se trató de un proceso de demanda y negociación. Intentaremos analizar como se vincularon a través del mismo los tres sectores mencionados.

El 6 de julio de 1993 el Secretario de Transporte anunció que el Ministerio de Economía autorizaría un incremento de tarifas, a condición de que el sector empresario reestructurara el servicio del ATUP.

El eje reivindicativo central del empresariado era dicho aumento. Lo estaba solicitando desde tres meses atrás, argumentando que los gastos de explotación se habían incrementado en detrimento de la ganancia.

En un plazo de 60 días a partir de la firma del acuerdo, el Estado debería crear una escuela de choferes que dependería de la Secretaría de Transporte. Se financiaría a través de la tasa de fiscalización que pagan los vehículos de transporte de carga y de pasajeros. No se

habilitarían a los choferes que no hubieran rendido y aprobado su examen allí.

Esta iniciativa mostraba una actitud de salvaguarda de la ganancia empresaria por parte de las autoridades jurisdiccionales. Es por eso que decidió hacerse cargo del financiamiento de la capacitación de la fuerza de trabajo. Así, las empresas tendrían a su disposición gratuitamente personal de conducción más calificado. El cambio contribuiría a una mejora del servicio y de la ganancia empresaria por la optimización en el uso de la fuerza de trabajo.

El Secretario de Transporte anunció que dichos cursos se dictarían en la Universidad Tecnológica Nacional, y que eventualmente se incorporarían soldados conscriptos para paliar el déficit de personal. El funcionario declaró que en la actualidad "...hay unos 300 ómnibus parados." (Página 12, 16/7/93) por falta de conductores.

La carencia de personal de tráfico se debe principalmente a los bajos sueldos y a las características específicas de su proceso de trabajo. El Estado debe velar por el mantenimiento de este servicio público, pero en vez de actuar para modificar las causas de este déficit propuso un paliativo.

Esto beneficiaría a las empresas, pero perjudicaría a los trabajadores, porque disminuirían las posibilidades concretas de una mejora significativa de su proceso de trabajo.

Asegurando el Estado la provisión de mano de obra se diluía la fuerza del movimiento obrero, que debería aceptar más pasivamente el régimen de trabajo impuesto por la patronal.

Cómo condición para otorgar el aumento tarifario, la Secretaría de Transporte estaba tratando de acordar con las cámaras empresarias la manera para cumplir la normativa que les exigía que todos los vehículos tuvieran instaladas las máquinas lectoras de monedas. Dichos aparatos eximirían a los choferes de la tarea del expendio de pasajes.

La existencia de condicionamientos para la instalación de máquinas monederas (que hizo que constituyan uno de los ejes de la negociación) posibilitó que se tornen susceptibles de actuar como mecanismos de presión. Como veremos más adelante, los tres sectores representativos del ATUP las emplearon en tal sentido.

Apelando el Estado a razones legales para que las empresas instalaran las monederas, intentaba mantener la disputa en el ámbito de la negociación recurriendo a un mecanismo de control.

Con el aumento se financiaría su instalación sin que los empresarios tuvieran que hacer erogaciones extras (salvaguardando su ganancia); pues argumentaban que les era imposible afrontarla.

El Estado asumía una actitud flexible con las empresas, aunque la norma ya tenía una antigüedad de más de un año, y su cumplimiento era casi nulo (1).

El Secretario de Transporte justificó el alza de las tarifas, afirmando que "...vendrá acompañada por una mejora de todo el sistema de transporte automotor en la Capital y el Gran Buenos Aires." (Página 12, 8/7/93)

El eje reivindicativo del sector estatal en este proceso era la reestructuración del servicio del ATUP en el Area Metropolitana de Buenos Aires.

Todas las actitudes del Estado referidas hasta el momento nos muestran indirectamente la fuerza del sector empresario, ya que para la reestructuración del ATUP no se le demandaba ningún esfuerzo extra. El mismo cayó sobre el usuario (que es el que abona el pasaje), aunque los salarios no se incrementaban desde el inicio del Plan de Convertibilidad en abril de 1991.

El ATUP tiene un mercado cautivo al que le resulta extremadamente complejo negarse a abonar los aumentos de

---

(1) El presente análisis está acotado al período julio-agosto de 1993. Por lo tanto no nos referiremos ni a las razones del incumplimiento argumentadas por las empresas ni a las actitudes adoptadas por los trabajadores y el Estado previas y posteriores a dicho momento.

tarifas, porque frecuentemente no puede sustituir este modo por otro.

El presidente de la FATAP afirmaba que "...el cumplimiento del cronograma (dispuesto por Transporte) va a ser difícil." (Página 12, 8/7/93).

La Secretaría de Transporte declaró que las empresas que no instalasen las boleteras, deberían implementar un servicio de guardas. De este modo, manifestó la posibilidad de emplear mecanismos de presión.

Entendemos que la finalidad de estas actitudes era básicamente la medición de fuerzas entre ambos sectores.

Otra condición planteada por la Secretaria de Transporte a las cámaras empresarias para la autorización del aumento tarifario era que, desde el 1° de enero de 1994, las empresas debían incorporar vehículos con suspensión neumática, caja de cambios automática y motor trasero. Ello constituía una reiteración de lo dispuesto en el Decreto 692/92. En tal sentido, anunció que sólo se habilitarían las unidades que cumplieran con dichas condiciones, presionando a las empresas. Así, el Estado exigía al empresariado el cumplimiento de la normativa legal.

Uno de los ejes de la negociación (cuyo cumplimiento estaba de momento condicionado) actuaba como mecanismo de presión.

Con la nueva apelación a un argumento de tipo legal el Estado estaba definiendo límites (los de la negociación) para el desarrollo de la disputa.

El incremento del 14% que autorizaría la Secretaría de Transporte fue calificado por la FATAP como insuficiente. Su aspiración era que ascendiera al 43%.

La existencia de condicionamientos para la autorización del aumento de tarifas (que hace que deban ser negociadas) posibilita que sean empleadas como un mecanismo de presión.

Considerando el aumento que se estaba gestando, es importante destacar que diversas medidas gubernamentales habían producido con anterioridad el abaratamiento de los

vehículos: recibían un reintegro impositivo del 15% por su carácter de bienes de capital, y también podían ser importados sin aranceles aduaneros.

Esta actitud implicaba la concesión de un subsidio para las empresas del ATUP, que quedaban en ventaja respecto de otras ramas de la actividad económica.

Debemos plantear esto también desde la perspectiva de las empresas, para las que fue un "acto de lograr".

La Secretaría de Transporte puso también cómo condición para autorizar el aumento tarifario una recomposición salarial para el personal de conducción. Consideraba que para que el acuerdo tarifario fuera legítimo, debía estar acompañado por el acta firmada en el Ministerio de Trabajo entre los empresarios y el gremio por la que se disponía el aumento de los sueldos.

Es en este aspecto donde la Secretaría de Transporte puso de manifiesto su reconocimiento de la precaria situación salarial de los choferes.

Valiéndose de este conocimiento, el Estado propició la generación de una situación de "equilibrio" entre los tres sectores para asegurar el afianzamiento de su poder. Por otra parte, se ganaba el apoyo del sector gremial para lograr la reestructuración del ATUP.

Al actuar el Estado para que los choferes obtuvieran una mejora salarial, se estaba facilitando la formación del consenso que posibilitaría que la reestructuración proyectada pudiera llevarse adelante. Podemos afirmar entonces que estaba reconociendo la fuerza del movimiento obrero (para controlar el proceso de trabajo del ATUP).

Para discutir el aumento salarial se decidió efectuar una reunión el 8 de julio en el Ministerio de Trabajo (manteniendo la discusión en el ámbito de la negociación). En ella participaron autoridades de dicha cartera y representantes de la UTA, la FATAP y la CEAP.

Fijando su posición, el Secretario Adjunto de la UTA (y también Diputado Nacional) declaró, demostrando la fuerza del sector gremial, que sus representados "...no

aceptarán que las empresas aumenten las tarifas y no den aumentos salariales." (Crónica, 9/7/93).

Es interesante destacar la situación del Secretario Adjunto, porque además de ser un representante de los trabajadores lo es también del sector estatal (del Poder Legislativo). Desde esta posición (más aún ejerciendo simultáneamente ambos roles) tiene la posibilidad de incrementar la fuerza del sector gremial.

Por el tono de estas declaraciones podemos advertir que el tema salarial era el eje reivindicativo central del sector sindical en este proceso. De todos modos, vale aclarar que dichos reclamos se hicieron públicos desde el momento en que también lo hizo la reivindicación empresaria.

El gremio introducía como demanda una modificación en la distribución del plusvalor.

La patronal ofertaba un aumento de 70 pesos (un incremento del 13% respecto del salario básico de convenio), que tendría validez solamente para los choferes del Area Metropolitana de Buenos Aires.

Su estrategia apuntaba a incrementar solamente los salarios de la fuerza de trabajo que se desempeñaría bajo el nuevo marco del ATUP reestructurado. Así, los empresarios del resto del país aumentarían sus ganancias más aún que los demás, porque disminuiría la proporción de sus gastos de personal.

Los representantes de UTA, que respondieron a la propuesta empresaria calificándola como agravante y "discriminatoria", reclamaban un incremento de 80 pesos (un aumento del 15% respecto de la remuneración básica de convenio) que rigiera para todos los choferes del país.

La aceptación de la oferta empresaria podría haber generado una división en el sindicato (con la consiguiente pérdida de fuerza), poniendo de un lado a las seccionales que hubieran sido beneficiadas y del otro a las que no. Con esta posición se contribuía a preservar la unidad del movimiento obrero.

La estrategia patronal (que pretendía dividir a los trabajadores), consistía en tratar de fragmentar este proceso.

El Ministerio de Trabajo incluía una cláusula en el acuerdo a firmar, por la que la UTA se debía comprometer a no realizar medidas de fuerza durante un año. De tal modo, al presionar sobre algo tan básico para los trabajadores como el salario, el Estado empleaba un mecanismo de presión estableciendo límites para minimizar los posibles conflictos a lo largo de un año. La UTA respondió que aceptaba, a condición de que se hicieran revisiones trimestrales o cuatrimestrales de los sueldos. Esta iniciativa no fue aprobada por el Ministerio de Economía.

En la reunión también se habló sobre la implementación del nuevo sistema de expendio de pasajes y de las características técnicas que deberían tener los vehículos. Estos cambios fueron calificados por un dirigente de la UTA como "aceptables" (Clarín, 13/7/93). Entendemos que su aceptación no fue plena porque la organización gremial postulaba la implementación de un servicio de guardas.

Ante la falta de acuerdo entre las partes, se decidió llamar a cuarto intermedio hasta el día 13.

El 12 de julio el Subsecretario de Transporte planteó una nueva iniciativa al anunciar la licitación de nuevas líneas de ATUP y la modificación de algunos recorridos. El objetivo era normalizar las concesiones y ampliar el área de cobertura de los servicios en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Esta era una definición (concreta en la medida en que se cumpliera) que coadyuvaba a su objetivo de reestructurar el ATUP.

La Secretaria de Transporte manifestó su deseo de que los empresarios aceptasen la modificación de los recorridos, ya que apuntaría también a equiparar su rentabilidad.

El proceder estatal reafirmaba su rol regulador. Así minimizaba en parte la competencia entre las distintas empresas (generando una situación de "equilibrio") para

posibilitar la firma del acuerdo. El fundamento que tenemos para respaldar nuestra afirmación es que la Secretaría de Transporte hace 20 años que no realiza estudios de la demanda del transporte en el Area Metropolitana, y sin ellos no se pueden modificar racionalmente los recorridos.

El 13 volvieron a reunirse por segunda vez en el Ministerio de Trabajo los representantes de la UTA y de la FATAP. Así, la disputa continuaba manteniéndose dentro de los límites de la negociación. Los empresarios mantenían su postura de no extender el aumento salarial a todos los choferes del país. Al no aceptar la UTA estos términos, se llamó a cuarto intermedio para el día siguiente. De esta manera, ambos sectores medían sus fuerzas.

En la tercera reunión, efectuada el día 14, el Secretario General de la UTA denunció la "intransigencia" de las empresas para otorgar a todos los choferes del país un aumento salarial de 70 pesos.

Al no llegarse a definiciones concretas, la reunión fracasó, y las partes acordaron un nuevo encuentro para el día siguiente.

El 15, aunque las negociaciones salariales estaban trabadas, la UTA informó que momentáneamente no se estaban proyectando medidas de fuerza.

En el caso de que decidiera llevarlas a cabo se estaría modificando la estrategia hasta el momento mantenida, que consistía en lograr sus reivindicaciones por medio de la negociación.

La actitud del sector empresario y del gremial de mantener férreamente su postura respecto del tema salarial constituía a la vez una demostración de fuerza y una manera de medirlas, ya que intentaban presionarse mutuamente.

En esta oportunidad se enfatizó la necesidad de que las empresas cumplieran con el régimen establecido por el Decreto 692/92 (unidades equipadas con suspensión neumática, caja de cambios automática y motor trasero y que el chofer deje de encargarse del expendio de pasajes). El Secretario General de la UTA sostuvo que los empresarios "...no quieren asumir ningún compromiso para reformular el

transporte." (Crónica, 16/7/93), y agregó que "...el problema no es puramente salarial." (Crónica, 16/7/93).

Esta declaración merece ser tenida en cuenta, porque hasta el momento, aunque las remuneraciones no constituyeron el único punto de discusión, fueron el aspecto más relevante. Esto muestra las prioridades de la organización gremial: el aumento de los sueldos y luego la modificación del sistema de trabajo. Es decir que su principal meta, más que modificar la manera de generar el plusvalor, era revertir la manera en que se distribuía.

El lugar que ocuparon hasta el momento en el discurso obrero las reivindicaciones referidas a la reestructuración del ATUP fue secundario (lo que muestra la fragmentación de sus demandas).

El fracaso del encuentro produjo el llamado a un cuarto intermedio hasta el 16 de julio.

Ante las resistencias empresarias para instalar las máquinas lectoras de monedas, el Secretario de Transporte dijo que se les iban a quitar los permisos a las empresas que para el 1° de enero de 1994 no las hubieran instalado (o a falta de ellas no instrumentaran un servicio de guardas). De este modo, contemplaba la aplicación de mecanismos de presión sobre las empresas para poder cumplir sus objetivos.

Dicho funcionario sostuvo que "La instalación de máquinas lectoras de monedas ha sido una decisión política que se ha tomado por decreto.", para "...crear una cultura que revalorice la moneda." (Crónica, 16/7/93).

El ATUP no fue concebido por las autoridades de contralor solamente cómo un servicio público esencial que debe ser prestado a la población.

Por otra parte, declarando su potestad para sancionar Decretos, explicitaba la capacidad del Estado para establecer límites para el desarrollo del ATUP.

La postura gubernamental se oponía a la de la FATAP, que propugnaba la instalación de un sistema de expendio de pasajes por medio de tarjetas magnéticas.

El 17 de julio, sufriendo una postergación de un día, se llevó a cabo en el Ministerio de Trabajo la quinta reunión entre representantes estatales, gremiales y empresarios para acordar un mejoramiento salarial para el personal de tráfico.

En ella el sector empresario ratificó su postura de otorgar un aumento salarial de 70 pesos únicamente a los choferes del Area Metropolitana de Buenos Aires. Continuaba así manteniendo su estrategia de procurar fragmentar el proceso por medio de la división de los trabajadores.

La UTA planteaba que las objeciones empresarias a su generalización a todo el país eran "...trabas que ponen porque no tienen voluntad negociadora." También manifestaron que en el encuentro "...no hemos avanzado nada." (Clarín, 18/7/93).

El Director de Relaciones Laborales del Ministerio de Trabajo declaró su alineación con la posición gremial en cuanto a los sueldos (legitimando entonces la reivindicación sindical), afirmando que "...no habrá medida de fuerza porque los sindicalistas quieren seguir dialogando." y responsabilizó a los empresarios de "...lo que finalmente ocurra." (Clarín, 18/7/93).

Con este respaldo a las reivindicaciones de los trabajadores y de los empresarios, el Estado creaba un campo de fuerzas propicio para el logro de su reivindicación central.

La estrategia estatal consistía en hacer concesiones a los dos sectores para poder consensuar la reestructuración del ATUP. Al empresariado le otorgaba el aumento de tarifas, y a los choferes el de los sueldos.

Cómo puede advertirse, el resultado de la reunión fue negativo.

El 20 de julio el Secretario de Transporte anunció que todavía no se había autorizado el aumento en las tarifas. Fundamentó el mantenimiento de su planteo afirmando que los empresarios no estaban convencidos de la necesidad de modernizar todo el sistema de transporte urbano y suburbano por la alta inversión que ello le

demandaría. Asimismo, reforzando su postura y demostrando su fuerza sostuvo que "Mantendremos nuestra posición de avanzar con esa política." (La Nación, 21/7/93)

Los mecanismos de consenso que anteriormente explicamos se articulaban con otros de coerción (en este caso, el negar a las empresas la posibilidad de aumentar sus tarifas).

El día 21 se realizó en el Ministerio de Trabajo la sexta reunión entre las partes para lograr mejoras salariales y en el régimen de trabajo de los choferes.

El Secretario General de la UTA manifestó que "...los empresarios mostraron mejores intenciones sobre la posibilidad de llegar a un acuerdo." y consideró muy cercana "...una definición sobre el tema salarial." (Página 12, 22/7/93).

La pérdida de rigidez del planteo empresario se produjo luego de que el Estado manifestara nuevamente que no autorizaría el incremento tarifario mientras estos no se comprometieran a hacer lo mismo con el personal de conducción.

En esta oportunidad la organización gremial continuó manteniendo su postura de que el aumento salarial debía ser irrestricto.

Al finalizar el encuentro, se decidió llamar a un cuarto intermedio hasta el 23.

Otra problemática a tener en cuenta para analizar este proceso es el de las condiciones de inseguridad que enmarcan el trabajo de los choferes, y las posturas asumidas por ellos y por los demás sectores representativos del ATUP. El problema que mencionamos está relacionado con los robos y agresiones al personal de tráfico, que se producen fundamentalmente en el conurbano bonaerense.

Los asaltos y hechos de violencia contra los conductores del ATUP suceden desde hace mucho tiempo. Según afirmaba la UTA (en La Nación, 23/7/93), en un lapso de 45 días se produjeron 1.231 robos en 33 líneas que circulan por el conurbano.

Nos referiremos a esta problemática durante el período de referencia (desde principios de julio a mediados de agosto de 1993).

El día 21, luego de ser asaltado, un chofer de una empresa de Morón fue asesinado. Esto fue el detonante de distintas medidas de fuerza, que terminaron en un paro general del ATUP en toda el Area Metropolitana de Buenos Aires. También dio lugar a reuniones entre las autoridades de la provincia de Buenos Aires, los empresarios y la UTA.

Ante dicho homicidio, los choferes de la línea a la que pertenecía el chofer, luego de una asamblea, realizaron una huelga por 24 horas. Adhirieron también a ella los conductores de las demás empresas de la zona oeste del conurbano.

Dicha iniciativa de las bases, que no fue el producto de un llamamiento por parte de la conducción gremial, demuestra la celeridad con que pueden demostrar su fuerza (probando que son capaces de controlar parcialmente el proceso de trabajo de las empresas del ATUP) para protestar y procurar modificar aspectos de su trabajo definidos como negativos.

Es imprescindible destacar que los choferes trascendieron la estructura gremial.

El control que el personal de conducción puede ejercer sobre su proceso de trabajo, en parte está posibilitado por la tecnología (2). La concentración que se está produciendo en el sector va modificando progresivamente la organización del trabajo. Esto también incrementa la posibilidad de los choferes de controlar su proceso de trabajo (3).

---

(2) El principal elemento tecnológico del ATUP es el microómnibus, y los conductores poseen todos los conocimientos necesarios para su operación.

(3) En las primeras líneas del ATUP generalmente cada componente poseía como máximo un coche, y únicamente él se encargaba de su conducción. Actualmente, la relación coche/componente es distinta, ya que es frecuente que un socio tenga varias unidades. Es por eso que ahora la mayoría de los choferes son asalariados. Entonces la patronal no puede movilizar valiéndose únicamente de su trabajo personal todo el parque móvil.

Para que los trabajadores pudieran controlar el proceso productivo asumieron, en tanto grupo, el compromiso de llevar adelante la medida de fuerza. Esto mostró también la solidaridad entre los choferes de la región.

Refiriéndose a estas medidas, un dirigente de la UTA afirmó que "El gremio avala y avalará las medidas de fuerza dispuestas por los trabajadores que fueron espontáneas y solidarias." (Página 12, 23/7/93)

Es comprensible que la UTA haya respaldado estas demostraciones de fuerza (sin haberlas dispuesto ella), porque contribuían a presionar al sector empresario y al estatal para modificar el régimen de trabajo de los choferes. Al encontrarse la conducción gremial en plena negociación con las cámaras empresarias, su participación directa en la organización de un paro podría haber obstaculizado el curso de la misma.

Asimismo, la imagen de las bases sobrepasando a la estructura gremial podía constituir un elemento de presión por parte del sector sindical.

Tales acontecimientos motivaron una reunión entre el titular de la Unidad Regional de Morón, directivos de la empresa del chofer asesinado y representantes de los choferes (haciendo que las negociaciones se realizaran también a nivel regional). Estos últimos recibieron, a modo de respuesta, una propuesta consensuada entre la empresa y la policía, por la que se comprometían a incrementar la vigilancia policial.

Entendemos que por medio de esta oferta se intentaba establecer un límite para evitar la agudización del conflicto.

Un directivo de la empresa se manifestó en contra de la medida de fuerza, y afirmó que

**La inseguridad no es tema exclusivo de esta línea. Es un problema de todo el Gran Buenos Aires. Si esta gente para, no sabe el grave perjuicio que causa no solamente a nosotros, sino a todos los que mañana tienen que ir a trabajar. Pero con ellos mucho no se puede dialogar, sobre todo porque en esta reunión me parece que hay**

**grandes dosis de alcohol en algunos, que no entran en razones. (La Nación, 23/7/93)**

Luego de levantar el paro, los choferes se declararon en estado de alerta ante la posibilidad de nuevos hechos de violencia.

La paralización de los servicios del ATUP implica para las compañías una pérdida de ganancias irreversible.

Desde este momento, la UTA comenzó a participar activamente en otro proceso (que se iría entrecruzando permanentemente con el que venimos refiriendo hasta ahora); su eje reivindicativo central era también la reestructuración del ATUP, pero en el conurbano bonaerense.

El nuevo actor que apareció fue el Estado bonaerense (que rige la jurisdicción donde se registraron la mayoría de los hechos de violencia).

Surgía nuevamente cómo problema la falta de coordinación entre las distintas jurisdicciones, ya que de los temas que se estaban negociando en la Secretaría de Transporte y el Ministerio de Trabajo, el único que trascendía el ámbito de las líneas de jurisdicción nacional era el salarial. La jurisdicción provincial, que poseía aproximadamente el 15% del parque automotor del Area Metropolitana de Buenos Aires, estaba quedando al margen de la reestructuración.

El eje común de las negociaciones a nivel provincial y nacional era la modificación del régimen de trabajo del personal de tráfico del ATUP (básicamente, el relevamiento de los choferes de las tareas de expendio de pasajes).

Cómo veremos más adelante, un importante elemento diferenciador de este segundo proceso fue el mayor uso de los mecanismos de presión por parte de los trabajadores.

El día 22 se llevó a cabo una reunión en la Subsecretaría de Trabajo bonaerense. En ella participaron dirigentes gremiales, funcionarios de la provincia de Buenos Aires y autoridades de la policía provincial. Se analizó la situación de seguridad en el conurbano.

Las autoridades, tratando de generar consenso en el sector obrero, se comprometieron a incrementar los

operativos de control en los medios de transporte y a modificar la Ley de Excarcelaciones de la Provincia de Buenos Aires.

Con la segunda iniciativa, volvía a destacar la posibilidad de emplear el sistema legal como instrumento de control.

La UTA reclamó la instrumentación de un sistema que relevase a los choferes del corte de boletos. Propuso también un dispositivo para que quedasen aislados de los pasajeros. Otro pedido del gremio fue la modificación de las leyes vigentes, para que sean más rigurosas con los delincuentes.

El fondo de estas reivindicaciones era siempre el mismo: la modificación del régimen de trabajo del personal de tráfico.

Las autoridades y el gremio coincidieron al considerar fundamental la reestructuración del transporte provincial. En este sentido, el Secretario General de la UTA afirmó que

**El problema es de fondo y está íntimamente relacionado con la reestructuración del transporte en su conjunto. Vamos a discutir con los empresarios que ocurrirá después de que el 1° de enero, cuando venza el plazo para la colocación de las máquinas expendedoras de boletos; si no ponen ese sistema, tendrán que colocar guardas. (Crónica, 23/7/93)**

El gremio reclamaba al empresariado que se mantuviera dentro de los límites establecidos por la normativa legal, para no agudizar los términos del conflicto.

El Vicegobernador bonaerense manifestó su acuerdo con la postura sindical, e informó la realización de una reunión entre las cámaras empresarias y la Comisión Bicameral del Transporte para tratar el tema. En este sentido, manifestó que "...el chofer no puede conducir y manejar dinero al mismo tiempo, hay que buscar mecanismos que le quiten esa responsabilidad." (Página 12, 24/7/93).

El Estado volvía a procurar alinear consigo al sindicato para conseguir cumplir con su objetivo de reestructurar el ATUP.

En el encuentro se decidió formar una comisión para buscar soluciones concretas a la falta de seguridad. La misma obraría como un mecanismo para el establecimiento de límites y evitar que el conflicto se agudizara. Por su intermedio se posibilitaba la formación de un equilibrio de fuerzas para que las partes pudieran ver cumplidas (total o parcialmente) sus reivindicaciones.

Una Comisión también implica la apertura de un ámbito de diálogo entre los sectores representativos del ATUP.

Finalmente, se acordó un próximo encuentro para seguir tratando todos estos temas el 27 de julio.

Las medidas de fuerza de los choferes contribuyeron a movilizar al Estado provincial para tratar de reestructurar el ATUP. Cabe destacar que su discurso se alineaba con las reivindicaciones gremiales.

Las negociaciones a nivel provincial y nacional, sí bien no se unificaban (mostrando nuevamente la falta de coordinación entre las jurisdicciones), tenían la posibilidad de potenciarse entre sí.

La policía efectuó operativos policiales en las zonas sur y oeste del conurbano, deteniendo a varios asaltantes.

El día 23 la Secretaría de Transporte, empleando su capacidad de coerción, sancionó la Resolución 394/93. Esta dispuso un cronograma, que establecía que para el 1° de octubre de 1993 se tenían que instalar 5.400 máquinas lectoras de monedas. Las empresas que no cumplieran con esta disposición serían sancionadas.

Valiéndose de este mecanismo de control, el Estado procuraba mantener su fuerza. Tal normativa ponía límites, y a la vez presionaba al empresariado, para que comenzara a reestructurar el ATUP. El grado de cumplimiento de tal medida nos hablará de su efectividad.

En la misma fecha se desarrolló en el Ministerio de Trabajo la séptima reunión entre autoridades gubernamentales, empresarios y dirigentes gremiales para acordar una mejora en las condiciones salariales y en el régimen de trabajo de los choferes.

Las empresas argumentaron la imposibilidad para cumplir con los plazos de la Resolución 394/93; tratando de trascender el límite establecido. Supeditaban la instalación de los aparatos al aumento de las tarifas y al otorgamiento de créditos por parte de la banca oficial.

La patronal seguía defendiendo su ganancia. Entendemos que su actitud de poner condiciones también es una manifestación de fuerza, porque de no tenerla habría debido arbitrar los medios para comenzar su instalación lo más pronto posible.

El Secretario General de la UTA condenó la actitud de la FATAP y la acusó de "...hacerse la distraída." (Crónica, 24/7/93) en el tema seguridad por no incorporar las lectoras de monedas. De todos modos, el gremio continuaba priorizando la vía de la negociación.

En esta reunión las partes no llegaron a ninguna definición concreta.

También el 23 de julio el gobierno bonaerense anunció la implementación de un plan de seguridad. Consistía en el fortalecimiento de la infraestructura policial para reprimir más eficazmente a los delincuentes. Si bien no fue planeado con el fin exclusivo de prevenir y reprimir los hechos de violencia en el ATUP, servía para satisfacer el reclamo de los choferes correspondiente a la mejora de su seguridad.

El Vicegobernador sostuvo que "Estamos absolutamente en falta respecto a la seguridad en los medios de transporte del conurbano." (Página 12, 24/7/93). De tal modo, el Estado legitimó la reivindicación gremial.

El día 26 el personal de conducción de la zona oeste dispuso espontáneamente una nueva medida de fuerza por las agresiones que sufrieron dos conductores al ser asaltados. Podemos ver nuevamente en que medida los

choferes son capaces de superar los límites impuestos por la burocracia gremial, y actuar con celeridad ante problemáticas concretas asumiendo el compromiso colectivo que implica una huelga. También se evidenció la capacidad de las bases de controlar el proceso de trabajo sin recurrir al respaldo de la conducción gremial.

Entre las 19.00 hs. de ese día y las 6.00 del siguiente, la UTA llevó a cabo un paro sorpresivo de tareas. El mismo comprendió a todas las líneas de las zonas sur y oeste del conurbano bonaerense. Su finalidad fue repudiar los hechos de violencia en el transporte y reclamar mayor seguridad.

La iniciativa de las bases tuvo mucho que ver con esta medida; ya que el paro legitimaba su proceder y aliviaba las tensiones en el seno de la UTA.

Esto marcaba un cambio en la estrategia gremial, ya que combinaba la negociación con la práctica concreta de medidas de fuerza. Así comenzaba a emplear otros mecanismos para lograr cumplir sus reivindicaciones.

La coerción ejercida por los trabajadores se iba incrementando progresivamente: en una primera etapa se movilizaron espontáneamente, haciéndolo principalmente a nivel de empresa. Luego (¿Cómo consecuencia?) empezó a intervenir directamente la organización gremial, pero realizando medidas de fuerza que no abarcaban toda el Area Metropolitana (sino solamente las regiones más violentas).

El Secretario de Seguridad bonaerense y la UTA (que seguían manteniendo puntos de vista coincidentes respecto del sector empresario) manifestaron que gran parte de la responsabilidad por los asaltos a los colectivos le correspondía a las empresas, por no instrumentar un sistema de expendio de pasajes que evitara que los conductores manejasen dinero. Al orientar sus fuerzas en un mismo sentido, se fortalecía la presión para que modificaran dicho sistema.

El funcionario provincial manifestó que, cumpliendo con las promesas efectuadas a los choferes, se incrementó el accionar policial, pero que era muy difícil controlar el

territorio del conurbano. La UTA puso en duda la efectividad de las medidas, insistiendo en su reclamo por un nuevo sistema de expendio de pasajes. Además, manteniendo su intransigencia, respaldaba al Estado para que siguiera presionando a las empresas a fin de concretar el cambio del mecanismo de corte de boletos.

Al finalizar el paro se realizó una reunión en la seccional oeste de la UTA para evaluar las medidas a tomar. Allí se contempló la posibilidad de continuar con la huelga, pero se resolvió no hacerlo de no mediar nuevos hechos de violencia.

La estrategia gremial consistía en ir realizando medidas de fuerza por zonas, aunque dirigentes gremiales sostuvieron que "...si es necesario extenderlas a todo el país lo vamos a hacer." (Crónica, 27/7/93).

Este mismo día, 27 de julio, se produjo una reunión entre dirigentes gremiales, empresariales y autoridades bonaerenses. Se evaluaron alternativas para reemplazar el actual sistema de corte de boletos. Los tres sectores habían coincidido respecto de las modificaciones necesarias para mejorar la seguridad de los choferes.

La FATAP se manifestó partidaria de la instrumentación de un sistema automático de expendio de pasajes cómo el de las tarjetas magnéticas o alguno similar. En este sentido, y coincidiendo con la postura de defensa de los intereses económicos del sector adoptada ante la Secretaria de Transporte, su titular dijo que "...todas las alternativas incrementarán los costos de las tarifas, pero los choferes podrán tener más seguridad..." (Clarín, 28/7/93)

La UTA informó que no realizaría medidas de fuerza durante la semana del encuentro, a menos que se produjeran nuevos ataques contra los choferes. Con este anuncio manifestaba que disponía de medios de presión que podía poner en práctica, demostrando su poder.

En la reunión se firmó un acta de compromiso a fin de evaluar la reforma del Código de Procedimientos y de la Ley de Excarcelaciones, para aumentar las penas contra los

asaltantes de colectivos. La misma constituía una herramienta generadora de consenso entre los tres sectores, que servía fundamentalmente para evitar una agudización del conflicto.

El gobierno de la provincia de Buenos Aires anunció también el inicio del plan de equipamiento de la policía provincial, propiciando la formación de consenso.

Estos eran gestos del sector estatal, que servían para generar una situación de equilibrio de fuerzas, y que le eran útiles para mantener su poder.

Finalmente, se acordó un nuevo encuentro para el 4 de agosto.

El 27 de julio se efectuó otra reunión entre autoridades policiales y representantes de la regional oeste de la UTA. Como podemos ver, las negociaciones también se llevaban a cabo a nivel regional. En ella los gremialistas volvieron a reclamar la instalación de máquinas expendedoras de boletos, intensificando la presión para modificar el régimen de trabajo de los choferes. Constituyó una ausencia significativa a este encuentro la del sector empresario. La misma demuestra que priorizaba las negociaciones a un nivel más macro.

El día 31 se volvieron a reunir en el Ministerio de Trabajo las autoridades de esa cartera con los dirigentes de la UTA y de las cámaras empresarias para tratar de acordar mejoras en los salarios y en el régimen de trabajo.

Empresarios y trabajadores continuaban manteniendo posiciones intransigentes, demostrando su fortaleza.

La UTA seguía reclamando un aumento de 70 pesos para todos los choferes del país, y los empresarios se negaban a otorgarlo. Así, ambas partes continuaban midiendo sus fuerzas.

El Secretario General de la UTA manifestó que "Las soluciones a las que se arribe tienen que ser de carácter económico y también de mejores condiciones de trabajo." (La Nación, 1/8/93). Así señalaba que las reivindicaciones no eran meramente económicas, sino que también apuntaban al logro de un cambio en la organización de la producción del

plusvalor. Tales reclamos quedaron en el discurso, porque en los hechos se fragmentaron y se privilegió a los salariales.

El asesinato de otro chofer en la zona oeste el 1° de agosto llevó a la UTA a declarar el día 2 una huelga para el día siguiente, que comprendería a todas las líneas del Area Metropolitana de Buenos Aires.

La estrategia gremial consistió en intensificar más aún la presión ejercida (a instancias de las bases) para modificar la organización de su proceso de trabajo, ya que ampliaba el ámbito de realización de medidas de fuerza. De esta manera marcaba un cambio en el curso del conflicto, porque hasta el momento las huelgas reclamando mayor seguridad se circunscribían a los sectores sur y oeste del conurbano. Además, se asumía un compromiso colectivo y una responsabilidad mayor; demostrando nuevamente que podía lograr el control del proceso de trabajo.

De este modo, el sindicato volvía a trascender los límites de la negociación.

La UTA planteó cómo objetivos a lograr a través de la medida de fuerza que las autoridades bonaerenses incrementen la vigilancia, y que los empresarios pusieran en práctica los sistemas para que el personal de conducción dejara de manejar la recaudación.

Aquí se entrecruzaron los dos procesos, porque aunque los reclamos se efectuaban a las autoridades bonaerenses, también estaban dirigidos a las empresas (que participaban en las negociaciones con las autoridades nacionales). Por otra parte, debía actuar la Secretaría de Transporte, porque afectaba también a los servicios de las empresas de la jurisdicción nacional. También intervino el Ministerio de Trabajo.

La organización gremial (ratificando que también formaba parte de su actual estrategia la realización de medidas de fuerza) informó que, de continuar los hechos de violencia, se adoptarían medidas de fuerza. También, manifestó que en caso de que la policía no lograra

controlar a los delincuentes, las empresas tendrían que contratar un sistema de seguridad privado (4).

Ante este acontecimiento, la Secretaría de Transporte intimó a la FATAP para que implemente diagramas de emergencia en los horarios pico de actividad.

Respondiendo a la iniciativa sindical, el Ministro de Trabajo manifestó: "No dispondré la ilegalidad de este paro ni de ninguna otra medida de fuerza que tenga cómo condicionamiento la libertad y la seguridad de los trabajadores." (Clarín, 3/8/93).

El Estado sólo brindaba su aval a las demostraciones de fuerza de los obreros cuyo móvil no eran las reivindicaciones monetarias. Así, establecía un límite para la realización de medidas de fuerza: las respaldaba mientras coadyuvaran al cumplimiento de sus propios propósitos.

También manifestó su voluntad para mejorar el régimen de trabajo y las condiciones de seguridad de los choferes. De esta manera obraba cómo un legitimador de cierta práctica gremial, y trascendía el rol de mero agente regulador.

La actitud de las autoridades nacionales constituía una manera de presionar al empresariado para que flexibilizara la postura con el sindicato que venía manteniendo en las negociaciones. También evidenciaba la alineación de sus fuerzas con las del gremio.

Ese mismo día, 2 de agosto, representantes de la UTA se reunieron con dirigentes de la FATAP para discutir la implementación de un sistema de expendio de pasajes que relevara de dicha tarea al conductor.

Este encuentro, del que no participó el sector estatal, muestra que empresarios y sindicato consideraban posible acordar una salida al conflicto recurriendo a la negociación.

Los empresarios manifestaron que la implementación de un sistema automatizado de expendio de pasajes por medio

---

(4) De este modo, le atribuían responsabilidades respecto del tema de la seguridad tanto a las autoridades cómo al empresariado.

de máquinas lectoras de monedas para toda el Area Metropolitana no se podía realizar a la brevedad. El presidente de la FATAP dijo que sería "...un paliativo que no va a dar resultado, porque los ladrones, en lugar de asaltarlo al colectivo, se van a robar el colectivo para forzar la máquina con las monedas." (Página 12, 3/8/93)

Es por eso que el empresariado propuso plantear, en la reunión prevista para el 4 de agosto con las autoridades bonaerenses y el sindicato, la implementación de un sistema de tarjetas magnéticas.

Se estableció así una diferencia con la jurisdicción nacional, donde se había reglamentado que el sistema de expendio de pasajes fuera por medio de máquinas lectoras de monedas.

Uno de los ejes de la estrategia de las empresas consistía en dilatar la instalación de un nuevo sistema de expendio de pasajes.

Ante esta problemática, el Secretario de Seguridad de la provincia de Buenos Aires manifestó la necesidad de que el sistema de expendio de pasajes fuera el mismo en las tres jurisdicciones. Así, indirectamente, puso de relieve la falta de coordinación el ATUP, y dio cuenta de la inexistencia de ejes claros que orienten la actividad.

El Secretario General de la UTA, coincidiendo con la postura empresaria, manifestó su adhesión al sistema de tarjetas magnéticas para el expendio de pasajes. Afirmaba que bajo dicha modalidad no se manejaba dinero en las unidades, y se reducía el peligro de asaltos.

Los empresarios, al igual que el sindicato, manifestaron su deseo de que se modificase el régimen legal para endurecer las penas hacia los delincuentes. Comentarios en idéntico sentido fueron hechos en esa fecha por el Ministro de Gobierno de la provincia de Buenos Aires. De este modo, se apelaba nuevamente al rol del Estado de reprimir y establecer límites legales.

El asesinato del chofer (que desencadenó la huelga) hizo que se planteara la posibilidad de que la UTA, acentuando su estrategia de negociación/confrontación y

mostrando nuevamente su fuerza, no se presentara a la reunión prevista en la Subsecretaría de Trabajo bonaerense. Finalmente, aceptó continuar con las conversaciones.

La UTA también confirmó su participación en un encuentro a celebrarse el día siguiente en el Ministerio de Trabajo con el sector empresario para seguir tratando el aumento salarial y la modificación del régimen de trabajo. Entendemos entonces que no consideraba agotada la posibilidad de consensuar con el empresariado.

El paro fue efectuado el 3 de agosto, su grado de acatamiento fue elevado. Según la UTA, fue del 98%, la Secretaría de Transporte estimaba que ascendió al 77%. A juicio de la FATAP la totalidad del personal de conducción en relación de dependencia adhirió a la huelga.

Así se ratificaba la capacidad de los choferes para controlar su proceso de trabajo. Esto se debe en gran parte a la progresiva disminución del número de componentes que realizan tareas de conducción, que está relacionada estrechamente con la concentración del sector.

Refiriéndose a la medida de fuerza, el Ministro de Trabajo destacó "...la colaboración de la UTA para tratar de evitar el conflicto." (volviendo a legitimar la práctica gremial), y solicitó a los empresarios que a la brevedad "...firmen con los trabajadores el Convenio Colectivo de Trabajo y apliquen la Ley de Regulación del Transporte que inexorablemente mejoraría la situación de trabajo de los choferes." (Clarín, 4/8/93), ateniéndose así a los límites impuestos por las leyes (que posibilitarían el cumplimiento de las reivindicaciones de los trabajadores y del Estado).

Las autoridades de la provincia de Buenos Aires tampoco cuestionaron el paro, asumiendo la misma actitud que las nacionales.

El Estado, alineado con el sindicato, le ratificaba al empresariado su postura. Se producía una correlación de fuerzas que no le era favorable a este último sector. Tal actitud era una manera de imponerle la aceptación de los términos del acuerdo.

La FATAP anunció que, aunque no estaba contra el paro, se les descontaría el día a los choferes que adhirieran. Así, aplicaba un mecanismo de presión sobre los trabajadores (actuando sobre sus medios de vida) para que desistieran de realizar una demostración de fuerza.

También manifestó que el problema de inseguridad no se solucionaría a través de un sistema de cobro automático, porque, aunque los choferes no llevaran la recaudación, el dinero y los efectos de los pasajeros continuarían atrayendo a los ladrones. Los empresarios concluyeron que la responsabilidad en la solución de los hechos de violencia en el ATUP le correspondía al gobierno provincial.

Con este planteo los empresarios mostraban su intención de mantener inalterable el régimen de trabajo de los choferes. Además, ratificaban su estrategia de dilatar la instalación de las máquinas monederas.

Haciendo caer la responsabilidad exclusivamente sobre el sector estatal, justificaban su postura.

Ante tal afirmación, un funcionario bonaerense manifestó que "...esa es una visión muy egoísta. El colectivero tiene que estar aislado del público y no manejar dinero, porque así no va a haber motivo para asaltarlo." (Página 12, 4/8/93). Con este discurso mostraba una actitud de preservar la correlación de fuerzas favorable que se mantenía con el sindicato.

También informó que se estaba trabajando sobre un anteproyecto de reforma a la Ley de Excarcelación, y evaluó cómo positiva la marcha del plan de seguridad bonaerense (por el que se incrementaron los recursos humanos y materiales de la policía provincial).

Sí bien estas medidas no tenían cómo objetivo único la prevención y represión de delitos en el ámbito del ATUP, eran instrumentos empleados para aminorar la tensión existente entre las partes, porque mostraban un camino para el cumplimiento de una reivindicación general.

El día 4 se realizó una nueva reunión entre las autoridades provinciales y representantes sindicales y de

las cámaras empresarias en la Subsecretaría de Trabajo de la provincia de Buenos Aires. Era un nuevo intento para negociar una solución a los hechos de violencia en el ATUP.

Allí, la UTA reclamó nuevamente la instrumentación de un sistema de venta de pasajes que permitiera a los conductores no manejar dinero, y ratificó que a partir del 1° de enero de 1994 estaba dispuesta a que los choferes no cortaran más boletos. Ante tal demostración de fuerza, la FATAP respondió que estaba trabajando en un proyecto de automatización del expendio, de cuyo funcionamiento no dio detalles.

El silencio empresario da la idea de que era una respuesta coyuntural para aminorar los reclamos gremiales y estatales.

El Subsecretario de Trabajo de la provincia de Buenos Aires presionó a los empresarios, intimándolos a que brinden una definición en 30 días. Caso contrario, el gobierno provincial decidiría unilateralmente el sistema a implementar. De este modo demostraba su fuerza y se aseguraba el apoyo del sector sindical (constituyendo una correlación de fuerzas favorable).

El Director de Transporte bonaerense realizó un planteo discordante con la tónica de la reunión al desaconsejar la utilización del sistema de tarjetas magnéticas (propuesto anteriormente por la FATAP) "...porque tienen un alto costo y la inversión es casi equivalente al valor de un micro." (Clarín, 5/8/93)

Tratando de disminuir la tensión existente, el Secretario de Seguridad provincial reiteró que se realizarían más operativos policiales, y el Subsecretario de Justicia que se trataría en la Legislatura la reforma a la Ley de Excarcelaciones. Estos ofrecimientos eran reiteraciones de promesas efectuadas anteriormente.

En esta reunión tampoco hubieron definiciones concretas. La UTA se retiró anunciando que ante nuevos hechos de violencia reanudaría los paros.

La estrategia gremial seguía teniendo como uno de sus ejes la agudización del conflicto, con la realización de nuevas demostraciones de fuerza.

El día 10, el chofer de una línea del corredor norte fue asaltado y herido. En señal de repudio, y reclamando mayores medidas de seguridad, sus compañeros llevaron nuevamente a cabo medidas de fuerza espontáneas. En primer término realizaron un corte de calle durante una hora. Luego paralizaron sus tareas entre las 19.00 y las 7.00 hs. del día siguiente en el ramal correspondiente al tramo final de su recorrido, por ser muy frecuentes allí los asaltos y agresiones físicas a los conductores. De esta manera, las bases volvían a superar a la cúpula gremial.

Si bien habían tenido la intención de pedir la adhesión a la huelga al resto de las líneas (extendiendo el compromiso de los choferes), desistieron de dicha actitud.

El 11 de agosto, luego de que los delegados de la línea mantuvieran una reunión con el Secretario General de la UTA, se decidió no adoptar medidas que afecten a los usuarios. Así, la conducción sindical estableció límites para el accionar de las bases (demostrando su fuerza).

Ese mismo día se produjo una nueva reunión en el Ministerio de Trabajo entre funcionarios de esa cartera y representantes de la UTA y de las cámaras empresarias. En ella se firmó un acuerdo salarial, por el que se otorgó un aumento de 70 pesos a todos los choferes del país.

Las conversaciones habían estado trabadas hasta ese momento. La firma del acuerdo fue posible porque el empresariado acordó finalmente que el aumento de sueldos se generalizara.

Podemos relacionar este cambio de postura con la radicalización de la acción gremial (aunque ella se había producido por cuestiones ajenas a la económica) y con la intransigencia del planteo sindical y estatal en lo referente a los salarios de los conductores (mostrando que la conjunción de fuerzas de ambos sectores podía modificar la actitud empresaria).

El empresariado optó por otorgar el aumento salarial generalizado, pues de lo contrario no obtendría el de las tarifas.

Cómo explicamos anteriormente, la Secretaría de Transporte y la UTA solo firmarían el acuerdo tarifario si a este se anexaban las actas del acuerdo salarial.

La consideración de estos acontecimientos nos permite señalar que para el Estado también era importante la resolución del conflicto salarial. Así se eliminaba un flanco de ataque del sector sindical, y se obtenía su consenso para encarar la reestructuración del ATUP.

Días atrás la UTA se había declarado en estado de alerta, pero ante la firma del acuerdo decidió levantarlo. Esto demuestra nuevamente que sus reclamos estaban fragmentados y se privilegiaban las reivindicaciones monetarias. Desde la perspectiva gremial fue un logro, pero si lo consideramos desde el empresariado fue una concesión.

A pesar del acuerdo salarial, la UTA no se manifestó conforme con el monto del aumento. El Secretario General manifestó que "No nos podemos sentir satisfechos con este aumento porque los salarios siguen siendo ínfimos, y además, el trabajador tiene que cumplir largas jornadas de labor para percibir magros haberes." (Crónica, 12/8/93).

Este planteo nos permitió advertir una priorización de la monetarización de la relación laboral por sobre la posibilidad de modificar el régimen de trabajo. Es decir, que se priorizaba mejorar la distribución del plusvalor antes que la modalidad para generarlo.

En el acta, el gremio se comprometió a no realizar reclamos salariales durante un año. Así se puso un límite a sus posibilidades de realizar demostraciones de fuerza.

No se hizo lo mismo con los puntos de interés común con el Estado. Por ejemplo, no se limitó la posibilidad gremial de demostrar su fuerza y presionar al empresariado para lograr cambios en la organización del ATUP.

A pesar del planteo del Secretario General referido a la carga horaria de los choferes, ni en las entrevistas realizadas ni en las fuentes consultadas pudimos encontrar

por parte del sector gremial un reclamo concreto que apunte a la reducción de la jornada laboral.

En cuanto a la implementación de un nuevo sistema de expendio de pasajes, la UTA manifestó que seguiría tratando el tema con las autoridades nacionales y con las de la provincia de Buenos Aires. De este modo, se abría un nuevo proceso de demanda y negociación.

El acta-acuerdo firmada, producto de este proceso, fue remitida a la Secretaría de Transporte para formar parte del acuerdo marco sectorial a suscribir por todos los sectores representativos del ATUP.

El día 12, al ser atacado otro de sus choferes, el personal de tráfico de la empresa del corredor norte que mencionamos párrafos atrás resolvió en asamblea declarar un paro entre las 18.00 hs. del 12 de agosto y las 6.00 del día siguiente.

El objetivo de esta nueva iniciativa espontánea era reclamar mayores medidas de seguridad y la aplicación de un nuevo sistema de expendio de boletos. La UTA dio su aval a los trabajadores en conflicto. Ante el hecho consumado, era la única manera de evitar la confrontación con las bases.

Este respaldo fue otorgado porque la cuestión de la seguridad se estaba tratando con las autoridades bonaerenses, y la negociación distaba de estar resuelta. En cuanto a las tratativas para la instalación de las máquinas lectoras de monedas, todavía no alcanzaban resultados concretos. Entonces, a pesar de que la UTA en sí no protagonizaba medidas de fuerza, igualmente seguía presionando a las empresas y al gobierno bonaerense para modificar el sistema de expendio de pasajes e incrementar la seguridad (apelando a la imagen de unas bases difíciles de controlar).

El 12, tras la firma del acuerdo salarial, se iniciaron una serie de reuniones en la Secretaría de Transporte. En ellas se trató principalmente la manera de acordar con los empresarios un cronograma de instalación de las máquinas lectoras de monedas.

Tenemos que destacar la fortaleza de la patronal, porque aunque ya se habían elaborado otros cronogramas anteriormente, se lo estaba volviendo a hacer. Hasta el momento la FATAP continuaba declarándose contraria a estos aparatos, y partidaria de un sistema de tarjetas magnéticas. Manteniendo su estrategia, continuaba dilatando la implementación del nuevo sistema.

El Secretario de Transporte informó que el incremento tarifario. Comenzaría a regir en un plazo no mayor de cuatro días.

Finalmente se estableció el porcentaje que ya al principio de las reuniones había sido definido por el Estado. A este respecto debemos mencionar la firmeza de su posición.

El 13 de agosto el Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos sancionó la Resolución 877/93, por la que autorizaba el incremento tarifario, que comenzaría a regir a partir del día siguiente (5). Esta fue una de las definiciones concretas del presente proceso.

Así, se satisfizo la principal reivindicación empresaria, y se creó la situación de equilibrio necesaria para la firma del acuerdo postulado por el sector estatal. Desde el inicio del plan de convertibilidad en abril de 1991 y hasta este momento las tarifas del ATUP se incrementaron en un 60%, mientras que el Índice de Precios al Consumidor registró una suba del 51%.

También se firmó en la Secretaría de Transporte un acuerdo entre los sectores estatal, gremial y empresario. Su titular lo calificó como "sin precedentes" (Página 12, 14/8/93). Fue el producto del proceso de demanda y negociación que estuvimos analizando hasta ahora, y representó un paso para que el Estado concrete su objetivo de reestructurar el ATUP del Area Metropolitana.

Este acuerdo, por el que se preveía la reestructuración del ATUP en el Area Metropolitana de

---

(5) Las autoridades jurisdiccionales provinciales y municipales adhirieron ese mismo día a la medida, demostrando así su subordinación a los lineamientos de las autoridades nacionales en este aspecto.

Buenos Aires, fue denominado "omniplan". Implicaba una serie de compromisos a asumir por cada uno de los tres sectores, y establecía límites para el desarrollo de la actividad del ATUP, que detallaremos a continuación.

**\* Secretaría de Transporte**

- Implementar en 120 días un sistema de capacitación para los choferes (6).
- Establecer con la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y otras del conurbano un sistema de carriles exclusivos para el ATUP.

Esto perjudicaría a las empresas con pocos coches, y que compiten con otras que poseen un parque mayor. La razón es que el mejoramiento en la circulación que posibilita el sistema de carriles exclusivos factibiliza un aumento en las frecuencias.

Se profundizaba sobre un aspecto que ya estaba en ejecución. Hasta el momento ya habían dos avenidas con carriles de este tipo en la ciudad de Buenos Aires: Córdoba y Pueyrredón.

- Realizar gestiones ante la banca oficial para que otorgue créditos a las empresas a fin de renovar el parque móvil.

El sector empresario estaba pidiendo la intercesión del Estado ante los bancos oficiales porque demandaba créditos preferenciales. Con dicha concesión contribuía a salvaguardar la ganancia empresaria.

Este logro por parte de las empresas sirvió para demostrar su fuerza. De todos modos no se trataba de una definición concreta; el resultado al que lleguen las negociaciones marcará hasta que punto fue o no una promesa vacía que sirvió para generar consenso.

- Poner en funcionamiento la Comisión Nacional del Transporte.

Esta definición sirvió para impulsar un proceso que en realidad ya se encuentra en ejecución desde principios de 1993.

---

(6) Anteriormente nos referimos al significado de esta medida.

**\* Empresarios**

- Desde el 1° de enero de 1994 sólo incorporarían vehículos que cumplieran con lo dispuesto por el Decreto 692/92 (caja de cambios automática, suspensión neumática y motor trasero). Caso contrario, no serían habilitados.

De esta manera se imponía a las empresas que se atuvieran a los límites establecidos por el Estado.

La medida, a pesar de su carácter coercitivo, beneficiaba a las empresas. El motivo es que las unidades con tales características demandan un gasto de mantenimiento menor que las más antiguas. Además, permiten llevar más pasajeros, por lo que se abría la posibilidad de reducir la flota.

La determinación por parte del Estado de las características del parque móvil evidenciaba su participación activa en el establecimiento del marco de la actividad.

- Desde el 1° de enero de 1996 no podrían circular vehículos con más de 10 años de antigüedad (que suponía la renovación de 4.721 coches, a un costo de 435 millones de dólares).

Así, el Estado seguía definiendo los límites del contexto bajo el que debería desarrollarse el ATUP.

Esta cláusula se relaciona con la referida al otorgamiento de créditos por la banca oficial.

También tenemos que considerarla junto con la correspondiente a las nuevas características que se requerirían a los microomnibus.

Cómo planteamos en V. "El proceso de trabajo de los choferes del ATUP", los mismos empresarios valorizan positivamente la renovación de las unidades, por considerarla beneficiosa para las empresas.

También en este caso nos encontramos con una definición que de momento no es concreta.

- A partir del 1° de enero de 1994 todas las unidades debían contar con un sistema de expendio de pasajes por

medio de máquinas lectoras de monedas, o en su defecto con un guarda.

Así, se ratificó la postura gremial y estatal. Para obtener el aumento, el empresariado tuvo que transigir.

Tal fecha constituía una prórroga al plazo original, que era el 1° de enero de 1993, (esto nos habla de la fuerza del sector empresario). Hasta el momento de la redacción de la presente (abril de 1994), el grado de cumplimiento de esta medida era casi nulo.

- Otorgamiento de un aumento salarial de 70 pesos para todos los choferes del país.

Esta fue la principal concesión del empresariado. Entendemos que su renuencia para otorgarlo se debía a la actitud de maximizar lo más posible la ganancia empresaria.

La incidencia del pago de los nuevos sueldos sobre la estructura de costos no implicaba cambios, porque se afrontaba con fondos generados por el aumento tarifario.

Ante la postura intransigente del gremio y del Estado, fue una concesión imprescindible para satisfacer su demanda de un aumento tarifario.

Si consideramos esto desde la óptica del sector sindical, se trató de un logro concreto. A su vez, demuestra que sus reclamos fueron fragmentados (lo que vuelve a hablarnos de las prioridades del gremio).

- No solicitar incrementos tarifarios por un año.

De esta manera, la Secretaría de Transporte se aseguraba poder dirigir sus esfuerzos durante dicho período a la reestructuración del ATUP.

Además, imponía un límite para el desarrollo de futuros procesos de demanda y negociación.

- Readecuación del recorrido de las líneas.

Párrafos atrás nos referimos a las razones de este requerimiento por parte del sector estatal.

De todos modos, habría que ver si a través del tiempo esto cobra una existencia concreta.

- Implementar en 90 días servicios nocturnos (entre las 0 y las 4 de la madrugada) con tarifas diferenciales y frecuencias especiales.

Así, se mejoraban las condiciones para el cumplimiento de una antigua aspiración de la Secretaría de Transporte. Para lograrlo tuvo que conceder a las empresas el otorgamiento de tarifas diferenciales, ya que de otro modo se negaban a hacerlo. Actualmente no existe una reglamentación que obligue a las empresas a prestar servicios nocturnos.

Aquí volvió a evidenciarse la fuerza del empresariado; ya que vencido el plazo no modificaron sus diagramas de servicios.

- Evaluar periódicamente los aumentos de costos con las autoridades del Area Metropolitana de Buenos Aires.

Esta cláusula constituye un intento de coordinar la organización del ATUP. Se estaría anticipando a la puesta en funcionamiento del ATAM.

La inexistencia de mayores detalles nos permite afirmar que dicha cláusula estaba vacía de contenido (y que en el mejor de los casos era una expresión de deseos).

- Firma de contratos de concesión de permisos por un período de 10 años, con opción a otro lapso similar.

Tal cláusula marca el logro de una vieja reivindicación empresaria, ya que son muy pocas las empresas que poseen permisos en regla. No se trata de una concesión por parte del Estado, sino que es imprescindible para la reorganización del servicio del ATUP.

De este modo, se profundizaba la redefinición del marco de funcionamiento del sector.

En este caso habría que evaluar los procesos que ocurran en el futuro a este respecto. Por ahora no implica un logro concreto.

#### **\* Trabajadores**

- Deberían abstenerse durante un año de realizar reclamos salariales.

En las negociaciones establecidas a nivel nacional, la cuestión salarial fue la reivindicación obrera defendida con mayor énfasis. Al llevarse a cabo una tregua por un

año, la Secretaría de Transporte podía dedicarse con exclusividad a la reestructuración del ATUP.

El otorgamiento del aumento salarial es un logro a destacar, porque desde el inicio del Plan de Convertibilidad las remuneraciones están virtualmente congeladas.

El Estado volvía a establecer límites para el desarrollo de futuros procesos de demanda y negociación a mediano plazo.

- Aprobación de los cursos y exámenes psicofísicos para obtener la habilitación.

Si bien no se preveía la participación del sindicato en estas actividades, igualmente implican el logro de antiguas reivindicaciones gremiales.

En realidad, los exámenes psicofísicos se estaban realizando desde hacía un año.

La implementación de un programa de capacitación contribuiría (según el sector sindical) a jerarquizar la labor del personal de conducción. Por otra parte, ya nos referimos párrafos atrás a su trascendencia para el sector empresario. De todos modos, también en este caso habrá que ver si la medida se concreta.

Los principales reclamos del proceso de demanda y negociación que estuvimos analizando: el aumento salarial, la implementación de un nuevo sistema de expendio de pasajes y la reestructuración integral del ATUP, tuvieron como eje al plusvalor. Tanto en lo que respecta a su distribución (las empresas hicieron todo lo posible para preservar sus ganancias, y los trabajadores lucharon por un aumento salarial) cómo al modo de producirlo (los trabajadores y el Estado reivindicaban una reforma del régimen de trabajo de los conductores).

El análisis del presente proceso nos permite afirmar que en el ámbito del ATUP del Area Metropolitana de Buenos Aires no se puede hablar de una situación de clara hegemonía por parte del Estado o del empresariado.

Tal imposibilidad se debe a que si bien el Estado trata de establecer límites, ejercer presiones y generar consenso para establecer las modalidades de organización y funcionamiento del ATUP, el éxito que obtiene es muy relativo.

Una de sus premisas al tratar con las empresas era el respeto por el mantenimiento de su margen de ganancia.

Aunque el empresariado no tiene la potestad para sancionar normas, cuenta con la fuerza que le proporciona poseer la propiedad de las empresas del ATUP (parque móvil e instalaciones) y asumir un compromiso colectivo de defensa de los intereses del sector (7)

No es nuestra intención afirmar la existencia de una rivalidad absoluta entre Estado y empresas, sino destacar la fortaleza de ambos (que se expresa en su capacidad de definir límites y ejercer presiones).

La posibilidad de consensuar aspectos atinentes al ATUP entre Estado y empresas nos permite apreciar que sus posturas no son totalmente irreconciliables.

En cuanto al sector sindical, considerado a la luz de estos acontecimientos, debemos notar la falta de determinación de su cúpula para participar en el proceso desde una posición de fuerza.

La UTA, en vez de constituir un bloque con sus demandas, las fragmentó y priorizó las salariales. Entonces, autolimitó la posibilidad de lograr mejoras en el régimen de trabajo de los choferes.

El sindicato llevó a cabo demostraciones de fuerza luego de que las bases realizaran acciones de carácter espontáneo (desbordando entonces su estructura burocrática). Igualmente, supo capitalizar dichos gestos para presionar a las empresas (por medio de la apelación a la imagen de una base dispuesta a radicalizar los términos del conflicto). Por otra parte, avalando su accionar hacía disminuir las posibilidades de tener que confrontar

---

(7) Las cámaras empresarias son la expresión institucionalizada del sector empresario. Su actitud durante este proceso demuestra una gran firmeza en la defensa de sus intereses.

abiertamente con ella. Cuando se efectuó la medida de fuerza más importante (la del 3 de agosto), apeló exitosamente a la intervención estatal para legitimar sus reivindicaciones y prácticas.

El eje central de las medidas de fuerza de las bases eran las demandas por mayor seguridad; no una modificación en sus haberes o en su régimen de trabajo.

En cuanto al diálogo que mantuvo con el Estado, este último legitimó permanentemente sus reivindicaciones (reforzando así su propia postura).

El análisis de este proceso nos permite apreciar que las distintas fuerzas no están orientadas siempre de una misma manera. Esto dependerá de los momentos históricos específicos; variando de acuerdo a los objetivos particulares que se persigan. En este caso, se alinearon Estado y gremio para presionar a las empresas y limitar su accionar. En oportunidades anteriores, ante coyunturas distintas, la correlación de fuerzas fue otra (8).

El acuerdo tripartito que se firmó es uno de los productos del proceso analizado. Sus cláusulas expresan las transacciones que se generaron entre las partes. De todos modos, algunas planteaban definiciones concretas y otras no. En la medida en que se cumplan podremos ir evaluando el poder real de los sectores representativos del ATUP. Por ejemplo, al momento de la redacción de la presente (abril de 1994), el proceso de instalación de las máquinas lectoras de monedas estaba prácticamente paralizado. Esto evidencia la fuerza del empresariado, que obtuvo el aumento tarifario y no cumplió con el compromiso firmado.

Podemos advertir que todos los problemas discutidos quedaron contenidos en el acta-acuerdo (aunque esto no implica su segura solución).

Aunque con la firma del acta-acuerdo se cerró el proceso de demanda y negociación a nivel nacional, la reiteración (por parte de UTA y del Estado) de su objetivo de modificar el régimen de trabajo abrió un nuevo proceso.

---

(8) Por ejemplo, a principios de 1991 se alinearon las empresas con el gremio para reclamar al Estado la autorización de un aumento tarifario.

## **VII. LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS CHOFERES**

Nos referiremos a los sectores del sistema de salud pública a los que el personal de conducción tiene la posibilidad de recurrir. En esta oportunidad no tomaremos como eje central sus representaciones.

Nos basaremos en la información recabada por medio de las entrevistas y en la bibliografía específica.

También trataremos brevemente la problemática de los nuevos controles psicofísicos a los que deben someterse.

### **VII.1. La obra social**

La obra social de UTA es el principal sector del sistema de salud pública consultado por los choferes. Ellos explicaron que solo eventualmente recurren a la medicina privada o estatal.

Aunque el trabajo "en negro" es una constante en el sector, la modalidad preponderante de contratación del personal de conducción es en blanco (1). Esto hace que la mayoría de ellos y de sus grupos familiares sean beneficiarios de la obra social.

#### **VII.1.1. La oferta de servicios en el Area Metropolitana de Buenos Aires**

La obra social para el personal de transporte automotor de pasajeros cuenta con tres clínicas propias: la clínica central de la Capital Federal y otras dos en Morón y Avellaneda.

También tiene contratadas clínicas para ampliar su cobertura en tres sentidos: en el de la cantidad de prestadores a consultar y de camas utilizables, y en el acceso a servicios de los que no dispone (por ejemplo, tomografía). La elección de los profesionales y de las clínicas es libre.

Una característica que la distingue de otras obras sociales es que no dispone de médicos de zona. Entonces, las consultas domiciliarias son atendidas por ella o por empresas contratadas a tal efecto. Los afiliados solicitan

---

(1) Tal como lo explicamos en V. "El proceso de trabajo de los choferes del autotransporte urbano de pasajeros".

telefónicamente la atención en su domicilio y se les envía un médico. Bajo tal modalidad no se puede escoger profesional.

La obra social posee un listado de medicamentos que se pueden adquirir con descuento.

En cuanto al pago de las prestaciones, se hace cargo del 70%. El 30% restante es abonado por el afiliado (descontándose del recibo de sueldo del titular).

#### VII.1.2. Principales demandas de atención

Para conocer el grado de utilización de los servicios de la obra social nos basaremos principalmente en Cupeta (1988), quien en su trabajo consigna el siguiente cuadro:

**CONSULTAS POR ESPECIALIDAD SOBRE TOTAL DE CONSULTAS  
U.T.A. CAPITAL FEDERAL - 1er. SEMESTRE DE 1988**

CONSULTORIOS EXTERNOS	N° DE CONSULTAS	N° DE ORDEN	%
PSIQUIATRIA-PSICOLOGIA	8.783	1	25,99
PSICOPEDAGOGIA			
CLINICA MEDICA	7.287	2	21,57
OFTALMOLOGIA	2.734	3	8,09
TRAUMATOLOGIA	2.462	4	7,28
CARDIOLOGIA	2.072	5	6,13
NEUMONOLOGIA	1.555	6	4,60
ALERGIA	1.331	7	3,93
O.R.L.	1.271	8	3,76
GASTROENTEROLOGIA	1.260	9	3,72
UROLOGIA	1.109	10	3,28
NEUROLOGIA	1.088	11	3,22
DERMATOLOGIA	1.048	12	3,10
FONOAUDIOLOGIA	870	13	2,57
ENDOCRINOLOGIA	520	14	1,53
ONCOLOGIA	204	15	0,60
REUMATOLOGIA	188	16	0,55
	33.782		

Fuente: Cupeta, 1988:165

Debemos atenernos a la utilización de datos con seis años de antigüedad porque la obra social no dispone de información más actualizada.

A fin de interpretar este cuadro tenemos que advertir que los usuarios de los servicios detallados son

los choferes de corta y larga distancia y sus grupos familiares. Aunque los valores remiten a un grupo mayor que el de los conductores del ATUP, igualmente transmiten una idea aproximada de cuáles son los problemas que los impulsan a demandar asistencia médica.

En la obra social nos informaron que los servicios de salud más consultados por los choferes del ATUP son los de psiquiatría y psicología, traumatología, neumonología, clínica médica y cardiología.

Hay una coincidencia casi total entre la información del cuadro anteriormente citado (a pesar de su antigüedad) y la que nos proporcionó la dirección de la obra social. Esto contribuye a la validación de la información que proporciona.

Según Ejilevich Grimaldi (1983), el 63% de los concurrentes al servicio de psicopatología de la obra social son choferes de corta distancia.

En lo que respecta a los orígenes de las consultas, la concurrencia espontánea oscila entre el 17 y el 20%. El resto se origina en las derivaciones de otros servicios (entre los que se destacan los de la propia obra social, los del sector de la salud pública y los de las instituciones de enseñanza).

Los servicios de la obra social que más derivaciones realizan a psicopatología en orden de importancia son los siguientes:

- a) Clínica médica de orientación.
- b) Psiquiatría.
- c) Ginecología.
- d) Gastroenterología - Vías respiratorias.

La mayoría de los casos que atiende el servicio de psicopatología son de: neurosis de angustia, neurosis y/o síndrome depresivo, alcoholismo, trastornos sexuales y psicosis.

Refiriéndose a la salud mental de los choferes del ATUP, Seia (1986) destaca que la patronal no posibilita el restablecimiento de los choferes, ya que presiona para que no tomen las licencias médicas que por tal concepto se les

otorgan. También pone de relieve el rol de los médicos controladores, que tratan de acortar los tiempos de restablecimiento.

**Esta actitud conspira contra el normal desenvolvimiento del servicio, ya que el mismo paciente es reacio a someterse a una situación, la cual debiendo ser considerada como curativa, es por ésta causa vivida como atentatoria contra su seguridad económica y estabilidad. (Ejilevich Grimaldi, 1983:103)**

Ejilevich Grimaldi (Op. Cit.) afirma que el mayor porcentaje de abandonos en los tratamientos se verifica entre los pacientes de concurrencia espontánea. También explica que esto lleva a los choferes a reincidir repetidamente en el servicio.

**Este proceso termina a menudo en internaciones más o menos prolongadas que en sí mismas solo solucionan temporalmente los episodios de crisis agudas. (Ejilevich Grimaldi, 1983:90)**

Basándonos en Cupeta (1988), detallaremos los principales problemas de salud tratados por los cinco servicios que siguen en importancia al de psicopatología.

En **clínica médica** las enfermedades por las que más se atienden los choferes son hipertensión, diabetes, várices, síndrome ulceroso, cefaleas, arritmias e infartos cardíacos, crisis asmáticas, crisis depresivas, crisis de excitación psicomotriz y trastornos psicósomáticos.

En **oftalmología** se tratan principalmente casos de miopía y astigmatismo y vicios de refracción producidos por el cansancio visual. Según los médicos de la obra social, estas dolencias están relacionadas con los elementos de visión insuficientes (por ejemplo, parabrisas inadecuados y espejos pequeños)

En **traumatología** las afecciones ortopédicas más comunes son: lumbalgias, cervicalgias, cervicobraquialgias, amicondilitis y periartritis de hombro.

Los médicos de la obra social consideran que se relacionan con factores de tres ordenes: técnicos, ambientales y socioeconómicos.

Los factores técnicos más relacionados con las afecciones osteoarticulares son el asiento, el volante, los pedales y la palanca de cambios. Los mismos llevan a los choferes a realizar esfuerzos reiterados y posturas perjudiciales.

Los factores ambientales están constituidos por las vibraciones, los ruidos y las diferencias bruscas de temperatura.

Los factores socioeconómicos tienen que ver fundamentalmente con la necesidad económica; que obliga a los choferes a prolongar su jornada de trabajo.

En **cardiología** las enfermedades más frecuentes son las cardiopatías coronarias y la hipertensión arterial. Están relacionadas básicamente, al entender de los médicos, con la realización de dietas inadecuadas y con el carácter altamente estressante de éste trabajo.

En **neumonología** las afecciones más comunes son las infecciosas, bronquitis agudas y crónicas, asma bronquial, broncoespasmos y bronconeumopatías agudas. Los médicos consideran que éstas enfermedades están relacionadas fundamentalmente con los cambios bruscos de temperatura, con la escasa renovación del aire a bordo de las unidades y con las emanaciones de gases producto de la combustión.

En cuanto al origen de las consultas para estos servicios, los choferes entrevistados y los directivos de la obra social manifestaron que la familia del conductor juega un papel muy importante.

Por medio de las entrevistas constatamos que los choferes son reacios a concurrir al médico (2). Las razones de esta actitud son fundamentalmente económicas. La ausencia al trabajo los hace perder el premio que las empresas otorgan en concepto de presentismo. Además, el uso de la obra social implica un posterior descuento sobre los haberes del trabajador (además de los gastos en medicamentos).

---

(2) Trataremos con más detalle dicha cuestión en VIII.1., cuando nos refiramos a sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad.

Otra razón por la que postergan la consulta médica son las propias empresas. Los trabajadores entrevistados señalaron que la ausencia por enfermedad no es bien considerada por los empleadores. Cuando son mal conceptualizados por los componentes, se les puede llegar a negar (por ejemplo) la posibilidad de solicitar adelantos de sueldo, de trabajar horas extras o de modificar la fecha de un día franco.

Por otra parte, cuando se van agudizando los síntomas de la enfermedad sufrida por el conductor, el grupo familiar lo presiona para que acuda a la consulta médica.

Los médicos de la obra social indicaron que es más frecuente que el chofer concurra a instancias de su grupo familiar que por determinación propia.

Otro motivo para la no consulta de los servicios médicos por parte del personal de tráfico es la práctica de la autoatención. La misma es más económica, y les permite no tener que ausentarse del trabajo (3).

Todos los choferes entrevistados manifestaron haberse sentido enfermos en alguna oportunidad y no haber consultado al médico.

El otro origen de las consultas a los servicios de la obra social es la derivación desde las compañías, ya sea por su parte o de los médicos controladores. Esta modalidad tiene una importancia mucho menor. La patronal impulsa al trabajador a consultar al médico cuando advierte una merma notable en su productividad. Según se nos informó en la obra social, las empresas de medicina laboral derivan a los choferes cuando hay que realizarles algún tipo de estudio médico, evitando así afrontar su costo. Estas actitudes revelan una postura respecto de la salud por parte del sector empresario, que la pone al servicio de la maximización de la ganancia.

También es un fenómeno a destacar la frecuencia con que los choferes abandonan sus tratamientos médicos. Las

---

(3) Nos referiremos a la relevancia de la autoatención entre los choferes en VIII.3., cuando tratemos sus representaciones respecto de los distintos MM.

deserciones están relacionadas con la necesidad del personal de conducción de reintegrarse rápidamente al trabajo, ya que pone en juego las posibilidades de supervivencia de su familia (al enfrentar eventuales sanciones de la patronal e incrementar la posibilidad de perder los premios). También ejerce un rol importante el costo de los tratamientos, porque el pago de las prestaciones y de los medicamentos recae parcialmente sobre los afiliados.

Los directivos de la obra social nos informaron que en algunos casos las empresas requieren a los choferes la presentación del alta médica para permitirles el reintegro a sus labores. Ante tal situación, a pesar de no haber terminado los tratamientos, los conductores suelen pedirle a los médicos que igualmente les firmen el alta.

**Cuando nosotros no les damos el alta, van a ver a todos los médicos que pueden para lograr que se la firmen. Vienen desesperados, es angustiante. (ENTREVISTA N° 3)**

Debemos mencionar la tensa relación que mantiene la obra social con la mayoría de las empresas de medicina laboral. Esto se debe a que su propósito fundamental es el control del ausentismo, tratan de asignar licencias por enfermedad sumamente breves. A juicio de la obra social, éstas son insuficientes para asegurar el restablecimiento. Entonces, suelen suscitarse conflictos entre los diagnósticos establecidos por ambas.

Tan es así que la obra social casi no mantiene contacto con éstas empresas.

Todos los choferes entrevistados coincidieron en calificar positivamente la atención que brinda la obra social. Esto se debe a que consideraron que los tratamientos que recibieron fueron exitosos, y a que pudieron dialogar con los profesionales llegando a comprender sus diagnósticos y a estar de acuerdo con ellos. Los choferes que no utilizaron nunca sus servicios, se basaron en la atención que recibieron en alguna oportunidad

sus familiares o sus compañeros de trabajo para realizar ésta afirmación.

### **VII.2. La medicina privada**

Es el sector consultado en menor medida por los choferes. Nuestros entrevistados manifestaron que con la atención que reciben por parte de la obra social se consideran cubiertos satisfactoriamente. Colocaron esta razón por encima de la económica.

Quienes informaron haber sido atendidos por médicos particulares, afirmaron que lo hicieron ante problemas que no lograron solucionar ni por medio de la obra social ni de la autoatención.

Uno de los choferes manifestó hacerlo por comodidad, ya que al no disponer la obra social de médicos de zona, no quería movilizarse hasta los consultorios externos de una de sus clínicas.

### **VII.3. Las empresas de medicina laboral**

Las compañías de ATUP contratan los servicios de empresas de medicina laboral para controlar el ausentismo del personal. Es por eso que generalmente el primer médico con el que tiene contacto el conductor cuando falta al trabajo por enfermedad es el visitador.

En este caso debe avisar a la compañía, que a su vez se encarga de comunicar la novedad a la empresa de medicina laboral para que envíe un médico controlador al domicilio del trabajador.

Este puede hacerse presente en cualquier momento del día, ya que no tiene una hora de llegada determinada. Una vez con el conductor, le pregunta que es lo que le sucede y le realiza un examen sumamente superficial. En base a estos elementos le informa cuantos días de licencia médica dispone y le extiende una certificación escrita de la misma, que deberá entregar a la empresa para justificar su ausencia.

Si el chofer acude posteriormente a otro médico, y éste juzga necesaria una licencia mayor, deberá comunicarse

con la empresa e informarle que la extenderá por un determinado plazo. A su término presentará en los consultorios de la empresa de medicina laboral el certificado que confeccionó el profesional que lo trató.

Generalmente, el médico visitador no prescribe medicamentos ni tratamientos a los trabajadores. Su función es únicamente de control.

En caso de sentirse enfermo en su propio lugar de trabajo, deberá notificar de esto a sus superiores. Ellos le proporcionarán una orden de consulta para que acuda a la sede de la empresa de medicina laboral. Allí se justificará su retiro anticipado del trabajo, y eventualmente se establecerán cuantos días de licencia le corresponden. Los choferes entrevistados manifestaron que, en éste caso, los médicos pueden llegar a prescribir medicamentos y algún tipo de tratamiento (que raramente implicará la inasistencia laboral).

La modalidad de trabajo de los médicos laborales hace que sean percibidos negativamente por los trabajadores. Esto se debe a que consideran que están alejados de lo que tiene que ser a su entender el médico: un curador (4).

Cuando el conductor tiene que afrontar un tratamiento prolongado, la empresa de medicina laboral lo controla periódicamente. De acuerdo con su enfermedad, puede enviarle médicos controladores a domicilio o bien citarlo en sus consultorios.

Así, las empresas de medicina laboral extienden el control sobre los choferes, que ya de por sí realizan las propias compañías del ATUP.

#### **VII.4. Los controles psicofísicos sobre el personal de conducción**

Una de las características de la medicina científica es que puede actuar como mecanismo de control.

---

(4) Trataremos con más detalle ésta cuestión en VIII.1., cuando nos refiramos a las representaciones de los choferes del ATUP respecto de su proceso salud-enfermedad.

Nos referiremos a los exámenes psicofísicos a los que debe someterse el personal de conducción.

Para su realización a los choferes de la Capital Federal, la Secretaría de Transportes seleccionó seis clínicas por medio de una licitación. Actualmente, se están haciendo llamados a licitación en el interior del país en idéntico sentido.

A partir del 1° de julio de 1992 comenzaron a tomarse los exámenes.

Anteriormente, aunque existía la obligación de someter a los choferes a exámenes de salud, la reglamentación tenía un cumplimiento casi nulo.

El control psicofísico clasifica a los choferes de colectivos, camiones y ómnibus en las siguientes categorías: apto, no apto, y cuadro médico-patológico en observación. Contra su aprobación se emite la Licencia Nacional Habilitante.

Las empresas de transporte son las que solventan el costo de estos análisis.

La Secretaría de Transportes está tramitando la contratación de un servicio de auditoría médica para controlar las clínicas prestatarias.

El 13 de octubre de 1992 la Subsecretaría de Transportes dio a conocer los resultados de los exámenes psicofísicos para el personal de conducción de las empresas de ATUP de la Capital Federal.

- Total	12.991
- Aptos	11.681
- No aptos por causas psicológicas	263
- No aptos por causas oftalmológicas	181
- No aptos por causas cardiológicas	87
- No aptos por causas neurológicas	70
- No aptos por causas otorrinolaringológicas	55
- No aptos por causas clínicas	39
- No aptos por causas no especificadas	6
- Cuadro médico-patológico en observación (resultados retenidos)	609

Como podemos ver, el porcentaje de choferes aptos es del 89,9%.

Según los dirigentes gremiales entrevistados y los funcionarios de la obra social, estos resultados fueron el fruto de una transacción entre los sectores representativos del ATUP. De otra manera, la cantidad de choferes rechazados habría sido mayor. Así, las empresas se aseguraron no tener que contratar nuevos trabajadores sin experiencia, y el gremio preservó la fuente de trabajo para un sector de los choferes.

## VIII. LAS REPRESENTACIONES DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DEL PERSONAL DE TRAFICO DEL ATUP

### VIII.1. Los problemas de salud identificados por los choferes

El objetivo principal de ésta investigación es describir las representaciones de los choferes del ATUP sobre su proceso salud-enfermedad.

No nos limitamos a indagar los procesos de desgaste y daño reconocidos como propios, y que relacionaron con el ejercicio de su trabajo. Consideramos también aquellos problemas de salud suyos y de terceros que no asocian con sus tareas. Indudablemente, estos forman parte del saber del sujeto sobre el proceso salud-enfermedad. De otro modo, estaríamos parcelándolo.

Optamos por constituir dos grupos con los procesos de daño y desgaste identificados por los choferes: en el primero consignamos los problemas de salud propios y de sus compañeros de trabajo que vinculan con la ejecución de las tareas de conducción. En el segundo a aquellos que no asociaron con su empleo, tanto propios como de otras personas.

A través del primer grupo se puede distinguir a los choferes del ATUP como un sujeto colectivo, basándonos en el establecimiento de un perfil de morbilidad específico.

Este es el primero de los dos conjuntos mencionados:

**CUADRO N° 1: PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS POR CHOFERES DEL ATUP, QUE CONSIDERAN RELACIONADOS CON SU TRABAJO**

PROBLEMA DE SALUD	N° DE CHOFERES QUE LO IDENTIFICARON
Nervios (ansiedad e irritabilidad)	11
Cansancio	11
Problemas del sistema músculo-esquelético (lumbalgias, cervicalgias, dolores de piernas)	11
Problemas del sistema urinario (cólico renal, hipertrofia prostática)	4
Accidentes	4
Trastornos de sueño	4
Ritmo agotador de trabajo	4
Posturas inadecuadas y esfuerzo físico	4
Úlcera	4
Calor	3
Hipertensión arterial	3
Reflejos	3
Falta de atención	2
Mucho tiempo sentado	2
Vista	3
No poder ir al baño	2
Dietas inadecuadas	2
Frío	2
Hemorroides	2
Trastornos auditivos	1
Obesidad	1
Calvicie	1

Fuente: Elaboración propia sobre base de trabajo de campo.

Los problemas de salud fueron jerarquizados de acuerdo al número de choferes que los identificaron. La mayoría de las veces fueron nombrados según su denominación médica. Esto nos permite referirnos, entre otros aspectos, a dos fenómenos que tratamos anteriormente: el proceso de imposición-aceptación de los rasgos del MMH, y el de selección y apropiación de algunas de sus categorías para ser empleadas por los grupos subalternos.

El saber médico proporciona elementos para la construcción de las representaciones del proceso salud-enfermedad.

La mayoría de los procesos de daño y desgaste asociados por el personal de tráfico con el trabajo fueron referidos como relacionados entre sí.

Algunos conductores, refiriéndose a sus problemas de salud, manifestaron que:

**El del estómago es por el trabajo. Uno se hace mucha mala sangre arriba del colectivo, y eso te hace mal. (ENTREVISTA N° 5)**

**Este es un laburo muy desgastante, además estás mucho tiempo sentado. Estar siempre en la misma posición no es bueno para la lumbalgia, hay que tratar de estar siempre en movimiento. Otra cosa de este laburo que es mala es el movimiento del colectivo: estás siempre así (se mueve imitando las vibraciones de un coche en marcha). (ENTREVISTA N° 10)**

Lo primero que resulta notorio es la variedad de problemas de salud identificados por los choferes.

Casi ninguno fue referido a personas que no desempeñan tareas de conducción.

La labor del chofer del ATUP es básicamente individual. Deberemos considerar cómo se relaciona esta característica con la construcción de su saber sobre el proceso salud-enfermedad.

En cuanto a las afecciones que los conductores relacionaron con la ejecución de sus tareas, la mayoría no dudó en identificarlas primeramente como propias, y luego hacerlas extensivas a sus compañeros. Esta actitud de "asumir" la enfermedad, contrastó con que prácticamente todos los entrevistados se definieron cómo sanos.

Sobre esta autoidentificación, uno de nuestros entrevistados manifestaba que:

**Yo en la parte médica ando bien: renové el registro el año pasado y aprobé los exámenes. (ENTREVISTA N° 12)**

Las reflexiones de los trabajadores muestran una concepción de la salud que se encuentra relacionada con el trabajo. A su vez, le contraponen (al menos en primera

instancia) una definición de enfermedad como problema de salud que dificulta la asistencia al trabajo (1).

Tal representación de la enfermedad le resulta funcional al trabajador y al sector empresario. Al primero porque la ausencia al trabajo implica para él y para su familia un recorte en sus medios de vida (y por lo tanto de sus posibilidades de supervivencia). El empresariado también se beneficia, porque los choferes tratan de minimizar sus inasistencias y mantener su productividad.

Refiriéndose al premio por presentismo, dos de nuestros entrevistados explicaron que:

**Si vos faltás 4 días, lo perdés. Por cada uno de los otros 3 días te van descontando un 10% del premio (ENTREVISTA N° 5)**

**En eso la empresa es muy estricta: si usted falta un día, pero avisa antes, le descuenta el 50%. Si falta, pero no avisa, se lo descuenta entero (ENTREVISTA N° 12)**

Antes de comenzar a tratar los distintos problemas de salud del personal de tráfico, queremos explicar que no lo haremos siguiendo estrictamente el orden jerárquico que aparece en el cuadro. Optamos por hacerlo de acuerdo con las relaciones existentes entre ellos (establecidas en algunos casos por los choferes y en otros por nosotros) y con los sistemas corporales que afectan.

Todos los choferes entrevistados señalaron los "nervios" como característicos de los trabajadores del ATUP.

Este término comprende principalmente dos tipos de trastornos: ansiedad e irritabilidad.

Los choferes se identificaron como "nerviosos", y también reconocieron este problema entre sus compañeros.

**...a principios de mes viaja mucha gente. Muchos cobraron el aguinaldo y están haciendo compras. Se trabaja más y el tráfico es un loquero. Esos días vuelvo muy nervioso. Si el día es tranquilo, yo vuelvo a casa tranquilo. (ENTREVISTA N° 8)**

---

(1) En VIII.4. nos referiremos con más detalle a sus concepciones de la salud y la enfermedad.

Yo odio el colectivo, son muchos nervios, se trabaja muy tensionado. Todos los días uno dice que no quiere volver más (...) Cada día voy más nervioso a trabajar. (ENTREVISTA N° 9)

Con el motor atrás se viaja mejor, sin ese estado de nervios que a uno le produce el motor adelante. Uno va más tranquilo, hay un silencio que es una maravilla. Así el trabajo se profesionaliza.

Igual el estado nervioso sigue, porque estos coches son más grandes, y entonces hay que llevar más pasajeros. (ENTREVISTA N° 12)

De acuerdo con el análisis de lo manifestado por los entrevistados, el más frecuente entre los problemas nerviosos es la ansiedad.

Ajuriaguerra afirma que "La ansiedad forma parte de la existencia humana y se caracteriza por una sensación de peligro inminente con actitud de espera, provocando un trastorno más o menos profundo." (Ajuriaguerra, 1980:616).

Dejours analiza éste problema desde las vivencias de los trabajadores. Explica que entre los mismos, la sensación de ansiedad está relacionada con el conocimiento que poseen respecto de los distintos riesgos de su trabajo.

**La ansiedad relativa al riesgo puede ser notablemente agravada por el desconocimiento de los límites exactos de este riesgo o por ignorancia respecto de los métodos de prevención eficaces.**  
(Dejours, 1980:79)

Siguiendo este planteo, en la medida en que los riesgos puedan ser prevenidos, la ansiedad podrá disminuir. Debemos destacar que el sector empresario siempre resistió la modificación de las tecnologías y de la organización del proceso de trabajo, a no ser que redunden en un aumento de las ganancias (2). Esto dificultó la adopción de medidas para la prevención de los riesgos laborales.

La mayoría del personal de tráfico entrevistado señaló que se encuentra en un estado de tensión nerviosa permanente.

---

(2) Como pudimos verlo cuando analizamos el proceso de instalación de las máquinas expendedoras de boletos.

La causalidad atribuida a este trastorno, fue básicamente asociada al ejercicio de su trabajo, y no a acontecimientos de índole personal.

En primer término la adjudicaron al desarrollo de sus labores en un contexto que se caracteriza por el tráfico vehicular caótico (3). El mismo les demanda una constante atención, que se traduce en tensión.

**El tráfico es una de las cosas más jodidas de este trabajo. Cada día hay más coches, yo no se de donde salen. Los viernes es imban cable, no te das una idea de como se pone el bajo, es un infierno. (ENTREVISTA N° 11)**

**El tráfico que hay en la calle es un loquero, entonces hay que andar con muchísimo cuidado. A la tardecita es todavía peor. Cuando me subo al colectivo ya se lo que me espera, así que ando todo el día nervioso. (ENTREVISTA N° 15)**

La ansiedad de los choferes está relacionada, entre otras cosas, con la secuencia de operaciones que deben realizar y por el ritmo exigido. El cumplimiento de estas pautas conlleva la posibilidad de permanecer en el empleo, percibiendo así el sueldo (y también los premios) que le permite la subsistencia.

Uno de los conductores, refiriéndose a las razones de sus "nervios", explicó que:

**...uno está manejando con mil cosas en la cabeza, y así no se puede. (ENTREVISTA N° 8)**

Dejours (1980) explica que la situación de los obreros que realizan secuencias de operaciones repetitivas está penetrada por el riesgo de no mantener la cadencia y tener que abandonar.

Los horarios comerciales y los inspectores mantienen y acrecientan la ansiedad respecto al rendimiento y el cumplimiento de los ritmos impuestos por las empresas:

**- Los horarios que tiene la empresa hace 8 años que no se cambian. Ese es el gran**

---

(3) Que se distingue por fenómenos tales como la alta densidad vehicular, el deterioro de la red vial, la falta de educación vial entre conductores y peatones, etc.

problema de este trabajo: el horario comercial. Cada día hay más tráfico y más semáforos, entonces no hay manera de poder cumplirlo. Desde el cementerio, hasta Pavón y Uriarte tenemos que ponerle 6 minutos.

(...)

- ¿Qué pasa cuando llegan con atraso?

- No nos dicen nada, pero perdemos parte de los 20 minutos que tenemos para descansar y poder tomar un mate o un café.

Si yo tuviera que manejar tranquilo, parándole a todo el mundo y sin tener que correr, entonces nunca tendría descanso.  
(ENTREVISTA N° 7)

El premio por corte de boletos es también una fuente de ansiedad, ya que si el conductor no expende una determinada cantidad de pasajes, no podrá percibirlo. Corre así el riesgo de hacer disminuir su ingreso.

Los compañeros a veces se sacan los pasajeros entre ellos, y así no se puede trabajar. (ENTREVISTA N° 9)

En cierto sentido, la ansiedad de los choferes es funcional para las empresas. Esto se debe a que propiciando la ansiedad respecto al rendimiento laboral, se puede contribuir a elevar la productividad de los trabajadores (y la ganancia de los capitalistas). Entendemos que mientras los conductores puedan "negar" los riesgos que implica su trabajo, podrán desempeñar más eficazmente sus tareas.

La relación con los pasajeros también fue reconocida como un motivo de ansiedad:

- Vos me contaste que este trabajo te hace hacer mucha mala sangre ¿Por qué es así?

- Principalmente por los pasajeros. La gente es terrible. Están desde los que te joden por el cambio (...) También están los que te quieren dar clases de manejo.  
(ENTREVISTA N° 6)

Respecto de los pasajeros, otro conductor explicaba que su relación con ellos

...es buena, la cosa es no darles pelota. A veces es preferible pasar por boludo y no hacerse mala sangre. Uno se va tragando

todo, pero es mejor porque sino se vuelve loco. (ENTREVISTA N° 7)

Este laburo es muy jodido, uno tiene que aguantar desde el tráfico, que está cada día más bravo, hasta los pasajeros. Hay muchos que viven hinchándose las pelotas: te rompen con el cambio, te quieren dar clases de manejo y con lo que sea. Ojo, no todos son así. (ENTREVISTA N° 10)

Los choferes de mayor antigüedad afirmaron que sus compañeros con menor experiencia sufren más aún la ansiedad:

Los pibes jóvenes a veces se hacen mala sangre. Yo siempre les digo que más vale pasar por boludo que pelearse con todo el mundo (ENTREVISTA N° 7)

...los pibes de ahora se metieron a trabajar acá porque no les queda otra ¿Entonces qué cariño le pueden tener a esto? Yo siempre les digo que se tranquilicen, que así no ganan nada (ENTREVISTA N° 11)

- Los muchachos que se están metiendo en el colectivo van a terminar mal porque lo odian.

- ¿Qué es "mal"?

- Con los nervios hechos pelota. (ENTREVISTA N° 12)

El personal de tráfico con menos años de servicio fue el que manifestó más recurrentemente el carácter tensionante de su trabajo.

Entendemos que esta diferencia entre los choferes de mayor y menor antigüedad se debe a que estos últimos todavía no terminaron de construir mecanismos de defensa para mantener la ansiedad dentro de ciertos límites. De no lograrlo, no podrán dominar su sentimiento de peligro inminente respecto al trabajo (no soportando entonces los riesgos que sus tareas implican), y les resultará difícil desempeñarlo.

Los trastornos de sueño son un signo para comprobar el grado de ansiedad. Los mismos fueron reconocidos por muchos de los choferes e identificados como propios:

Generalmente me acuesto a las 10 y media, 11 de la noche y me levanto a las 2 de la mañana. Estoy tan acostumbrado que no puedo dormir más que eso.

Cuando llego de trabajar como algo y me tiro más o menos 2 horas.

Cuando voy a tener franco, el día anterior no me acuesto a dormir la siesta. Así me acuesto cansado y puedo dormir a la noche un poco más. (ENTREVISTA N° 7)

El chofer está más tiempo arriba del colectivo que en la casa (...) y cuando llego estoy molido. Me baño, como y me voy a la cama. Mi señora me contó que muchas veces me pongo a hablar dormido y pregunto "¿De cuanto?" o digo "No, la parada está en la otra cuadra". (ENTREVISTA N° 15)

Entendemos que el "acostumbramiento" al que se hace referencia en el primer testimonio constituye una manera de naturalizar el trastorno. Al convertirlo en algo habitual se lo deja de percibir como problema.

Dejours (1980) explica que la ansiedad va desgastando progresivamente la salud de los trabajadores.

El otro problema de "nervios" reconocido por el personal de tráfico es la irritabilidad:

Este trabajo te hace hacer mucha mala sangre, y es como una gota de agua: en un momento rebalsa. (...) Te vas poniendo cada vez más agresivo. (ENTREVISTA N° 6)

Entre las cosas que pasan mientras uno va manejando, los horarios que nos pone la empresa y la atención que uno tiene que prestar siempre, llega un momento en que uno no aguanta más y entonces se pierde la paciencia. Yo antes no era así, pero cada vez tengo menos paciencia y más de una vez empiezo a los gritos. (ENTREVISTA N° 14)

En estos casos, la causalidad que atribuyen a la irritabilidad consiste en la acumulación de tensión nerviosa.

Otros conductores reconocen tal problema en otros compañeros, y lo relacionan con la insatisfacción por tener que desempeñar dicho trabajo:

Los muchachos de ahora (...) le tienen asco al pasajero, y discuten por cualquier cosa. Lo que pasa es que no les gusta su trabajo,

y entonces suben al coche envenenados.  
(ENTREVISTA N° 11)

Los choferes relacionaron a los "nervios" con los problemas de salud (física y mental) propios y de sus compañeros.

Uno se hace mucha mala sangre arriba del colectivo, y eso te hace mal. (ENTREVISTA N° 5)

Es por la mala sangre que me hago que tengo mi problema del estómago (ENTREVISTA N° 6)

...nunca tuve problemas de salud muy importantes. Este trabajo es como cualquier otro: hay que tratar de no hacerse mala sangre por cualquier cosa, porque sino te hacés bolsa.

Si nada te viene bien: te jode el tráfico, los pasajeros, la empresa... Entonces nunca vas a estar bien.  
(ENTREVISTA N° 7)

- Una persona está sana cuando no anda siempre nerviosa.

- ¿Por qué una persona puede enfermarse?

- En este trabajo por andar siempre nervioso y por tener mil cosas a la vez en la cabeza. De esta forma no se puede estar.  
(ENTREVISTA N° 8)

Este trabajo no es bueno para la salud: estás mucho tiempo sentado y te hacés mucha mala sangre (...) haciéndome tanta mala sangre y estando siempre cansado no se puede estar siempre bien de salud  
(ENTREVISTA N° 10)

Este saber sobre sus "nervios" los lleva a efectuar permanentemente afirmaciones como "no hay que calentarse", "hay que aprender a no hacerse mala sangre", "no hay que darles pelota", etc.

Analizando las representaciones que tienen los choferes de sus "nervios" no detectamos la presencia de categorías médicas.

Otro problema de salud identificado por los conductores fue el cansancio:

...cuando tengo franco me duermo todo.  
(ENTREVISTA N° 5)

...andás cansado todo el día. (ENTREVISTA N° 8)

Este es un trabajo muy cansador. (ENTREVISTA N° 9)

Según los conductores, la principal razón del cansancio es el intenso ritmo de su trabajo:

Este trabajo es muy cansador, muy desgastante; especialmente cuando tenés que levantar gente en todas las paradas. Vos vas manejando y te para una persona, la levantás y le das el boleto, ya en la otra cuadra te está esperando otra persona, tenés que parar y empezar de nuevo... Todo eso es muy cansador, muchas veces yo me levanto y no quiero ir a trabajar. (ENTREVISTA N° 10)

También relacionaron con el cansancio al tránsito:

La Capital tiene un tráfico más jodido que la provincia. Para nosotros la provincia es un descanso. Desde que en la provincia cerraron las fábricas hay menos tránsito y menos pasajeros. (ENTREVISTA N° 11)

Es menester hacer notar cómo relacionan los problemas entre sí. Uno de los choferes se refirió en estos términos a sus "nervios" y al cansancio:

Uno maneja siempre tensionado y se cansa mucho. Hay veces que me quiero bajar del colectivo y rajar para mi casa. (ENTREVISTA N° 9)

La prolongación de la jornada laboral es una característica del trabajo de los choferes. En este caso fue identificada como otra de las razones del cansancio:

...uno hace lo posible por ganar un peso más; para eso hay que hacer todas las horas extras posibles (...) no me quedan ganas de hacer nada. Los días que no voy a trabajar me la paso durmiendo. (ENTREVISTA N° 13)

Los conductores también asociaron su cansancio a la modalidad de sobretrabajo constituida por el trabajo durante los francos y licencias:

A mí me corresponden 35 días, pero generalmente sólo uso 15. El año pasado no las tomé. Esta vez voy a irme a algún lado porque las necesito (...) porque me hace falta despejarme. (ENTREVISTA N° 11)

La cumplimentación del régimen de horarios implica para un importante número de conductores la alteración de sus ritmos corporales. Esto "...provoca alteraciones en el ritmo de vida, alterando su organización psiconeuroendócrina y metabólica..." (Cupeta, 1988:43)

Este fenómeno también fue relacionado con el cansancio:

**...en este trabajo te tenés que levantar a eso de las 2 de la mañana. Esa no es una hora normal, como las 6 o las 7. Eso te hace mal porque no es una buena hora para levantarse. Entonces andás cansado todo el día. (ENTREVISTA N° 8)**

Resumiendo, en lo que respecta al cansancio, los choferes lo adjudicaron a la modalidad de organización de su proceso de trabajo.

Uno de los choferes entrevistados relacionó su cansancio con la fobia que le produce su trabajo, explicando que la exacerba:

**Yo odio el colectivo, no veo la hora de poder bajarme. Todos los días pienso que no quiero volver más, y cuando estoy cansado ni te cuento. (ENTREVISTA N° 9)**

Tampoco en el caso del cansancio pudimos detectar en sus representaciones la presencia de terminología médica.

Otro problema de salud que identificaron los choferes en relación al trabajo fueron las alteraciones en el sistema músculo-esquelético.

La mayoría de los conductores entrevistados atribuyó esta clase de trastornos a sus compañeros de trabajo, y no los reconoció como propios. Quienes los "asumieron", también los hicieron extensivos a los demás.

Se reconocieron dos grandes grupos de afecciones del sistema músculo-esquelético: dolores de columna y dolores de piernas. El primero fue mencionado por todos nuestros informantes.

El personal de tráfico que afirmó tener estos problemas, manifestó poseerlos simultáneamente en la columna y en las piernas.

- **Sufro mucho de la cintura (...) Tengo dolores.**

- **¿Usted sufre de dolor de piernas?**

- **Sí, casi siempre me duelen. No es un dolor muy fuerte. (ENTREVISTA N° 10)**

El carácter habitual (o permanente) de sus dolores de piernas permitió su naturalización. Así, dejaron de ser percibidos como un problema. Entendemos que de esta manera se los inhabilitó parcialmente para obrar como una fuente de ansiedad. La naturalización estaría operando como un mecanismo de negación.

**Cuando empecé a trabajar acá tenía unos dolores de piernas insoportables, llegaba del trabajo y no daba más; me costaba caminar. Eso fue hasta que me acostumbré al colectivo. (...)**

**A veces me duelen. Más que nada cuando dejo de trabajar por algunos días y después lo vuelvo a agarrar. (ENTREVISTA N° 5)**

Los conductores que únicamente reconocieron problemas del sistema músculo-esquelético en sus compañeros de trabajo, solamente hicieron referencia a los que afectan a la columna vertebral.

**Hay choferes que sufren de la columna, de próstata, de hemorroides. Todo está producido por lo mismo: por el trabajo. (ENTREVISTA N° 12)**

**Muchos compañeros míos tienen problemas de columna. Están siempre con dolor de espalda. (ENTREVISTA N° 14)**

El personal de tráfico que no identificó como propias las alteraciones del sistema músculo-esquelético se refirió a ellas inespecíficamente; tanto en lo que respecta a su denominación y localización ("dolores de columna" o "dolores de espalda"), como a su sintomatología ("tienen la columna hecha pelota", "les duele la espalda").

Tales trastornos poseen una localización más puntual que los referidos anteriormente ("nervios" y cansancio).

En algunas oportunidades fueron nombrados por los choferes que los padecían de acuerdo con su denominación médica. Esto evidencia un proceso de selección y

apropiación de las categorías médicas. Entendemos que en parte tiene que ver con que tales enfermedades son un motivo importante de consulta médica. Según la obra social, el 7,28% de los casos atendidos en los consultorios externos corresponden al servicio de traumatología.

**El principal problema son las lumbalgias.  
(ENTREVISTA N° 5)**

**Mi problema de cintura es una lumbalgia.  
(ENTREVISTA N° 9)**

Analizando la causalidad que adjudicaron a sus trastornos del sistema músculo-esquelético, pudimos apreciar en sus representaciones la apropiación de categorías médicas.

**Una lumbalgia es cuando se te inflama el nervio ciático, y entonces te roza con algún hueso. (ENTREVISTA N° 10)**

De todos modos, lo predominante entre nuestros informantes no fueron las explicaciones en términos médicos. Esto no quita que el fondo de ambas sea el mismo: las posiciones inadecuadas. Entendemos que este "fondo común" denota la apropiación y reelaboración del conocimiento médico, y a la vez posibilita la aceptación de los planteos de la medicina.

**Además de agarrarme dolor en las piernas, a veces también me lo agarraba acá (se señala las cervicales) por agarrar mal el volante. Cuando uno recién empieza, agarra el volante así (estira los brazos e indica por señas que lo está accionando desde arriba) y entonces se hace bolsa allá arriba (se señala las cervicales). (ENTREVISTA N° 6)  
(4)**

**Hay choferes que se sientan mal, y entonces después les duele la espalda. (ENTREVISTA N° 9)**

**- ¿A qué se deben sus problemas de columna?**

**- A que estoy todo el día mal sentado, para colmo hay que estar siempre girando el**

---

(4) Este testimonio revela que la taxonomía que poseen los choferes no les permite denominar con precisión las distintas partes de su cuerpo. En VIII.2. nos referiremos con más detalle a sus representaciones del cuerpo.

**cuello para dar los boletos y el vuelto. El cuerpo de uno no es de goma, la columna se te hace pelota. (ENTREVISTA N° 13)**

La causalidad de los dolores de piernas tampoco fue explicada por los conductores empleando términos médicos:

**Manejar un colectivo no es lo mismo que manejar un camión. En la ruta vos ponés una determinada velocidad y le pegás derecho un montón de kilómetros. (...) Pero en la calle es distinto, hay que estar atento a muchas más cosas: los pasajeros, el tráfico que es un quilombo, hay que cortar los boletos... Hay de todo.**

**Entonces hay que hacer cambios muchísimas veces, y para eso hay que embragar. El embrague es lo que más se toca, después están el freno y el acelerador. (ENTREVISTA N° 6)**

**Cuando uno maneja usa siempre los pedales. Como son más duros que los de un auto, siempre tenemos que andar haciendo fuerza con las piernas. Es por eso que andamos siempre doloridos. (ENTREVISTA N° 10)**

Como vemos, adjudicaron sus alteraciones del sistema músculo-esquelético a distintos aspectos de su trabajo: problemas de postura y uso continuo de la palanca de cambios y de la pedalera. Estas explicaciones coinciden con las de la medicina:

**El asiento, volante, palanca de cambios y pedalera no se hallan diseñados para la función que cumple el vehículo y por lo tanto le exige al chofer cambios de postura, desgaste físico y movimientos corporales diversos. (Cupeta, 1988:45)**

Para ampliar dicha cuestión, Cupeta también indica que:

**El asiento inadecuado altera la postura, y exige movimientos que alteran el sistema osteoarticular. (Cupeta, 1988:124)**

Varios entrevistados expresaron que por su trabajo están mucho tiempo sentados. Reconocieron esto como algo negativo, tanto para ellos como para sus compañeros (más allá de la relación con las alteraciones del sistema músculo-esquelético). Para disminuir su efecto dañino afirmaron practicar deportes regularmente.

Los choferes explicaron así porque juegan regularmente al fútbol:

**...nos hace bien. Nosotros estamos todo el tiempo sentados. (ENTREVISTA N° 6)**

**Yo voy muy seguido a jugar a la pelota (...) porque me hace bien. Es bueno tener el cuerpo en movimiento, no hay que estar todo el tiempo quieto. (ENTREVISTA N° 10)**

También reconocieron otras situaciones en las que deben realizar esfuerzos físicos y posturas inadecuadas. A tal respecto, uno de ellos, que se desempeñó como conductor y actualmente es empresario, explicó que:

**Antes los coches tenían una dirección durísima, yo me acuerdo que cuando tenía que doblar ya empezaba a girar el volante una cuadra antes. (ENTREVISTA N° 4)**

Actualmente existen empresas con unidades antiguas, en las que el sistema de dirección también tiene tal inconveniente.

**- Yo una vez tuve que manejar un frontal nuevo, y realmente prefiero el mío, es mucho mejor.**

**- ¿Por qué?**

**- Es más cómodo, parece que estuviera hecho para uno: entro justito en el asiento, también tiene a mano la palanca de cambios, y no hay que andar estirándose. Lo mismo pasa con la palanca para abrir y cerrar las puertas. También tenemos un pozo grande para ir metiendo la plata. Así, si de golpe sube mucha gente, podemos acomodarla después. La dirección es muy blandita, la movés con un dedo, parece un auto.**

**Los coches nuevos son muy duros, y no tan cómodos. (ENTREVISTA N° 9)**

Es notoria la cantidad de esfuerzos físicos y posturas inadecuadas que asocian con su trabajo.

Los trastornos del sistema osteo-muscular fueron definidos como un motivo posible de inasistencia laboral, e inclusive para dejar de desempeñarse como chofer.

**Una vez falté al trabajo por la espalda (...) me había quedado duro y no podía moverme. A mí no me gusta faltar ¿Pero cómo hacía para manejar? (ENTREVISTA N° 13)**

- ¿Conocés casos de compañeros tuyos que por razones de salud tuvieron que dejar de trabajar en la empresa?

- Sí, pero fueron pocos.

- ¿Debido a qué clase de trastorno?

- Generalmente problemas de columna.  
(ENTREVISTA N° 8)

A diferencia de los problemas que ya tratamos, las alteraciones del sistema músculo-esquelético fueron calificadas por los conductores como enfermedades. Sus principales características definitorias consistieron en su localización puntual y el producir dolor.

El dolor que produce la lumbalgia fue descrito como constante y de intensidad variable:

**Tengo dolores. Generalmente no es un dolor muy fuerte, es una molestia que siempre está. (...) Estos tres días que no fui a trabajar; cuando volví al laburo el lunes anduvo todo bien, el martes tenía una pequeña molestia, el miércoles me dolía y ya el jueves me quería bajar del colectivo.**  
(ENTREVISTA N° 9)

Podemos apreciar que los choferes manejan una clasificación del dolor en base a su intensidad.

A través de los testimonios que citamos, advertimos que las distintas experiencias del personal de tráfico aportan materia prima para la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad.

El lugar asignado a los problemas posturales en la causalidad de los trastornos del sistema músculo-esquelético nos muestra que los conductores los conciben como el emergente de un proceso de desgaste.

También reconocieron a las enfermedades del sistema urinario como un trastorno típico de su trabajo. Al igual que cuando nos referimos a las del sistema osteo-muscular, la mayoría de ellos las atribuyeron a otros choferes antes que identificarlas como propias.

Cuando les pedimos que indiquen los problemas de salud más importantes entre sus compañeros dijeron:

**La columna y los riñones. (ENTREVISTA N° 6)**

**Algunos muchachos sufren de los riñones.  
ENTREVISTA N° 9)**

**Hay choferes que sufren de columna, de próstata, de hemorroides. (ENTREVISTA N° 12)**

Debemos destacar su falta de precisión para la identificación del problema, ya que solo se remitieron a nombrar el órgano afectado.

Quienes informaron padecer problemas renales, los identificaron según su denominación médica:

**...tuve problemas en los riñones, tuve cólico renal... (TESTIMONIO PERIODISTICO, "EDICION PLUS", 28/8/93)**

**...tuve un cólico, eso es algo terrible. (ENTREVISTA N° 12)**

Podemos asociar la mayor especificidad en su reconocimiento con el contacto que tuvieron con los médicos al recibir tratamiento por ella.

En cuanto al origen atribuido a los trastornos renales, uno de los conductores explicó que:

**Lo tienen por estar mal sentados. (ENTREVISTA N° 6)**

Esta representación no coincide con la causalidad que le atribuye la medicina. Ella entiende que los cólicos renales son causados fundamentalmente por "...la poca ingesta de líquidos y la deshidratación, que provocan litiasis renales y la congestión pelviana permanente..." (Cupeta, 1988:60).

Uno de los choferes, apropiándose de la explicación médica, manifestó que:

**...es porque a veces no funciona bien el filtro del riñón. Cuando me vio el gastroenterólogo me dijo que mi problema era porque estaba tomando poca agua o porque el cuerpo me pedía poco líquido. Entonces, la arenilla que se va formando en el riñón no puede pasar por el filtro y se forma una piedrita. El cuerpo trata de despedirla, a veces baja hasta los testículos y listo. Si no pasa ahí, entonces es un sufrimiento terrible. (ENTREVISTA N° 12)**

Este testimonio nos permite conocer la representación del sistema urinario que tiene el chofer. Tratarla ahora implicaría apartarnos de nuestro objetivo principal.

La medicina define como cólico renal al conjunto de síntomas que produce el paso de un cálculo renal de cierto volumen por las vías urinarias.

La descripción de los síntomas que nuestro informante también se ajusta a lo que sostiene la medicina. Para ella el principal signo del cólico renal es un dolor muy vivo, al nivel de uno de los riñones. Un conductor señaló que:

**El cólico es el parto del hombre. Se sufre muchísimo. Es una piedrita que se te forma y te hace doler mucho. (...) Es un dolor punzante y no se puede hacer nada. Es como si a uno le pusieran un clavo y se lo estuvieran haciendo dar vueltas. Es terrible. (ENTREVISTA N° 12)**

Cuando se refiere a un dolor "punzante", podemos entender que maneja una clasificación del dolor basada en su intensidad.

El cólico renal también se caracteriza por la dificultad para orinar, que puede llegar hasta la anuria completa. Este síntoma también fue percibido:

**Uno no puede ir al baño, quiere orinar y no puede, con suerte puede largar una gotita y siente como un vacío. (ENTREVISTA N° 12)**

Los síntomas del cólico renal cesan luego de algunas horas o días de duración. Durante ellos experimentan remisiones y exacerbaciones, hasta que el cálculo se traslada a la vejiga. Esta enfermedad se caracteriza generalmente por ataques que se suceden durante cierto número de años.

**Hace unos días empecé a tener una molestia, pero en otro lugar distinto de donde lo había tenido antes. Debe ser esa arenilla que me está molestando. Tomé una Buscapina y se me pasó, pero se que tengo que volver al médico. (ENTREVISTA N° 12)**

El cólico renal fue representado como un trastorno que requiere del tratamiento médico para su alivio y/o

cura; y la autoatención solamente puede constituir un paliativo.

Párrafos atrás explicamos que uno de los causales del cólico es la deshidratación. Podemos asociar esto con la identificación del calor como una molestia característica de su trabajo por parte de la mayoría de nuestros entrevistados:

**Trabajar en verano arriba del colectivo es terrible, te morís de calor. Te dan ganas de romper el vidrio ¡No se puede estar! Te transpirás todo y se te pega la ropa al cuerpo. (ENTREVISTA N° 6)**

**En verano el colectivo es espantoso, no se puede aguantar. Hace muchísimo calor. (ENTREVISTA N° 9)**

**En diciembre, enero y febrero te morís de calor. No hay manera de aguantarlo, aunque tengas abierta la puerta y el ventilete no hay manera de aguantarlo. (ENTREVISTA N° 11)**

Otro problema del sistema urinario que reconocieron es la hipertrofia prostática.

Cupeta explica que "...la congestión pelviana permanente ocasiona hipertrofia prostática permanente a muy temprana edad." (Cupeta, 1988:60)

La congestión pelviana está vinculada con el estacionamiento de orina en la vejiga, por la continencia forzada y prolongada durante el recorrido.

El problema de la continencia forzada fue reconocido por los choferes:

**Una de las cosas que más me molesta de este trabajo es que no podemos ir al baño cuando queremos. Hay que aguantárselas. (ENTREVISTA N° 15)**

La continencia prolongada a la que acabamos de referirnos "...ocasiona infecciones urinarias altas y/o bajas, con secuelas renales de intensa gravedad." (Cupeta, 1988:60)

Los entrevistados no identificaron ninguna clase de infección urinaria.

Si la continencia se prolonga a lo largo del tiempo, produce alteraciones en los ritmos defecatorios y miccionales. Esto está relacionado con la aparición de hemorroides, que es otra enfermedad reconocida por los choferes en relación con su trabajo.

- **Un compañero nuestro estuvo un montón de tiempo a la miseria porque tenía hemorroides y no se decidía a ir al médico.**

- **¿A qué se debió este problema?**

- **Fueron varias cosas: por un lado comía choripán todos los días, y tanto picante es veneno para los intestinos. Por otra parte, con este laburo estás todo el día con el culo en el asiento. (ENTREVISTA N° 13)**

La hemorroides fue representada como un trastorno sobre el que puede realizarse un autodiagnóstico.

Los accidentes estuvieron presentes en el discurso de los choferes. Es fundamental analizarlos, principalmente por el riesgo que implican para su salud.

De acuerdo con una estadística proporcionada por la UTA, el 35% de los accidentes de tránsito son protagonizados por los vehículos del ATUP.

El detalle de esta cifra es éste:

Peatones embestidos	36%
Caídas internas	29%
Choques con autos particulares y otros vehículos	22%
Caídas al exterior	13%

Según la Dirección de Estadística y Censos de la Municipalidad de Buenos Aires, entre mayo de 1990 y mayo de 1991, murieron 100 personas en la ciudad de Buenos Aires por accidentes en los que participaron colectivos. En este caso, la distribución interna fue la siguiente:

Atropellados	84
Caídas al exterior	7
Choques de autos contra colectivos	6
Choques entre colectivos	2
Choques sin precisar causa	1

La totalidad del personal de tráfico se refirió a los accidentes como característicos de su trabajo. Solamente reconocieron haberlos sufrido aquellos con menos

años de servicio. Los conductores con una antigüedad superior a los 20 años manifestaron no haber protagonizado nunca un choque.

Quienes sí lo hicieron, afirmaron que su frecuencia es baja: uno o dos desde que se están desempeñando en esa ocupación.

Solo uno de ellos reconoció protagonizar accidentes regularmente:

- **¿Alguna vez tuviste un accidente manejando un colectivo?**

- **Sí que tuve.**

- **¿Fue algo muy serio, con lesiones o algún otro tipo de problema para vos?**

- **No, algún rayón o un espejo; no más que eso. Son pavadas por las que ni te piden los datos.**

- **¿Con qué frecuencia los tenés?**

- **Eso es cosa de todos los días. Pero es una pavada, así que no me hago mala sangre.**  
(ENTREVISTA N° 5)

Nuestro informante, al concebir este riesgo como algo intrascendente, está naturalizándolo. Así, se simplifica la convivencia con el mismo, y se reducen las posibilidades de que actúe como una fuente de ansiedad.

En cuanto a la intensidad del accidente, todos sostuvieron que no sufrieron ningún tipo de lesión (ni ellos, ni los pasajeros).

Según el análisis de la causalidad adjudicada a los accidentes, podemos referirnos a motivos de dos órdenes: aquellos en los que el responsable es el propio conductor y los que son provocados por terceros.

Con referencia al primer grupo, y según el personal de tráfico, la principal razón de los accidentes es la impericia para conducir, que ninguno reconoció como propia.

**La semana pasada entró a trabajar un tipo que no sabe manejar. No es que no sepa manejar un colectivo, no sabe manejar nada. Ese pibe ayer salió a la calle y ya chocó.**  
(ENTREVISTA N° 6)

Así, el conductor no se limitó a señalar la falta de conocimiento de aquel que protagonizó un choque. También denunció la práctica empresaria de tomar personal no capacitado para el desempeño de este trabajo.

**...generalmente los choques más bravos los tienen los pibes nuevos, que recién están aprendiendo a manejar y todavía no tienen reflejos. (ENTREVISTA N° 14)**

También relacionaron los accidentes con sus "nervios":

**- Yo veo que a los muchachos de ahora les pasan muchas más cosas: tienen más accidentes y están siempre embroncados.**

**- ¿A qué cree que se debe esto?**

**- A que no les gusta este trabajo, y a que el tráfico está cada vez peor. (ENTREVISTA N° 11)**

Los "nervios" fueron asociados por los conductores con distintos aspectos de su trabajo, que ya analizamos párrafos atrás. Asimismo, destacaron el papel de la multifuncionalidad respecto a ellos.

**- A los chicos de ahora la máquina (expendedora de boletos) les va a sacar la opresión.**

**- ¿Por qué los choferes están oprimidos?**

**- Por las múltiples tareas. El chofer que está oprimido puede tener fallas graves. Este trabajo tiene riesgos múltiples por las múltiples tareas que hacemos.**

**- ¿Cuáles son las fallas graves?**

**- Pueden ser varias: no respetar los semáforos, chocar el coche que se tiene al lado, no mirar las motos que se te meten por todos lados, no tener cuidado con los taxis... (ENTREVISTA N° 12)**

Los accidentes también fueron relacionados con las dificultades de concentración:

**La empresa nos pone horarios para ir llegando a cada lugar del recorrido. Cumplir con esos horarios es muy difícil porque el tránsito está repesado. Entonces venís con atraso... (...) Con el atraso uno**

**no se concentra, entonces vienen los accidentes. (ENTREVISTA N° 6)**

En el segundo grupo de causales de accidentes se encuentran los motivos que los conductores consideran como externos.

Identificaron primeramente al tráfico:

- **El centro es un lío (...) los otros días a uno de los muchachos lo chocaron por atrás.**

- **¿Cómo fue?**

- **¿Viste que a la tarde salen todos los autos? Bueno, resulta que estaba parado por un semáforo, vino uno muy apurado y lo agarró. (ENTREVISTA N° 15)**

Hubieron constantes referencias a las dificultades que pone el tráfico para el ejercicio de sus labores.

**Yo creo que con los años nuestro trabajo fue empeorando: hay mucho más tráfico y semáforos, pero los horarios comerciales no se modificaron. Para mí ese es el problema más grave de todos. (ENTREVISTA N° 9)**

**El 80% de los problemas de este trabajo son por el tráfico. Es por eso que siempre estamos atrasados. Si no tuviéramos ese problema, manejar un colectivo sería como estar paseando. (ENTREVISTA N° 12)**

El incremento del tráfico entorpece la circulación de los vehículos del ATUP, generando atrasos en el cumplimiento de los horarios comerciales. Esto no es contemplado por las empresas, entonces los choferes se ven obligados a incrementar su velocidad comercial. Así, se evidencia la presión que ejercen veladamente, obligándolos a contravenir las normas de tránsito y aumentando la posibilidad de accidentes. El considerar como causales de accidentes a aspectos relacionados con la organización del trabajo (vgr. los horarios comerciales) implica, en cierta medida, concebirlo como de responsabilidad empresarial.

También atribuyeron los accidentes a la falta de educación vial de los peatones:

**Yo iba por la ruta, y adelante mío había una chica andando en bicicleta. La pasé, y casi enseguida tuve que parar para que**

subiera una persona. En ese momento la mujer me volvió a pasar, amagó para doblar hacia un lado y lo hizo para el otro. Apenas la rocé. Ella se cayó de la bicicleta; yo enseguida me bajé del colectivo y le pregunté si se había lastimado. Ella me dijo que no, que no le había pasado nada. Hasta me pidió mil disculpas porque era culpa de ella. Con decirte que ni siquiera se le rompió la bicicleta y se fue andando. (ENTREVISTA N° 9)

Los conductores no identificaron como posible causal de accidente las fallas mecánicas de los vehículos.

Además del riesgo que representa para la salud del conductor, el accidente puede constituirse en un antecedente negativo que dificulta la búsqueda de trabajo. Esto se debe a que generalmente, cuando se contrata a un chofer con experiencia previa, se efectúa un pedido de informes a la empresa donde se desempeñó anteriormente.

**Hay empresas en las que para entrar, si decís que chocaste no te dejan entrar ni loco. (ENTREVISTA N° 6)**

Los accidentes también implican la posibilidad de que el conductor sea juzgado por la justicia.

- ¿Cómo marcha el juicio?

- Según los abogados bien, pero no saben cuando se va a terminar. Yo tengo un poco de miedo porque me puedo quedar sin trabajo. (ENTREVISTA N° 9)

Cuando un chofer es considerado culpable en un juicio por lesiones, se lo inhabilita. Entonces pierde su trabajo, y puede ser encarcelado.

Los conductores concibieron las diferentes causas de los accidentes como interrelacionadas entre sí.

Cuando nos referimos a los dos grupos de causales de accidentes, esto tenía una finalidad meramente analítica para facilitar la exposición de las mismas.

El personal de tráfico relacionó la posibilidad de mantener su ritmo de trabajo con la posesión de un buen estado de salud.

El siguiente testimonio se refiere a la multifuncionalidad que caracteriza su trabajo:

- Para ser chofer una persona tiene que tener 8 o 9 reflejos por segundo. Hay que escuchar el motor, usar la palanca de cambios, apretar el embrague, mirar por los espejos laterales, cortar los boletos, dar recibir y ordenar el dinero, mover las palancas de llaves para las puertas, mirar por los espejos la puerta trasera, contar el dinero, contar las monedas, meterlas en la monedera ¿Quiere que le siga contando?

- Sí, por favor.

- También tenemos que mirar para atrás del coche y ver lo que pasa en la calle. Es una cosa increíble: uno frena, viene gente de todas partes y hacen todo lo posible para colarse. A lo mejor me piden 5 boletos, yo levanto la cabeza y cuento 8 o 9 personas en el pasillo. Con los espejos no puedo ver como se suben por la puerta de atrás, para eso me ayudo con el vidrio de la puerta de adelante; ahí se reflejan mejor esas cosas.

Quando el pasajero sube y me pide uno de 40 se cree que lo único que yo estoy haciendo es escucharlo y darle el boleto a él. Pero estoy haciendo un montón de cosas juntas. La maquina del cuerpo humano coordina todas las cosas. (ENTREVISTA N° 12)

Aquí subyace una concepción del estado de salud que se necesita para poder cumplir con la cadencia exigida.

Se están requiriendo entre otras cosas buenos reflejos, buen sentido del oído (y conocimientos de mecánica para interpretar los sonidos del motor), capacidad para realizar esfuerzos físicos continuos con las piernas y con los brazos, no tener trastornos visuales y una buena capacidad de concentración. Asimismo, se plantea el requisito de poder realizar un sinfín de acciones simultáneamente.

También notamos cómo explícitamente el chofer refiere su representación del cuerpo, que es comparado con una máquina (5).

Según Ejilevich Grimaldi (1983), para que el conductor pueda cumplir con el ritmo de trabajo exigido, debe mecanizarse. Tal situación es propicia para que en

---

(5) Este tema será abordado en VIII.2., cuando nos refiramos a las representaciones corporales.

algún momento aparezcan fallas conductuales. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes: no responder a un estímulo o hacerlo equivocadamente, alterar la secuencia de tareas, disminuir la concentración, confundir los comandos de la unidad, etc.

Como ya lo expresamos, el personal de tráfico reconoció en su intenso ritmo de trabajo la principal causa del cansancio y la ansiedad.

Nuestros informantes coincidieron en señalar la necesidad de un buen estado de salud para poder desempeñar su trabajo:

**Cuando vas manejando y te sentís mal eso se nota. Entonces el que viene atrás después te pregunta: "¿Qué te anda pasando, te sentís mal? Andá al médico" (ENTREVISTA N° 5)**

**Si me siento muy mal no salgo, porque para manejar un coche tenés que estar bien. Es muy peligroso salir si no podés tener los ojos abiertos. (ENTREVISTA N° 7)**

**Uno para manejar tiene que estar con todos los sentidos, porque si no pone en peligro su vida y también la de los pasajeros. (ENTREVISTA N° 9)**

**La persona que anda enferma no puede salir a la calle. Para manejar el colectivo hay que estar bien lúcido, porque sino puede pasar cualquier cosa. (ENTREVISTA N° 14)**

Aquí se corrobora que los choferes poseen una concepción de la salud que gira básicamente en torno del desempeño laboral.

La aspiración histórica del personal de tráfico respecto de relevar al conductor de las tareas de expendio de pasajes está vinculada principalmente con el conocimiento de su relación con el proceso salud-enfermedad.

Refiriéndose a las provincias de Córdoba y Tucumán, donde se pudo concretar dicha reivindicación, un dirigente gremial se expresaba así:

**...dejando el chofer de vender los pasajes bajaron inmediatamente los accidentes y**

**también las llamadas enfermedades profesionales. (ENTREVISTA N° 1)**

Opinando sobre la futura instalación de las máquinas expendedoras de boletos, uno de los entrevistados manifestó que:

**Sería muy bueno para nosotros, que tenemos que estar haciendo un montón de cosas a la vez: mirar la calle, abrir y cerrar las puertas, dar el vuelto, hacer los cambios (...) manejaríamos mucho más tranquilos y no tendríamos que estar haciendo tantas cosas. (ENTREVISTA N° 5)**

El cumplimiento de la cadencia de su trabajo hace que progresivamente vaya anulándose la posibilidad de tomar alguna iniciativa propia en el proceso laboral. Sus tiempos van siendo cada vez más los de la máquina, y su propio tiempo vital se va también transformando en tiempo mecánico. Esto se relaciona con su constante estado de tensión nerviosa, y muestra la mecanización a la que está sujeto.

Los conductores consideraron desgastante la función de tener que vender boletos. Es por eso que uno de ellos explicó que:

**Están hablando de que van a poner las máquinas o el guarda para que nosotros no tengamos que vender más boletos. Eso va a ser muy importante...**

**Para mí, con eso de los boletos lo que tendrían que hacer es poner dos personas en cada colectivo que puedan ir cambiando: uno está un rato vendiendo boletos y el otro manejando. Al rato el que vendía boletos se pone a manejar, y el otro a cortar boletos. (ENTREVISTA N° 7)**

Ellos también relacionaron con su trabajo la aparición de lo que Ejilevich Grimaldi (1983) denomina "fallas conductuales".

Tal es el caso de la falta de atención, que fue relacionada con el cumplimiento de los horarios comerciales impuestos por las empresas. Esta exigencia implica la mecanización del individuo en un marco de tensión permanente. En un determinado momento, cuando la tensión no puede mantenerse dentro de ciertos límites, comienzan a aparecer las "fallas".

Otro causal atribuido a la falta de atención es la multifuncionalidad:

**- El chofer que está oprimido puede tener fallas graves. Este trabajo tiene riesgos múltiples por las múltiples tareas que hacemos.**

**- ¿Cuales son las fallas graves?**

**- Pueden ser varias: no respetar los semáforos, chocar al coche que se tiene al lado, no mirar las motos que se meten por todos lados, no tener cuidado con los taxis... (ENTREVISTA N° 12)**

Cupeta también atribuye estos problemas a la intoxicación con monóxido de carbono "...que no ha sido investigada, y que provoca trastornos de conducta, disminución de la memoria, trastornos perceptivos y fallas en el reconocimiento." (Cupeta, 1988:61)

La inhalación de monóxido de carbono no fue reconocida por ninguno de nuestros entrevistados, pero tenemos que poner de relieve la gran cantidad de vehículos que todavía circulan con el motor adelante y la escasa renovación del aire en las unidades (6).

Los trastornos visuales fue otro de los problemas de salud que identificaron. En la mayoría de los casos los asumieron como propios.

Refiriéndose a los exámenes psicofísicos que cumplió para obtener su habilitación, un conductor explicó que:

**- Era una revisión muy completa, en ella me enteré que veo más de este ojo que de este.**

**- ¿Usás lentes?**

**- No, porque es muy poquito. (ENTREVISTA N° 5)**

---

(6) Estas condiciones dan lugar a un terreno propicio para que los conductores estén expuestos a los gases de la combustión emanados por el motor. La escasa renovación del aire fue reconocida por los choferes cuando se refirieron al calor que sienten mientras están trabajando.

Cabe mencionar que hasta el momento en que el médico diagnosticó esta alteración, no tenía conocimiento de la misma.

Otro chofer identificó su trastorno en los siguientes términos:

- **Tengo problemas en la vista.**
- **¿Qué es lo que le pasa?**
- **Para ver de lejos tengo que esforzarme un poquito.**
- **¿Usa anteojos?**
- **No, pero estoy por ir al oculista.**  
(ENTREVISTA N° 15)

Aunque ambos reconocieron como propios los problemas visuales, no fueron precisos al denominarlos y no les atribuyeron ninguna causa.

Otro conductor explicó que estos pueden ser el resultado de un proceso de desgaste:

**Hasta los 55 años uno este laburo lo puede hacer fenómeno. Después se empiezan a perder la vista y los reflejos. (...) Si no los tenés bien, entonces no podés trabajar como chofer. (ENTREVISTA N° 11)**

En este caso, le atribuyó una importancia decisiva a los trastornos visuales. De todos modos, tampoco los denominó de una manera más específica.

La poca importancia que le otorgaron la mayoría de nuestros entrevistados a los problemas de visión puede relacionarse con la acción de algún tipo de mecanismo de negación. Esto se debe a que para el ejercicio de sus tareas es fundamental poseer una buena salud visual. Entonces, la "negación" de los riesgos de su trabajo sobre la vista, hace posible hasta un cierto punto que puedan continuar desempeñando su trabajo sin ansiedad.

Cuando en 1992 comenzó a funcionar el nuevo sistema de control psicofísico, una de las primeras anomalías que se detectaron fue la presencia de conductores daltónicos (en Clarín, 4/6/92).

El personal que se sometió a estos exámenes poseía registro de conductor, y para su obtención había pasado por una revisión médica.

Según los entrevistados, los nuevos controles son más estrictos que los anteriores:

**Hace poco que tuve que renovar el registro del Ministerio. Antes casi no te hacían nada; te preguntaban cómo andabas. Si vos decías que bien, entonces te aprobaban y listo. Ahora es mucho más bravo porque lo privatizaron. (ENTREVISTA N° 11)**

Estos controles generaron cierta tensión entre el personal de tráfico de la jurisdicción nacional, porque podían ser el paso previo para la inhabilitación. A este respecto, uno de ellos señaló que:

**La verdad, como soy medio bizcocho, estoy un poquito asustado. (TESTIMONIO PERIODISTICO, Clarín, 4/6/92)**

Podemos advertir que el chofer reconoció poseer un trastorno visual y supo el riesgo que esto implica.

El nuevo sistema de evaluación psicofísica sólo se practica al personal de tráfico de la jurisdicción nacional. Por eso, según nuestros entrevistados, hubieron conductores inhabilitados que pasaron a desempeñarse en líneas provinciales y municipales (7).

Un indicador para advertir la importancia de los trastornos visuales es la proporción de consultas atendidas por el servicio de oftalmología de la obra social: el 8% del total de las prestaciones de los consultorios externos. Siendo estos los choferes que deciden acudir al médico, es de esperar que el número real de conductores con estos trastornos sea superior.

Cupeta analiza la relación de los problemas oftalmológicos del personal de tráfico con sus tareas en los siguientes términos:

---

(7) En VII.4. nos referimos a las declaraciones de un dirigente sindical, que afirmaba que los resultados finales de estos controles estuvieron relacionados con una transacción entre los sectores representativos del ATUP para reducir las inhabilitaciones.

**Por el tamaño y por los elementos de visión insuficiente el conductor pierde ubicación espacial y altera la conducción provocando distracción en el ascenso y descenso de pasajeros. El cansancio visual, en consecuencia, provoca vicios de refracción. (Cupeta, 1988:42)**

El déficit de los elementos de visión fue reconocido por los propios choferes. Uno de ellos sostenía que:

**Con los espejos no puedo ver como se suben por la puerta de atrás, para eso me ayudo con el vidrio de la puerta de adelante; ahí se reflejan mejor esas cosas. (ENTREVISTA N° 12)**

En este orden de problemas también destacaron la escasa iluminación a bordo de las unidades y los esfuerzos para la vista que implica la manipulación de monedas.

También identificaron trastornos eminentemente psicosomáticos. Se destacaron en primer lugar las úlceras gástricas. Quienes lo hicieron, las reconocieron como propias y también de sus compañeros de trabajo.

**...el único problema que tengo es el estómago... (ENTREVISTA N° 5)**

**Yo sufro mucho de nervios ¿Entonces qué pasa? Ahí viene la úlcera. Me la estoy tratando hace dos años; si me quedo acá va a ser peor. (ENTREVISTA N° 13).**

La úlcera es claramente como un problema de origen eminentemente psicosomático. Por otra parte, convive con una sensación de fobia respecto a sus tareas.

**Yo estoy trabajando sin que el médico me haya dado el alta; tuve problemas de úlcera. ¿Qué quiere que le haga? Hay que ganarse el mango. (ENTREVISTA N° 14)**

Aquí se manifiesta un fenómeno al que ya nos referimos: el abandono de los tratamientos médicos que implican una ausencia prolongada al trabajo.

La mayoría de los conductores identificó dicho trastorno con su denominación médica. Tal fenómeno de apropiación se puede relacionar con que, quienes la asumieron como propia, informaron haber recibido algún tipo de tratamiento médico.

Todos los choferes atribuyeron la úlcera a sus "nervios":

- ¿Por qué te enfermaste del estómago?

- Por hacerme mala sangre. (ENTREVISTA N° 6)

...están los que por no pelearse no discuten. Y bueno, acá varios muchachos se enfermaron de úlcera. (ENTREVISTA N° 13)

Esto te hace poner muy nervioso, yo soy muy nervioso. Yo anduve con úlcera, esa es una enfermedad de todos. No creo que haya alguno que se salve. (ENTREVISTA N° 15)

Estas representaciones muestran también la interrelación que establecieron entre distintos problemas de salud.

Asimismo, coincidieron con lo que plantea la medicina:

El stress y las dietas inadecuadas contribuyen a la producción de cuadros digestivos como ser gastritis, úlceras pépticas, dispepsias biliares, fermentativas y/o putrefactivas a nivel intestinal o aún más serias afecciones como litiasis biliar o trastornos de índole pancreático. (Cupeta, 1988:59)

Uno de los entrevistados refirió así su consulta médica respecto de un trastorno estomacal:

Yo le conté (al médico) lo que me estaba pasando. Entonces él me preguntó cuanto tiempo hacía que estaba trabajando como chofer. Yo le conté, y me dijo que lo mío no era nada raro. Pero me dijo que no tenía que hacerme mala sangre arriba del colectivo, que el problema era nada más que ese.

Desde ese momento yo cambié mi forma de trabajar. Si viene una persona y me empieza a gritar, no me hago problemas ¿Qué gano con eso? (ENTREVISTA N° 5)

Este testimonio nos permite apreciar la eficacia de la medicina para imponer explicaciones y normas de comportamiento; que constituyen un material a emplear en la construcción de las representaciones.

Los choferes no realizaron en ninguna oportunidad una definición de lo que significa la úlcera.

Según la medicina, la úlcera gástrica es una lesión de las tunicas del estómago.

Nuestros entrevistados describieron detalladamente los síntomas de este trastorno:

**Quando empecé a trabajar en el colectivo se me ponía duro (el estómago) y me dolía mucho. (ENTREVISTA N° 5)**

**Me dolía (el estómago) y sentía un vacío como si tuviera hambre. Si comía me seguía doliendo igual. (ENTREVISTA N° 6)**

En estas representaciones aparecieron algunos de los síntomas que la medicina también atribuye a las úlceras.

Esta sensación de "dureza" que describió el informante es definida por la medicina como la contracción del estómago a raíz del dolor intenso.

El dolor se incrementa por la presión con el dedo, la ingestión de alimentos, los movimientos, etc.

Las úlceras son atribuidas por la medicina a una irritación repetida sobre las paredes estomacales. De ahí que el dolor que producen tenga una ubicación puntual.

También se caracterizan por una sensación de ardor intenso en el estómago.

**Quando ando muy nervioso tengo un fuego en el estómago, es una cosa de locos. (ENTREVISTA N° 13)**

El tratamiento que prescribe la medicina consiste, a grandes rasgos, en recomendar una dieta especial (régimen láctico, hervidos, purés, pequeñas comidas frecuentes, etc.) y evitar las situaciones tensionantes.

El ejercicio de su trabajo les impide cumplir con las instrucciones del médico, incurriendo en actos de indisciplina terapéutica. Aunque la dieta sea llevada adelante, es más difícil dominar los "nervios", que están relacionados con sus labores.

Según Ey (1965), la persona con úlcera termina en la crisis cuando no puede soportar la tensión bajo la que

debe actuar. Esta tensión enfermante deja paso al descanso y a la distensión cuando la úlcera desencadena su síndrome agudo. Entonces el individuo renuncia a la actividad por prescripción médica, realiza reposo y se somete a una dieta especial.

Mediando condiciones favorables, y dejando de exponer al estómago a las causas que produjeron la lesión, la cicatrización es rápida.

De acuerdo con los conductores entrevistados, la autoatención es frecuente en tales casos. En los testimonios sobre este tema se advirtió la apropiación del conocimiento médico.

- (El médico controlador) Me preguntó cuanto tiempo hacía que trabajaba como colectivero y me explicó que no tenía que hacerme mala sangre. También me dijo que tenía que ir a ver al gastroenterólogo.

- ¿Fuiste?

- No, él me dio unas gotas que son un calmante. Son un calmante para el estómago, no para mí.

- ¿Esas gotas te hicieron sentir bien?

- Sí.

- ¿Nunca más volviste a tener problemas en el estómago?

- Sí, pero cuando me siento mal me tomo esas gotas y se me pasa. (ENTREVISTA N° 6)

Tenía un dolor muy grande y también me ardía el estómago. Cuando no aguanté más fui al médico. Me dio unas pastillas y algo como un jarabe. También me dijo que no me hiciera mala sangre y que tomara mucha leche y no comiera cítricos o picantes.

Yo trato de cumplir la dieta, pero lo de los nervios es imposible. Hay veces que llego a casa con un ardor en el estómago, entonces me tomo ese jarabe y se me pasa. (ENTREVISTA N° 14)

Cuando me sentía mal de la úlcera tomaba unas pastillas que me recomendó un conocido. Con eso más o menos me calmaba. (ENTREVISTA N° 15)

Anteriormente citamos a Cupeta (1988), quién también relacionó los trastornos del sistema gastroenterológico con las dietas inadecuadas. Este problema también fue reconocido por nuestros entrevistados, aunque nunca lo vincularon con sus problemas estomacales, sino que lo hicieron en relación a otras enfermedades.

Uno de ellos, que informó padecer hipertensión arterial, explicaba que por prescripción médica

- ...trato de cuidarme con las comidas, trato de no comer cosas muy saladas ni tomar mucho alcohol. Yo solamente tomo un poco de vino en la cena. En el trabajo no como sandwiches.

- ¿Entonces que comés?

- Nada.

- ¿No almorzás?

- No, ya estoy acostumbrado. Cuando llego a casa recién como algo. En el descanso solo podés comer porquerías. (ENTREVISTA N° 7)

Por medio de esta representación advertimos la eficacia de la medicina para normatizar los comportamientos humanos (que Illich denomina "medicalización de la vida").

Otro de los conductores asoció la modalidad de su trabajo y sus "nervios" con una dieta inadecuada:

- ¿Cuanto tiempo duran los intervalos entre vuelta y vuelta?

- Entre 15 y 20 minutos. Los descansos los hacemos en la cabecera en el Once.

- ¿Qué hace durante ese tiempo?

- Lo que no tenemos que hacer: comer. En ese tiempo uno en realidad no come, por los nervios uno deglute la comida. Uno anda con mucha ansiedad. Para colmo tenemos un buffet adentro mismo de la empresa. (ENTREVISTA N° 12)

Generalmente los choferes no consideraron en forma aislada a sus dietas como causal de enfermedad, sino que las colocaron junto con sus problemas nerviosos.

En el breve lapso que duran los intervalos (15 o 20 minutos), a los que hay que descontarles el tiempo que

demandan las tareas que tienen que desarrollar durante el mismo), los choferes consumen generalmente minutas y/o golosinas. Tales alimentos poseen altos contenidos de grasas y azucares que según la medicina favorecen el surgimiento de trastornos en el sistema cardiovascular.

Uno de ellos, coincidiendo con la explicación médica, asoció su dieta con un alto nivel de colesterol:

**...tengo que comer menos ¡Lo que pasa es que es tan lindo comer! Seguramente yo tengo el colesterol muy alto. (ENTREVISTA N° 9)**

En cuanto a las enfermedades del sistema cardiocirculatorio, solamente reconocieron (en relación con el desempeño de su trabajo) la hipertensión arterial.

Una proporción importante de los choferes la asumieron como propia y también de sus compañeros.

**No soy el único de la empresa que tiene la presión alta. Más de uno está jodido por eso. (ENTREVISTA N° 13)**

**Un mes atrás un muchacho terminó la vuelta y se bajó del colectivo diciendo que estaba mareado. ¿Sabe que era? Le había subido la presión. (ENTREVISTA N° 14)**

**Vos sabés como es este trabajo: te hace sufrir mucho de los nervios. Yo hace un tiempo que ando con la presión muy alta. (ENTREVISTA N° 15)**

Aunque los entrevistados que manifestaron tener ese problema habían acudido al médico para su tratamiento, ninguno lo identificó con su denominación médica: hipertensión arterial.

Este trastorno fue calificado como un causal posible de inasistencia laboral.

**...con lo de la presión el médico me dijo que me quedara unos días en casa, me cuidara con las comidas y no me hiciera mala sangre. (ENTREVISTA N° 7)**

**- ¿Cuántos días de licencia te dieron por andar con la presión alta?**

**- Todos los que necesite. Tengo que ir cada cuatro días a la clínica de la empresa.**

Como tengo todos los papelitos que me dan en Avellaneda, está todo bien. (ENTREVISTA N° 8)

Al pibe ese que tuvo el problema con la presión el médico de la empresa le dijo que se tome tres días y se quede tranquilo en la casa. (ENTREVISTA N° 14)

Ninguno la calificó como motivo para abandonar definitivamente su trabajo.

Su sintomatología fue minuciosamente descripta por los conductores que la padecen:

- Estaba manejando y me sentí mareado, estaba llegando a La Noria. Entonces de la empresa me llevaron a una salita que está cerca y después al médico de la empresa. En la salita vieron que tenía la presión muy alta, después el médico de la empresa me dio un remedio.

(...)

- Además de los mareos ¿Qué sentías por este problema de la presión?

- Dolores de cabeza, nada más. (ENTREVISTA N° 7)

- ¿Podrías explicarme cuales son los síntomas de la presión alta?

- Me dolía el cuello y la espalda. (ENTREVISTA N° 8)

Esa vez que tuve el pico de presión me asusté mucho: estaba mareado y me dolía la cabeza. Al rato empecé a traspasar. ¡No te das una idea del susto que me pegué! (ENTREVISTA N° 13)

De acuerdo con nuestros entrevistados, el reconocimiento de la hipertensión se relaciona con el establecimiento de un diagnóstico por parte del médico. Ninguno discrepó con éste, ni atribuyó sus síntomas a otro trastorno.

Este problema fue caracterizado como de aparición repentina, produciendo entonces una ruptura de la cotidianeidad.

Los choferes atribuyeron la hipertensión arterial a sus "nervios".

**Esto de la presión es culpa de la mala sangre que uno se hace acá arriba. ¡Hijo de puta! ¡Andá a la puta que te parió! Esa es la forma en que te saludan. (...) Uno va masticándose la bronca, pero por algún lado tiene que saltar. (ENTREVISTA N° 13)**

**- ¿Sabe usted por qué a su compañero le subió la presión?**

**- Porque este laburo a uno lo pone loco. Entre los pasajeros, el tráfico y el cambio no hay persona que aguante. (ENTREVISTA N° 14)**

La representación del personal de tráfico sobre la hipertensión arterial es la de un trastorno que surge como consecuencia de los "nervios" que produce su trabajo. Ey señala que "...parece difícil no comprobar que la hipertensión arterial se presenta como una reacción rápida, si no instantánea, a los trastornos importantes, en un número elevado de sujetos" (Ey, Et. Al., 1965:911)

La medicina considera la tensión nerviosa y las dietas con altos contenidos de sodio, grasas y azúcar como los principales motivos de la hipertensión arterial. Por eso generalmente se prescribe una modificación de su dieta y evitar tensionarse.

Tales modificaciones en los hábitos son contradictorias con la organización del proceso de trabajo del personal de conducción del ATUP. Entonces, su acatamiento se torna dificultoso.

La alimentación irregular de los choferes se relaciona principalmente con el cumplimiento de horarios prolongados de labor. Asimismo, ya nos referimos al carácter tensionante de esta tarea.

Algunos de ellos plantearon en los siguientes términos el diagnóstico, el tratamiento médico y la actitud que asumieron respecto del problema:

**- ¿Qué te dijo el médico respecto de este problema?**

**- Que era presión nerviosa, que tratara de no hacerme mala sangre y que me cuidara con las comidas.**

**A lo mejor me hace mal tragarme las cosas, pero si no sería peor.**

Ahora trato de cuidarme con las comidas, trato de no comer cosas muy saladas ni tomar mucho alcohol. Yo solamente tomo un poco de vino en la cena. En el trabajo no como sandwiches.

- ¿Entonces que comés?

- Nada.

- ¿No almorzás?

- No, ya estoy acostumbrado. Cuando llego a casa recién como algo. En el descanso solo podés comer porquerías. (ENTREVISTA N° 7)

- Como me sentía tan mal me asusté y fui al médico. Me tomó la presión y dio que estaba muy alta. Entonces me explicó que tenía que dejar de comer con sal y no hacerme mala sangre.

- ¿Cumplió usted con eso?

- Más o menos. Lo de la dieta trato de hacerlo. Ahora, lo de la mala sangre es más difícil. ¿Cómo hago? Este trabajo te pone loco. (ENTREVISTA N° 13)

En el primer testimonio, advertimos que a pesar de la prescripción médica, el conductor no lleva a cabo una dieta equilibrada. Esto se debe a que aunque sus componentes puedan llegar a serlo, los horarios de ingesta de alimentos no lo son (según él mismo lo admitió). Asimismo, naturaliza el problema al hablar de "acostumbramiento". Se potencia entonces la posibilidad de que aparezcan otros trastornos, como cardiopatías, obesidad y gastrointestinales.

Sus explicaciones sobre la hipertensión arterial muestran una apropiación selectiva de lo que sostiene el discurso médico.

Según Cupeta (1988), también son importantes entre los choferes las cardiopatías coronarias, pero ninguno de ellos las identificó en sí mismos o entre sus compañeros. La relevancia de los problemas cardiovasculares (8) nos

---

(8) Según la obra social, el 6% de las prestaciones realizadas en los consultorios externos corresponde al servicio de cardiología. Por otra parte, en clínica médica también se atienden casos de hipertensión, arritmias e infartos cardíacos, que elevaría más aún la proporción de

permite afirmar que es probable que esté obrando algún mecanismo de negación para encubrir su existencia. Entendemos que esta ocupación predispone para que ocurran, y dificulta el cumplimiento de su tratamiento.

Cupeta (1988) destacó entre las afecciones dermatológicas propias de los choferes la calvicie de origen psicossomático. La misma fue reconocida por uno de nuestros entrevistados:

**A algunos se les cae el pelo, eso tiene que ver con los nervios. Por los nervios se les cae el pelo. (ENTREVISTA N° 5)**

En este caso, la causalidad atribuida coincide con la que plantea la medicina.

Volvemos a observar que los conductores suelen relacionar distintos problemas de salud entre sí.

Otro trastorno que reconocieron en relación a su trabajo es la obesidad:

**...en los últimos cuatro años engordé seis kilos y no los puedo bajar. Bajar 100 gramos me cuesta una enormidad. Yo no entiendo por qué es, si yo soy de comer poco. Tengo un problema de obesidad. (ENTREVISTA N° 12)**

A pesar de que el entrevistado no identificó explícitamente sus causas, reconoció realizar una dieta inadecuada y sufrir de "nervios". Estos problemas están relacionados con ella.

Sí bien pudimos constatar que la mitad de los choferes entrevistados son obesos, dicho trastorno sólo fue identificado por uno de ellos. Esto nos permite afirmar, a título de hipótesis, que la mayoría de los conductores no concibe su obesidad como un problema de salud.

Una molestia que identificaron en relación con su trabajo fue el frío. Uno ex chofer (actualmente empresario), explicó que:

**En los coches que yo tuve que manejar te morías de frío. Ahora son todos bien cerraditos, y hasta tienen calefacción. (ENTREVISTA N° 4)**

---

choferes que padece cardiopatías. Restaría considerar a los que no asistieron al médico por estos problemas.

Generalmente, sólo los vehículos que entraron actualmente en circulación cuentan con calefacción.

La baja proporción de entrevistados que reconocieron al frío como una molestia relacionada con su trabajo está asociada con aspectos como la cercanía del motor (que es una fuente de calor) y con la escasa renovación de aire en el puesto de conducción (que hace que se mantenga el calor).

Cupeta (1988) explica que los choferes están expuestos a un medio ambiente térmico inadecuado, y que el frío afecta la circulación sanguínea (vasoconstricción). Asimismo, las situaciones de desequilibrio térmico son asociables a los problemas del sistema respiratorio y del osteomuscular.

Otro trastorno de salud que identificaron fue la disminución de los mecanismos reflejos de los actos motores voluntarios.

Estos dan lugar a la capacidad de reacción ante las situaciones imprevistas de la conducción. Su importancia para el normal desarrollo de sus tareas es fundamental.

Según los entrevistados, la pérdida o disminución de los reflejos es producto de un proceso de desgaste.

**Con el tiempo a uno se le van jodiendo los reflejos y la vista. Si no los tenés bien, entonces no podés trabajar como chofer. (ENTREVISTA N° 11)**

**Para ser chofer una persona tiene que tener 8 o 9 reflejos por segundo. (ENTREVISTA N° 12)**

**Hace un tiempo, un poco más y atropello a un tipo. El bestia se largó a cruzar la calle corriendo justo cuando yo arrancaba. Menos mal que tuve reflejos, y entonces frené en seco. La gente me dijo de todo porque se golpearon de lo lindo. ¡Si no frenaba lo mataba! (ENTREVISTA N° 13)**

La posesión de buenos reflejos fue valorada como un aspecto fundamental para el ejercicio del trabajo.

Según Cupeta (1988), la multiplicidad de tareas hace que la carga mental de los conductores sea continua, y que sus aparatos sensoriales (vista, oído y tacto) estén en

constante alarma. La sobreestimulación es uno de los principales causales de la disminución de los reflejos (9).

La importancia de los mecanismos reflejos nos permite afirmar que el reconocimiento del problema que mencionamos implica por parte del personal de tráfico la consideración del carácter riesgoso de su trabajo. Al confiar en sus reflejos, el conductor juzga como más factible cumplir satisfactoriamente con su ritmo de trabajo, y poder afrontar airoosamente las situaciones imprevistas de la tarea de conducción (evitando accidentes).

Otra clase de trastorno reconocido por el personal de tráfico fueron los que afectan al sistema auditivo.

**- Uno de los problemas de este laburo es que con tanto ruido uno con el tiempo se va volviendo sordo.**

**- ¿Cuales son estos ruidos?**

**- Más que nada los del motor, prácticamente estamos sentados arriba. (ENTREVISTA N° 13)**

Varios choferes reconocieron que los ruidos producidos por el motor son molestos; pero en ningún momento les atribuyeron responsabilidad en la generación de trastornos auditivos.

Cupeta afirma que "La audición es sensiblemente afectada aún con un corto tiempo de dedicación a la tarea." (Cupeta, 1988:42)

Nuestro informante reconoció dicho trastorno como el producto de un proceso de desgaste, ya que se refirió a la pérdida de la audición como algo progresivo.

Podemos pensar que la no identificación de este problema por parte de nuestros entrevistados se vincula con algún mecanismo de negación. Así se puede hacer disminuir la ansiedad y facilitar el desempeño de las tareas, ya que se minimiza el carácter riesgoso de su trabajo.

Como ya adelantamos, decidimos tratar también los problemas de salud identificados por choferes del ATUP y

---

(9) También son muy importantes en este sentido las prolongadas jornadas de labor y la constante tensión nerviosa.

que no consideran asociados con su trabajo. Nos referiremos a los que reconocieron como propios o de sus compañeros; y a los identificados únicamente en otras personas que no se desempeñan como choferes.

Entendemos que estos últimos también están relacionados con la construcción del saber sobre la salud-enfermedad. Estas experiencias pueden aportar nuevos elementos para la construcción de representaciones. La razón es que sirven, entre otras cosas, para que el chofer conozca las pautas de los grupos para el procesamiento de las experiencias de salud-enfermedad y para entrar en contacto con sistemas taxonómicos (distintos a los del individuo, o solamente más desarrollados) relativos al mismo tema.

Así, pretendemos referirnos más exhaustivamente a sus representaciones respecto del proceso salud-enfermedad.

Para iniciar la tarea realizamos un cuadro donde se agrupan tales problemas de salud:

**CUADRO N° 2: PROBLEMAS DE SALUD IDENTIFICADOS POR CHOFERES DEL ATUP (10) QUE NO CONSIDERAN RELACIONADOS CON SU TRABAJO**

PROBLEMA DE SALUD	LE OCURRIO A UN CHOFER	N° DE CHOFERES QUE LO IDENTIFICARON
Gripe	SI	11
Odontológicos	SI	6
Fiebre, catarro y tos	SI	5
Operaciones	SI	5
Fracturas	NO	4
Dolor de cabeza	SI	3
Cáncer	SI	3
Hepáticos	SI	3
Diabetes	SI	2
Accidente cerebro-vascular	SI	2
Enfermedades de la infancia	SI	2
Cardiopatías (obstrucción de la válvula mitral e infarto)	NO	2
SIDA	NO	2
Reuma	NO	2
Contusiones	SI	2
Esguince	SI	1
Meniscos	NO	1
Alto nivel de colesterol	SI	1
Alcoholismo	SI	1
Cólera	NO	1
Mal de ojo y culebrilla	NO	1

Fuente: Elaboración propia sobre base de trabajo de campo.

Decidimos mantener el criterio de tratar las distintas afecciones de acuerdo con las relaciones que mantienen entre ellas (establecidas en algunos casos por los choferes y en otros por nosotros) y con los sistemas corporales que afectan

Todos nuestros entrevistados manifestaron haber tenido en algún momento estados gripales.

Nunca reconocieron este problema en otras personas, sino que siempre lo refirieron como algo propio.

---

(10) Que pueden haberle ocurrido a ellos, a sus compañeros de trabajo o a otras personas que no se desempeñan cómo choferes.

La sintomatología que le atribuyeron a la gripe fue la siguiente:

Siento que el cuerpo se me afloja. Me siento como abombado y también me duelen las piernas y todo el cuerpo. Me da frío. (ENTREVISTA N° 6)

Cuando andás engripado tenés fiebre y te sentís flojo, entonces no podés estar parado. (ENTREVISTA N° 10)

La gripe hace doler mucho las piernas y la espalda. También se levanta fiebre y se orina muy oscuro.

Cuesta estar parado, así que lo mejor es meterse en la cama. (ENTREVISTA N° 14)

Las veces que tuve gripe tenía fiebre y chuchos de frío. También me dolía todo el cuerpo. (ENTREVISTA N° 15)

Una característica de estas representaciones es la combinación de síntomas con una localización puntual (vgr. dolor de piernas y orina oscura) con otros más inespecíficos (vgr. estado de decaimiento).

En cuanto a la causalidad que le adjudicaron, en ninguna oportunidad la hicieron recaer sobre su proceso de trabajo.

- ¿A qué creés que se debe todo esto?

- Puede ser por andar desabrigado o transpirar mucho. También la podés tener porque sí, agarrártela por el aire, ésta es la época. (ENTREVISTA N° 6)

Vos te agarrás estas cosas por andar desabrigado o por los cambios bruscos de temperatura. (ENTREVISTA N° 10)

Un día en agosto llovió muchísimo y yo me empapé. Terminé con una gripe que me reventó. (ENTREVISTA N° 15)

Los choferes coincidieron en atribuir la gripe a los enfriamientos (que nunca relacionaron con su trabajo).

Solo uno de ellos trascendió esta explicación, al afirmar que también tenía que ver "con el aire". Entendemos que se refería al rol que tienen los microorganismos. Así se aproximó más que sus compañeros a la concepción médica.

De acuerdo con las representaciones de la mayoría de los conductores, las gripes se caracterizan por tener una aparición repentina (rompiendo entonces con la cotidianeidad). Únicamente uno la consideró el resultado de un proceso:

Voy a tratar de explicártelo bien: hay gripes, pero también tenés catarros o resfríos; esas cosas no son iguales. Lo más liviano es el catarro; ahí vos andás un poco resfriado y nada más. Estás con bastante mucosidad y te sentís molesto, pero te podés mover y hacer tus cosas sin ningún problema.

La gripe es otra cosa, es algo bastante más fuerte, y viene recién después del catarro. (ENTREVISTA N° 10)

El personal de tráfico no asoció las gripes con su trabajo. Entendemos que una serie de aspectos del mismo están estrechamente vinculados con ellas. Por ejemplo, las situaciones de desequilibrio térmico y el ejercicio de sus tareas en un lugar que se caracteriza por el hacinamiento y la escasa renovación de aire (que se convierte entonces en un ámbito propicio para la transmisión de enfermedades).

La gripe fue calificada como un causal posible de inasistencia laboral:

- ¿Vos que opinás de los visitantes?

- Ellos no son médicos, cuando llamo a la empresa llamo también a UTA.

La otra vez estaba engripado y llamé, a los 20 minutos me mandaron el médico que me dijo que remedio tomar. El visitador vino recién a las 10 de la noche y no me dijo nada, solamente que me tome un día. (ENTREVISTA N° 5)

Si estoy realmente mal y no me puedo mover (por la gripe), entonces llamo al médico. (ENTREVISTA N° 7)

- ¿Alguna vez tuvo que faltar al trabajo por estar enfermo?

- En los 31 años que estoy eso me pasó nada más que dos veces. La primera vez falté por tres días porque anduve con gripe. (ENTREVISTA N° 11)

La mayoría de las veces que falté fue por gripe. ¿Sabe lo que pasa? Para manejar un colectivo hay que estar bien de salud, porque sino uno se puede matar. (ENTREVISTA N° 14)

Los conductores dieron a entender que la gripe se puede clasificar de acuerdo con su intensidad, y que sólo en ciertos casos constituyó un motivo para no asistir al trabajo:

- ¿Vas a trabajar sintiéndote enfermo?
- Sí, ahora tengo una gripe que no puede ser y estoy yendo. Tengo que estar muy mal para no ir. (ENTREVISTA N° 5)
- ¿Qué problemas tuviste e igualmente fuiste a trabajar?
- Alguna gripe o un resfrío muy fuerte, nada más. (ENTREVISTA N° 7)
- ¿Usted va a trabajar si se siente mal?
- Eso depende, si estoy muy dolorido, llamo a la empresa y me quedo en casa. Si tengo una gripe que no es muy fuerte, entonces me la banco y voy. (ENTREVISTA N° 13)

La clasificación de las gripes en función de la intensidad de sus síntomas permite la acción de mecanismos de negación para minimizar las inasistencias laborales por dicho problema.

Los conductores entrevistados manifestaron que recurren a la autoatención para su tratamiento:

- ¿Cómo te tratás?
- Me tomo algún antigripal, pero cuando me acuerdo. Ahora no lo estoy tomando.
- ¿No fuiste al médico?
- No, por esto no.
- (...)
- ¿De la gripe te tratás con alguna otra cosa además de con los antigripales?
- Sí, también uso remedios caseros. Mi suegro es un fanático de esas cosas.
- ¿Qué clase de remedios?

- Vino caliente, o té con cognac y miel. Te acostás bien tapado, en la cama te transpirás todo, y después te levantás mucho mejor. (ENTREVISTA N° 5)

- ¿Para vos hay problemas de salud que se puedan resolver sin necesidad de ir al médico?

- Sí que hay.

- ¿Cuáles son?

- Una gripe, que vos ya sabés qué es. Para eso no te hace falta ir al médico. Vos ya sabés que es y te las podés arreglar. (ENTREVISTA N° 7)

- ¿La gripe se puede curar?

- No, es un proceso. Cuando te viene la gripe te tenés que meter en la cama y esperar que se te pase. Vos podés tomar todos los remedios que quieras, y a lo mejor te alivian un poco. Pero si no te quedás en la cama, no se te va a pasar. Es algo que lleva su tiempo. (ENTREVISTA N° 10)

Quando estoy engripado me tomo algún remedio que tengo en casa; y si no es una gripe muy fuerte sigo yendo a trabajar. No tiene sentido llamar al médico, con eso en dos días se me pasa. (ENTREVISTA N° 13)

Podemos asociar la frecuencia de la autoatención de las gripes con que se consideraron capaces de realizar por sí mismos su diagnóstico. Además, resulta más económica que la atención mediante la medicina, y minimiza las posibilidades de inasistencia laboral (para ir a consultar al médico, o para cumplir con un período de reposo).

Otros problemas de salud que mencionaron fueron la fiebre, el catarro y la tos.

La fiebre fue concebida como un síntoma de la gripe y del catarro; que apareció cuando éstos cobraron un carácter intenso. Así, se constituyó en una especie de señal de alarma.

Ellos explicaron que la fiebre es un causal de inasistencia laboral:

Si estoy acatarrado o con tos también voy (a trabajar), pero si me levanta fiebre entonces me quedo en casa. (ENTREVISTA N° 9)

- ¿Alguna vez fue a trabajar sintiéndose enfermo?

- Con resfrío y tos sí. Con fiebre no voy, porque así no se puede trabajar. (ENTREVISTA N° 11)

Si me agarra fiebre, no voy a trabajar porque me siento muy débil y pesado. Entonces me quedo en casa, porque ya el cuerpo no da para nada.

Si es nada más que un resfrío, entonces prefiero ir. (ENTREVISTA N° 15)

También se evidenció la concepción de la fiebre como señal de alarma cuando informaron que al diagnosticarla decidieron acudir al médico.

...si ando muy mal y tengo fiebre entonces llamo al médico. (ENTREVISTA N° 8)

- ¿En qué momento decide que va a consultar al médico?

- Cuando ya no doy más. ¿Un ejemplo? Si ando con gripe y levanto fiebre. (ENTREVISTA N° 9)

Su representación como señal de alarma está relacionada con la intensidad y molestia que provocan sus principales síntomas: elevación duradera de la temperatura corporal, malestar generalizado, inapetencia y sensación de debilidad. Estos trastornos dificultan la realización de las tareas de conducción.

La medicina le atribuye a la fiebre causas de tres clases: nerviosas, inflamatorias e infecciosas. Los choferes reconocieron estados febriles relacionados con inflamaciones (los que acompañan al catarro) y con infecciones (los asociados a las gripes).

El catarro y la tos aparecieron interrelacionados. Su característica común es que constituyen afecciones de las vías respiratorias.

Lo más liviano es el catarro, ahí vos andás un poco resfriado y nada más. Te sentís molesto, pero te podés mover y hacer tus

cosas sin ningún problema. (ENTREVISTA N° 10)

- Cuando me resfrío mojo muchísimos pañuelos y se me paspa la nariz.

- ¿Siente alguna otra cosa?

- Se me tapa la nariz y me cuesta respirar. Es algo muy incómodo. (ENTREVISTA N° 15)

Los conductores expresaron que los catarros no requirieron tratamiento médico. Esta postura se relaciona con su representación sobre dicha enfermedad. A la misma no se le atribuyeron síntomas que comprometieran su capacidad de trabajo.

La representación de los choferes sobre sus catarros coincide con el trastorno que la medicina denomina rinitis. Ella consiste en la inflamación aguda o crónica de las mucosas nasales con exudación de mucosidad.

Tal problema no fue concebido como causal de inasistencia laboral (a no ser que esté acompañado por fiebre).

Otro síntoma del catarro puede ser la tos.

Los choferes nunca se refirieron a la tos aisladamente, sino que siempre la relacionaron con el catarro. Pudimos observar la siguiente regularidad: en primer término destacaron el catarro y luego la tos.

Nunca relacionaron la tos con otras afecciones del sistema respiratorio o con las condiciones ambientales bajo las que desarrollan su trabajo.

Casi todos los entrevistados reconocieron espontáneamente tener problemas odontológicos, y también los identificaron en otras personas.

Generalmente su manera de nombrarlos no fue la de la odontología, sino que recurrieron a denominaciones más inespecíficas:

...yo tengo la boca hecha pelota.  
(ENTREVISTA N° 5)

- Me hace falta ir al dentista.

- ¿Para qué?

- Por estos tres dientes que me faltan (los correspondientes a la parte delantera del maxilar inferior). (ENTREVISTA N° 9)

Yo tenía una muela podrida... (ENTREVISTA N° 11)

El año pasado se me picaron dos muelas. (ENTREVISTA N° 14)

En sus representaciones, prácticamente no aparecieron elementos que denoten la apropiación de terminología odontológica. Para aclarar esta cuestión consideramos la experiencia de los choferes con el odontólogo.

Todos informaron haberlo consultado, o tener la intención de hacerlo. Los tratamientos realizados, siempre consistieron en extracciones:

Hace un tiempo yo tenía un dolor de muelas terrible (...) Resulta que yo tenía la raíz de una muela pasando por debajo de la de otra. Así que para sacármela tuvo que abrirme la encía y después coserme. (ENTREVISTA N° 5)

Yo tenía una muela podrida, (la odontóloga) me la tuvo que sacar porque no tenía arreglo. (ENTREVISTA N° 11)

Fui al Güemes y me explicaron que a ella había que operarla. Para hacer una operación del corazón uno no tiene que tener ninguna clase de infección. Es por eso que había que sacarle dos muelas. (ENTREVISTA N° 12)

Cuando fui a ver al dentista me dijo que esa muela no tenía arreglo y me la sacó. (ENTREVISTA N° 15)

Estas terapéuticas son sumamente breves, y limitan el diálogo con el profesional (reduciéndose la posibilidad de apropiación del conocimiento médico). Para disponer de mayores elementos de juicio consultamos a dos dentistas. Ellos nos explicaron que generalmente las obras sociales no cubren los tratamientos odontológicos onerosos y/o prolongados. Por eso se recurre a las extracciones, que brindan una salida económica y rápida.

La economía de tiempo y dinero implica para los choferes la reducción de posibilidades de inasistencia

laboral y la disminución del gasto en salud (ya que la obra social no cubre la totalidad del valor de la prestación).

Las causas que adjudicaron a sus problemas de salud bucal no concordaron con lo que sostiene la odontología:

**En el caso de los dientes es algo familiar, no soy el único de la familia que tiene la boca hecha pelota. (ENTREVISTA N° 5)**

**En lo de la boca yo salí a mis padres. Ellos vivían yendo al dentista. (ENTREVISTA N° 14)**

En cuanto a las caries y enfermedades de las encías, la odontología explica que no hay una predisposición congénita, sino que se deben a la acción de microorganismos.

Uno de nuestros entrevistados negaba la importancia del factor genético:

**...yo la boca la tengo bastante bien, no soy como mi viejo que a los 50 años tenía todos postizos. (ENTREVISTA N° 11)**

También se atribuyó otra clase de razón a los trastornos bucales:

**Cuando yo era chico tomé mucha penicilina... No penicilina no, era otra cosa que me hizo bolsa los dientes (señalándose los). Era otra cosa que no me acuerdo que es. (ENTREVISTA N° 6)**

Según la odontología, son pocas las drogas que afectan el esmalte dental. En primer término se ubican ciertas medicaciones oncológicas o para el tratamiento de la epilepsia. Luego se destacan algunos antibióticos (entre los que no se halla la penicilina), que únicamente provocan manchas endebles en la dentición.

Es muy probable entonces que la causalidad atribuida en el último testimonio resulte errónea.

Para la odontología, la ocurrencia de caries y enfermedades en las encías se relaciona básicamente con una higiene bucal deficiente. Existen conductas entre los choferes que pueden predisponerlos a contraer caries. Nos referimos al consumo de golosinas y otras preparaciones con azúcar.

El criterio diagnóstico empleado por los choferes para el reconocimiento de sus problemas bucales es el dolor. Unicamente cuando éste se hizo muy intenso, decidieron recurrir al odontólogo.

**Hace poco tiempo me dolía una muela y entonces fui al dentista. (ENTREVISTA N° 11)**

**Póngale que me duele una muela, yo trato de ni siquiera tomar un remedio. Si el dolor se pone muy fuerte y me puede producir un estado de nerviosismo, entonces me tomo un antibiótico porque eso me va a sacar el dolor. Después voy al médico. (ENTREVISTA N° 12)**

En el último testimonio se señaló la autoatención en relación a un problema odontológico. A pesar de que generalmente no fue nombrada, es de esperar que la misma sea frecuente ante trastornos de estas características (para afirmar esto nos basamos en las actitudes asumidas ante otras enfermedades).

- ¿Cuándo decidió ir al dentista?

**- En el momento en que el dolor se había hecho insoportable. Ya me dolía la cabeza y hasta me costaba dormir. Cuando me di cuenta de que no podía seguir así, avisé en la empresa que me iba a ir dos horas antes y me fui al dentista. (ENTREVISTA N° 14)**

Al posponer la visita al odontólogo, el personal de tráfico evita la inasistencia laboral; pero se va deteriorando su salud bucal.

La localización puntual de estos problemas facilitó su autodiagnóstico. Todos coincidieron en señalar que la cura sólo fue posible por medio del odontólogo.

Refiriéndose a los problemas de salud más importantes, varios de nuestros entrevistados identificaron las intervenciones quirúrgicas. Generalmente las nombraron para valorarlas como indicadores de trastornos de magnitud:

**...nunca tuve problemas importantes, nunca tuve fracturas, operaciones o cosas por el estilo. (ENTREVISTA N° 7)**

**Yo de salud ando bien. Nunca me enfermo ni tuve problemas importantes. Tampoco me**

**operé nunca ni tuve fracturas. (ENTREVISTA N° 11)**

**- ¿Cuales son sus principales problemas de salud?**

**- Lo peor que me pasó fue a los 15 años (...) me operaron del apéndice. Según el doctor, si hubiera tardado un poco más se convertía en peritonitis. (ENTREVISTA N° 15)**

También se refirieron a operaciones de familiares y compañeros de trabajo:

**Aquí la operaron a mi señora de la vesícula, en la Clínica Independencia. La atendieron muy bien. (ENTREVISTA N° 11)**

**A un muchacho que está trabajando en la empresa hace muchos años, hace 6 meses que lo operaron de hemorroides. (ENTREVISTA N° 13)**

La mayoría de los trastornos que ocasionaron intervenciones quirúrgicas entre los choferes no fueron atribuidos a su trabajo. Esto se puede relacionar con la acción de algún tipo de mecanismo de negación a los efectos de "ignorar" los riesgos laborales.

Según Cupeta (1988), las intervenciones quirúrgicas más frecuentes entre el personal de tráfico son las siguientes: en lo atinente al sistema cardiocirculatorio los By Pass coronarios, aorto coronarios y femorales y la colocación de marcapasos. En cuanto al sistema gastroenterológico las hemorroidectomías, fisurectomías, fisulectomías (todas ellas correspondientes a patologías ano-rectales) y las gastrectomías (ante problemas gástricos de envergadura). En lo que hace al sistema urinario, son frecuentes las operaciones de próstata.

A continuación nos referiremos a las fracturas. Las mismas fueron reconocidas por pocos choferes; y generalmente destacando no haberlas tenido.

Al igual que en las operaciones, valoraron como signo de una buena situación de salud el no haberlas padecido:

**Yo de salud ando bien. Nunca me enfermo ni tuve problemas importantes. Tampoco me**

**operé nunca ni tuve fracturas. (ENTREVISTA N° 11)**

Concibieron las mismas como un trastorno importante, por la incapacidad que transitoriamente provocan.

Solamente uno informó haber sufrido él mismo fracturas, pero antes de que comenzara a desempeñarse en esta actividad:

**Me fracturé seis veces (cuando era niño). Sufría de descalcificación, pero también tenía mala suerte. Una vez, de chico, estaba jugando en el pasillo de casa con mi hermano y otro pibe. En un momento me caí y mi hermano me pisó el brazo. (ENTREVISTA N° 5)**

Al invocar la descalcificación, está refiriéndose a una causalidad de origen científico. Esto evidencia su apropiación del saber médico.

Las distintas experiencias respecto de la salud-enfermedad contribuyen a la construcción del saber sobre dicho tema. Uno de nuestros entrevistados recordaba que:

**...un pasajero tenía que bajarse, yo paré bien el colectivo, él se bajó bien pero se cayó. ¿Sabés lo que le había pasado? En ese momento se le rompieron los meniscos. (ENTREVISTA N° 11)**

Este testimonio nos permitió apreciar el conocimiento del sistema osteomuscular que tiene nuestro informante.

Otro trastorno de la misma índole que reconocieron fueron los esguinces:

**Lo que una vez me pasó es un accidente: me caí desde el techo del garaje y tuve ¡Ay! ¿Cómo se llama? Un esguince de tobillo. Menos mal que caí sobre la tierra. No me acuerdo si estaba recién removida o regada. Si hubiera sido sobre material, seguramente habría sido una fractura. (ENTREVISTA N° 12)**

La representación de este conductor volvió a mostrar la apropiación del saber médico. Asimismo, evidenció una clasificación de los problemas del sistema osteomuscular basada en la intensidad de las lesiones.

Las fracturas y esguinces son trastornos del sistema osteomuscular que ocasionan un daño inmediato. Esto las diferencia de las lumbalgias y cervicalgias, que son signos de procesos de desgaste.

La incapacidad que generan los esguinces hace que se constituyan en un causal de licencia médica:

**Tuve que hacer 15 días de reposo. Me vinieron a ver el componente y un montón de compañeros. (ENTREVISTA N° 12)**

El chofer manifestó haber cumplido rigurosamente con el tratamiento médico:

**La vez que me traté por el esguince el doctor me hizo aplicar calor. Lo hizo con rayo laser. Yo le pregunté por qué lo hacía de esa manera y no con agua caliente. Me dijo que no lo hacía así ni con ultrasonido porque no estaba muy inflamado, y entonces el mejor calor para lo mío era el del laser. (ENTREVISTA N° 12)**

Esta situación de consulta médica (donde debemos resaltar su actitud de indagar sobre la terapéutica) puso al paciente en contacto con distintos aspectos del saber médico que, luego de ser apropiados, le sirvieron para la construcción de su representación sobre el esguince. Dicho conocimiento puede ser empleado en el futuro ante afecciones de este orden.

Cabría preguntarse cómo se apropió nuestro entrevistado de la novedad: si adaptándola a sus representaciones ya existentes o como un factor de cambio.

Otro trastorno del sistema osteomuscular que identificaron fue el reuma. Lo diferenciaron de afecciones como las lumbalgias y las cervicalgias.

**Cuando le contás a alguien que estás mal, a lo mejor te dice: "Mi suegra tuvo un problema como el tuyo y fue a ver a tal doctor que la atendió muy bien". Pero eso no es garantía de nada, porque no todos los dolores son iguales. Una persona tiene una cosa, y otra persona tiene otra. Yo tengo una lumbalgia, a lo mejor la otra persona tiene reuma. (ENTREVISTA N° 9)**

Además de advertirse una clasificación de los trastornos del sistema osteomuscular, debemos destacar que

la misma recurrió a las denominaciones médicas. Así, advertimos nuevamente la relevancia del saber médico para la construcción de las representaciones sobre la salud-enfermedad:

**El reuma es cuando se te van gastando los huesos de las articulaciones. Por lo que se, es muy doloroso. (ENTREVISTA N° 10)**

**Una lumbalgia es cuando se te inflama el nervio ciático, y entonces te roza con algún hueso. Eso hace que vos andés siempre con dolores. Pueden ser muy fuertes, y entonces no te podés mover porque te quedás duro. En mi caso casi nunca me duele tanto: es más que nada una molestia que siempre está, o un dolor un poco más fuerte. (ENTREVISTA N° 10)**

Según nuestro entrevistado, ambas enfermedades tienen en común que afectan al sistema osteomuscular y que producen dolor.

La sensación de dolor difiere entre ambas, ya que el dolor reumático es caracterizado como muy vivo y el de la lumbalgia como variable.

Las localizaciones atribuidas al reuma y a la lumbalgia fueron diferentes: mientras que al primero se lo ubicó en las articulaciones, a la segunda se la situó en la cintura.

El reuma se atribuyó al proceso de desgaste corporal que se produce por el envejecimiento. La representación de otro de los entrevistados respalda dicha concepción:

**- Este trabajo te hace bolsa la columna y te rompe los huesos. Uno está mucho tiempo sentado y usa mucho los brazos y vive estirándose.**

**- ¿Qué clase de problemas produce esto?**

**- Te duele mucho la espalda. A algunos les duelen también los hombros.**

**- ¿Sufren de reuma?**

**- No, esa es una enfermedad de los viejos. (ENTREVISTA N° 15)**

Analizando las semejanzas y las divergencias entre estas representaciones, notamos que subyace a las mismas un fondo de conocimiento médico. Esto se nota fundamentalmente en la terminología empleada y en los conocimientos de anatomía.

Otro daño sobre el sistema osteomuscular que reconocieron los conductores fueron las contusiones. Unicamente las nombraron cuando generaron hematomas o inflamaciones:

**Ponele que vos te golpeaste una mano y la tenés así (hace un gesto mostrando una gran inflamación), el visitador te da un día.  
(ENTREVISTA N° 5)**

**- ¿Por qué clase de enfermedad faltaste por médico?**

**- Casi siempre por alguna gripe muy fuerte. Una vez tuve un golpe en la mano. Me hice una radiografía y salió una mancha, después eso quedó ahí... (ENTREVISTA N° 7)**

No recurrieron a la terminología médica para referirse a las contusiones y a sus consecuencias.

Otro problema de salud que identificaron fueron los dolores de cabeza.

**...sufro del hígado, eso me produce muchos dolores de cabeza, pero no tienen nada que ver con el sistema nervioso central.  
(ENTREVISTA N° 12)**

**Hubo un tiempo en que andaba con mucho dolor de cabeza, era porque estaba mal de la boca. (ENTREVISTA N° 14)**

Las causalidades que le adjudicaron son variadas. Pero a pesar de que siempre lo reconocieron como propio, entre ellas nunca consignaron a su trabajo.

Algunas de las principales causas del dolor de cabeza reconocidas por la medicina en relación con aspectos técnicos del trabajo fueron la intoxicación de los choferes debido a la inhalación de los gases de combustión del motor (básicamente monóxido de carbono), la escasa renovación de aire a bordo de las unidades y el cansancio visual ocasionado por los elementos de visión deficientes y la escasa iluminación.

Este trastorno también puede asociarse con la tensión nerviosa, estados gripales, etc.

Retomando el análisis de la causalidad atribuida, debemos destacar que en ninguna oportunidad se refirieron al dolor de cabeza en sí, sino que lo relacionaron con algún otro problema.

La diabetes fue el único trastorno endócrino reconocido por los choferes. El mismo fue identificado en compañeros de trabajo y en familiares.

**Hay un chofer que tiene 27 años de antigüedad, pero hace 6 meses que no viene a trabajar. (...) El es diabético, resulta que se cortó un pie con una chapa y se le infectó. Los diabéticos tienen problemas con las lastimaduras: no les cicatrizan. Durante un tiempo largo no quiso ver al médico, y desde hace 6 meses lo están tratando, es muy probable que le tengan que cortar el pie. (ENTREVISTA N° 11)**

**Mi mamá murió de diabetis (sic), primero le cortaron la pierna y después falleció. A la edad que yo tengo (43 años) es posible que me aparezca a mí también. Por eso ahora me estoy haciendo yo también los controles. A la hija de un compañero mío que es diabético, que tiene 19 años, los médicos le dijeron que en cualquier momento puede tenerla ella también. (ENTREVISTA N° 12)**

La diabetes no fue asociada al desarrollo del trabajo de chofer. El primero de los conductores no se refirió a la causalidad de esta enfermedad, y el segundo le asignó un origen congénito.

Según la medicina, la diabetes puede ser congénita o adquirida. Cupeta (1988) señala que el stress y las dietas inadecuadas contribuyen a la generación de trastornos en el páncreas.

La atrofia del páncreas es una de sus causas más importantes.

No pretendemos negar la importancia del factor genético en la ocurrencia de las diabetes, sino destacar que también pueden tener una raíz social.

El análisis de las representaciones de los choferes y de la postura médica nos permite advertir que los

conductores no conocen los procesos que posibilitan el desarrollo de este mal.

En ambos testimonios reconocieron uno de sus síntomas más importantes: la predisposición a contraer infecciones.

Un chofer explicó en términos médicos uno de los principales signos de la diabetes (que no es reconocible por el mero uso de los sentidos) y en que consisten los controles sobre la misma:

- **¿Cómo se controla la diabetes?**

- **Te sacan sangre y miden el porcentaje de glucosa, si está muy alta quiere decir que uno tiene diabetes. (ENTREVISTA N° 12)**

Podemos apreciar que le atribuyó únicamente a la medicina la capacidad de diagnosticarla.

Así, el sujeto se apropió de ciertos elementos del conocimiento médico, que utiliza para reflexionar sobre esta patología.

Otro trastorno que mencionaron fue el cáncer. Lo identificaron entre compañeros de trabajo y familiares:

**Mi señora falleció hace un tiempo, tenía cáncer de huesos. Era un solo grito, sufrió mucho. Empezó haciéndose aplicaciones de cobalto y siguió con drogas. (ENTREVISTA N° 10)**

**Hay un compañero que está muy mal de las cuerdas vocales y de la laringe. Tiene un cáncer y lo van a operar (...) los médicos le dijeron que va a quedar bien. (ENTREVISTA N° 11)**

**Al poco tiempo que yo entré a trabajar falleció un muchacho de cáncer de pulmón (...) El pobre sufrió mucho. (ENTREVISTA N° 13)**

Nunca se atribuyeron los casos de cáncer entre choferes al ejercicio de su trabajo. El único causal que reconocieron fue la adicción al cigarrillo:

**...tiene un cáncer fulminante (...) para mí que fue el cigarrillo. (ENTREVISTA N° 11)**

- **¿Por qué se enfermó de cáncer su compañero?**

- Porque fumaba mucho. Ese tipo era una chimenea. Después de tantos años de fumar debía tener los pulmones muy mal.  
(ENTREVISTA N° 13)

En cuanto al hábito de fumar, la mayoría de los entrevistados lo hizo en nuestra presencia. De todos modos, manifestaron que está disminuyendo la proporción de choferes que lo hacen.

El elemento común de estas representaciones fue la asociación del cáncer con el sufrimiento físico y con consecuencias extremas como la incapacidad permanente o la muerte.

En varios casos se evidenciaron apropiaciones del saber médico. Donde más se advirtió fue en el discurso respecto de la terapéutica recibida por las personas afectadas de cáncer.

**Empezó haciéndose aplicaciones de cobalto y siguió con drogas.**

El cuerpo con el tiempo se va acostumbrando a las drogas, entonces cada vez te dan más. No son para curarte, solamente para aliviarte el dolor. Cada vez te dan más, entonces llega un momento donde no te hacen ya ningún efecto. (ENTREVISTA N° 10)

**Tiene un cáncer y lo van operar. Le van a hacer un agujero en el cuello y no va a poder hablar. ¡Bah! No es así, le van a enseñar de nuevo. En vez de hablar con la garganta va a hablar con ese agujero.**  
(ENTREVISTA N° 11)

**...se hizo un montón de tratamientos pero no lo pudieron salvar. Primero le sacaron un pedazo de pulmón y después le dieron muchísimas drogas, pero igual se murió. Ojo, si no se hubiera tratado, el sufrimiento habría sido todavía más grande.**  
(ENTREVISTA N° 13)

Estas representaciones nos permiten conocer sus concepciones sobre la acción de las drogas oncológicas, el papel de la cirugía y la dinámica de procesos como la fonación. También apareció una representación del "alivio", que no fue identificado únicamente con la cura, sino también con la disminución del sufrimiento.

Otra clase de trastornos reconocidos por los conductores fueron los de índole hepática. Siempre los asumieron como propios.

La esposa de uno de nuestros entrevistados nos explicó que:

**...si tiene un ataque al hígado, como tuvo hepatitis virósica, yo llamo a la madre y le pregunto si no es alérgico a la Hepatalgina. (ENTREVISTA N° 6)**

Otros choferes manifestaron que:

**...sufro del hígado, eso me produce muchos dolores de cabeza, pero no tiene nada que ver con el sistema nervioso central. (ENTREVISTA N° 12)**

**Dos por tres me dan ataques al hígado, entonces ando con una somnolencia bárbara y me duele la cabeza. Pero me tomo un Sertal y ando al pelo. (ENTREVISTA N° 14)**

Generalmente denominaron sus afecciones hepáticas refiriéndose al mal estado de su hígado.

La excepción se produjo en el caso correspondiente a la hepatitis. Entendemos que se apeló a una denominación científica porque en estos casos se suele recurrir a la atención médica. Se generó entonces una situación que permitió la apropiación del saber médico. La misma también se evidenció al hacerse referencia a la alergia a ciertos medicamentos como una posible secuela de esta enfermedad.

Al consultar a nuestros entrevistados sobre los motivos de consulta al médico, no consignaron los trastornos hepáticos. De acuerdo con sus afirmaciones, estos problemas fueron detectados y tratados por ellos mismos.

Los síntomas con los que se caracterizaron estas afecciones fueron muy pocos: dolor de cabeza y somnolencia. Es interesante destacar la localización puntual del primero y la inespecificidad del segundo.

Respecto de la causalidad, fue identificada por uno de nuestros entrevistados, quien explicó que:

**¿Cómo no voy a andar con el hígado a la miseria? Lo único que comemos en este**

**laburo es basura: panchos, choripán, fiambre, alfajores... (ENTREVISTA N° 14)**

Aquí se produjo una clara asociación entre los trastornos hepáticos y su trabajo.

Al indagar sobre el papel de los medios masivos de comunicación en la construcción de las representaciones de los choferes sobre el proceso salud-enfermedad, nuestros entrevistados hicieron referencia al SIDA y al cólera. En ambos casos destacaron la importancia de la difusión de información sobre dichos problemas.

**El tema del SIDA es rejodido, y muchas veces en los diarios dicen cualquier cosa.**

**Tendrían que explicar más cosas. Tienen que insistir con que la gente use preservativos, especialmente los jóvenes.**

**Acá la gente se cree que el SIDA es cosa de drogadictos, y no es así. (ENTREVISTA N° 5)**

**Lo del SIDA también es muy importante: si yo me llego a levantar una mina acá en el colectivo, no lo voy a hacer con ella con el cuerito pelado, me pondría un preservativo. Solamente no lo usaría con una mina que conozco desde hace mucho tiempo. (ENTREVISTA N° 9)**

Unicamente se refirió al cólera uno de los choferes, quien afirmaba que:

**En casa seguimos las recomendaciones que dan por el cólera: lavamos bien la verdura y la fruta. Lo único que no hacemos es hervir el agua. (ENTREVISTA N° 9)**

De esta manera, podemos apreciar la importancia que otorgaron los entrevistados a la eficacia de los medios masivos de comunicación en la normatización de los comportamientos referidos a la salud-enfermedad.

Los conductores también se refirieron a los accidentes cerebro-vasculares:

**Además de esas dos veces que anduve enfermo me tomé 15 días para atender a mi vieja cuando se enfermó. En ese momento tuvo una embolia y se murió, antes de eso andaba al pelo. (ENTREVISTA N° 11)**

**Le voy a contar una anécdota, es una cosa muy seria que pasó hace un tiempo: un chofer salió desde Saavedra, y cuando llegó**

a la estación de subte que están haciendo donde termina Cabildo, un pasajero notó que le estaba saliendo sangre de las orejas. (...)

Dicen los médicos que lo que le pasó es muy raro: todos tenemos una venita acá en la cabeza (se señala la parte superior del cráneo). A veces esa vena se puede tapar, pero eso le pasa a la gente mayor de 70 años. No se sabe por qué le pasó esto al muchacho. Ahora se está recuperando. (ENTREVISTA N° 12)

En ambas representaciones se nota la apropiación de conocimiento médico. Esto se advierte en como fue denominado uno de los problemas (trombosis) y en la descripción del trastorno que efectuaron en el segundo testimonio.

Los trastornos cerebro-vasculares fueron concebidos como de aparición repentina. En ningún momento se hizo referencia a un proceso previo ni a alguna causalidad.

Al indagar sobre la evolución de la situación de salud del personal de tráfico, algunos de ellos hicieron referencia a sus enfermedades de la infancia.

Tuve falso Krupp, varicela, hepatitis virósica... No me faltó ninguna enfermedad. (...)

A mí me daba mucho miedo por ella (por la esposa) cuando estaba embarazada, porque como nunca tuvo ninguna enfermedad, ahora se puede agarrar cualquiera. (ENTREVISTA N° 5)

Yo todos los problemas de salud los tuve de chico, antes de entrar en la escuela primaria. En ese tiempo tuve tos convulsa, paperas y anduve mal de la garganta. Después nunca más me volvió a pasar nada. (ENTREVISTA N° 11)

Podemos ver que realizaron un corte en la evolución de su situación de salud. Así, desde la niñez en adelante no se experimentaron problemas.

En ambos casos se trató de individuos que afirmaron no poseer actualmente ninguna enfermedad. Más adelante, profundizando nuestra requisitoria, reconocieron padecer distintos trastornos.

La mayoría de las enfermedades de la infancia identificadas son infecciosas. En el primer testimonio

citado se da a entender que pueden generar inmunidad, no volviendo entonces a repetirse.

Sólo uno de ellos se refirió a la posesión de un alto nivel de colesterol como un problema de salud.

**Yo tendría que cuidarme un poco más con la comida, eso es lo que a mí me mata. ¡Lo que pasa es que es tan lindo morfar! Seguramente tengo el colesterol muy alto. Me haría falta ir al médico para hacerme un chequeo. (ENTREVISTA N° 10)**

Volvemos a advertir la apropiación de ciertos aspectos del conocimiento médico.

Podemos apreciar dicho fenómeno desde el momento en que denomina al problema como "colesterol", que es un término de origen médico.

El conductor relacionó este trastorno con la realización de una dieta inadecuada; coincidiendo entonces a grandes rasgos con la postura médica (que asocia los altos niveles de colesterol con los consumos excesivos de grasas de origen animal y con la tensión nerviosa).

Por otra parte, asumió una posición de subordinación respecto del médico al afirmar que es él quien puede diagnosticar con certeza dicho problema, y que necesita realizarse un chequeo.

También concibió la posibilidad de autoatender dicho problema mediante una modificación de sus hábitos alimenticios (que es lo que plantea también la medicina).

El alto nivel de colesterol no fue relacionado con la ocurrencia de enfermedades cardiovasculares.

Un escaso número de choferes identificó algunos trastornos cardíacos, pero nunca los atribuyó al personal de tráfico.

**Mi esposa falleció por tener la válvula mitral tapada. (ENTREVISTA N° 12)**

**Un médico tiene que actuar muy rápido.**

**Mi papá se murió hace 5 años por un infarto. Si la ambulancia hubiera llegado rápido a la casa yo creo que se habría salvado. (ENTREVISTA N° 13)**

Aunque el problema cardíaco fue concebido como un causal de muerte, en el primer testimonio se lo representó como el resultado de un proceso:

**...hacía 4 días que estaba en el Güemes y había pasado como 20 en la clínica Olmos...  
(ENTREVISTA N° 12)**

En el segundo, se concibió al infarto como un acontecimiento repentino:

**El viejo estaba bien, un día se estaba afeitando y empezó a quejarse de que le dolía el pecho. Alcanzó a llegar hasta la cama y a los 20 minutos se murió. El médico dijo que fue un infarto. (ENTREVISTA N° 13)**

Cabe destacar el uso de las denominaciones médicas para referirse a estos trastornos.

De acuerdo con las representaciones de nuestros entrevistados, las enfermedades cardíacas requieren indefectiblemente atención médica.

Solamente se refirió a la causalidad el segundo de los choferes:

**- ¿Sabe usted por qué le pasó esto a su padre?**

**- Para mí que fue porque había sido muy fumador, además era un hombre muy nervioso.  
(ENTREVISTA N° 13)**

Aunque dichos causales de cardiopatía fueron identificados por la mayoría de ellos, en ningún momento los asociaron con estas enfermedades. Dada la importancia de las mencionadas afecciones, que son un importante causal de mortalidad, y que el 6% de las prestaciones efectuadas en los consultorios externos de la obra social corresponden al servicio de cardiología, podemos afirmar que es posible que esté operando algún tipo de mecanismo de negación que minimice la conciencia del riesgo de contraer enfermedades cardíacas.

Otro trastorno de salud que identificaron es el alcoholismo:

**...hay dos delegados (...) uno es inspector en el Once. Resulta que ese hombre era alcohólico, hasta se separó por eso y todo.**

Al tiempo volvió a formar pareja y la señora lo mandó a Alcohólicos Anónimos.

Cuando se tuvo que ir a renovar el registro no pudo pasar la parte psicológica de ninguna manera. Hicieron una junta médica en el (hospital) Durand pero no hubo caso. Entonces la empresa lo mandó como inspector. (ENTREVISTA N° 12)

Ejilevich Grimaldi (1983) se refiere al alcoholismo explicando que estos casos son tratados en el servicio de psiquiatría de la obra social.

El alcoholismo fue concebido como un problema de salud curable. Debemos mencionar que el mismo conductor lo destacó como un causal de inhabilitación laboral.

El caso de este chofer no solo aportó a nuestro entrevistado elementos para la construcción de su representación sobre el alcoholismo, sino que también le sirvió para conocer la dinámica del funcionamiento del proceso de control psicofísico.

#### **VIII.2. Las representaciones corporales del personal de conducción**

El saber sobre el proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP no se agota en el conjunto de representaciones de los problemas de salud que identificaron. Es fundamental tratar también las representaciones corporales.

Nos interesa referirnos a ellas porque el proceso salud-enfermedad se manifiesta, concretamente, en el cuerpo de las personas (sin dejar por esto a un lado la consideración de su carácter sociohistórico). Entonces, sus concepciones sobre éste intervendrán en la construcción del saber sobre el proceso salud-enfermedad.

Las situaciones de salud-enfermedad aportarán elementos para la elaboración de las representaciones del cuerpo.

Las representaciones corporales tienen una posición relevante en la identificación y atribución de significado de las sensaciones, sean mórbidas o no.

El cuerpo humano, al igual que el proceso salud-enfermedad, es social. Siguiendo a Bourdieu (1986), podemos decir que esto se relaciona con aspectos como las

condiciones de trabajo y los hábitos de consumo. Por eso, hasta cierto punto, las características físicas (estatura, peso, etc.) tienen una distribución diferencial entre las clases sociales.

Las representaciones corporales también se diferencian de acuerdo a la clase social. Bourdieu sostiene que "Las propiedades corporales en tanto que productos sociales, son aprehendidas a través de categorías de percepción y sistemas sociales de clasificación..." (Bourdieu, 1986:185). La tradición gremial, las experiencias con médicos y otros curadores y todas las relacionadas con la salud-enfermedad podrán aportar elementos para la construcción de las representaciones del cuerpo.

En nuestra sociedad, las taxonomías y sistemas de percepción corporales valorados positivamente por la medicina son de origen científico. Mediante el trabajo de campo constatamos que los choferes se apropiaron de una serie de categorías médicas, que emplean en la reflexión y atención del proceso salud-enfermedad.

Según Boltanski (1975), para conocer y emplear las taxonomías científicas es necesario un aprendizaje, que se realiza a través de la progresiva familiarización con ellas. La misma se logra con la frecuentación del médico y la lectura de artículos y obras de divulgación.

Según las representaciones de nuestros informantes, también son importantes la radio y la TV. Un dirigente gremial explicaba que las publicaciones gremiales tienen una baja llegada entre los choferes. Es por eso que la UTA produjo programas radiales (y en una ocasión también una película) sobre las características de su proceso de trabajo. Los mismos tuvieron (a su entender) una repercusión muy favorable.

Lo primero que debemos destacar sobre las representaciones corporales de los choferes, es que su discurso sobre el cuerpo emplea principalmente una terminología de origen médico. Podemos notarlo, por ejemplo, cuando se refieren a las enfermedades de

localización puntual, que generalmente son denominadas con el nombre del órgano afectado.

...el único problema que tengo es el estómago. (ENTREVISTA N° 5)

...hay choferes que sufren de la columna. (ENTREVISTA N° 11)

A mí me da miedo que cuando llegue a viejo también me falle el corazón. (ENTREVISTA N° 13)

También advertimos que cuando por deficiencias en su capital taxonómico no pudieron referirse a una determinada parte de su cuerpo, se limitaron a señalarla:

Para la vista, además de hacerme ver las letritas usaron también un aparato. Era una media pelota que tenía unos anteojos y un fierro donde tenías que apoyar esto (se señala el mentón), entonces no podías mover la cabeza. (ENTREVISTA N° 5)

A medida que trabajan, ellos (los masajistas) te van explicando que es lo que están haciendo. ¿Un ejemplo? Ellos te van masajeando la espalda y dicen que tenés todo como nudos por acá (se señala toda la región comprendida entre ambos hombros). Con los masajes también te los sacan, y vos por un tiempo quedás más relajado. (ENTREVISTA N° 10)

El hijo de un compañero estaba andando en bicicleta y se cayó. La cosa es que se cortó todo acá (se señala la cara externa del muslo derecho) y lo tuvieron que coser y darle la antitetánica. (ENTREVISTA N° 15)

Los conductores tienen una concepción mecanicista del cuerpo, ya que las enfermedades con una localización puntual son concebidas como fallas de sus partes (11).

No se refirieron al cuerpo como una unidad, sino que siempre reflexionaron sobre él a partir de sus partes. De todos modos, así como se relacionaron entre sí a los problemas de salud, ocurrió lo mismo con los conceptos sobre el cuerpo.

---

(11) Como ya lo expresamos, esto no quita que los choferes relacionen entre sí sus distintos problemas de salud.

Apropiándose del saber médico, también construyeron representaciones del cuerpo en funcionamiento. Las mismas coincidieron a grandes rasgos con los aparatos o sistemas corporales definidos por la medicina.

Al referirse a las causas de un cólico renal, un chofer dio a conocer su representación del sistema urinario:

- ¿Podría explicarme cuales fueron las causas de su cólico?

- Es que a veces no funciona bien el filtro del riñón. Cuando me vio el gastroenterólogo me dijo que mi problema era que estaba tomando poca agua o que el cuerpo me pedía poco líquido. Entonces, la arenilla que se va formando en el riñón no pude pasar por el filtro y se forma una piedrita. El cuerpo trata de despedirla, a veces baja hasta los testículos y listo. Si no pasa así, entonces es un sufrimiento terrible. (ENTREVISTA N° 12)

Aquí se revela una concepción ordenada y lineal del funcionamiento de este aparato, en la que a un determinado acontecimiento corresponde una consecuencia.

Asimismo, se evidencia una explicación causalista del cólico renal, ya que aunque considera una de sus causas centrales (la escasa ingesta de líquidos), no repara en sus motivos.

El informante describió la dinámica del sistema urinario en los mismos términos en que podría haberlo hecho con el desperfecto de una máquina.

Otro de nuestros entrevistados, partiendo de la explicación médica, describía en los siguientes términos su sistema osteoarticular:

Una vez fui a ver a un médico que me colgaba de acá (se señala el mentón). Me ponía una correa y me colgaba. Decía que mi columna estaba así (indica a través de señas que estaba curvada), y que colgándome la enderezaba. Cuando lo hacía me sonaban todos los huesos. Eso me calmaba, pero al poco tiempo me empezaba a doler de nuevo.

Muchas veces me hice hacer masajes, eso me alivia mucho, pero solamente por un rato. No te das una idea de como me suenan

**los huesos, que están todos desacomodados.  
(ENTREVISTA N° 9)**

La descripción de las causas de la lumbalgia vuelve a mostrar una concepción mecanicista del cuerpo. Más precisamente, del sistema osteoarticular. Se atribuye el problema a un "desajuste" de las partes (al igual que podría suceder con las piezas de una máquina).

El aparato respiratorio fue también objeto de representación por parte del personal de conducción:

- Mis compañeros le preguntaron a ese muchacho que era lo que le pasaba. El médico le había explicado que los pulmones son algo así como dos esponjas. ¿Vos tocaste alguna vez un pedazo de bofe?

- Sí.

- Bueno, vas a ver que es muy blandito y liviano.

La persona que fuma, además de mandar aire a los pulmones manda el humo. Esa porquería va tapando los agujeritos del pulmón y lo pone todo duro. Entonces llega un momento en que no sirve para nada y se empieza a pudrir. (ENTREVISTA N° 13)

Aquí se destaca también la apropiación del conocimiento médico, básicamente en lo que respecta a la conformación del pulmón. De todos modos, el informante recurrió a la comparación (con el pulmón vacuno) para validar la explicación médica.

La representación del cáncer de pulmón (al igual que cuando nos referimos al cólico renal y a la lumbalgia) está asociada a una concepción mecanicista del cuerpo. El cáncer es concebido como el resultado de una obstrucción en los pulmones.

Las representaciones mecanicistas se contradicen con una visión integradora de la realidad. Así, se limitan las posturas críticas.

El proceso de trabajo del personal de conducción del ATUP se ejecuta de una manera mecánica (ya analizamos sus puntos de contacto con el maquinismo). En el caso de los choferes, podemos afirmar que a la modalidad de trabajo mecanizada se corresponde una concepción del cuerpo mecanicista. Así, uno de ellos explicaba que:

Cuando el pasajero sube y me pide uno de 40 se cree que lo único que yo estoy haciendo es escucharlo y darle el boleto a él. Pero estoy haciendo un montón de cosas juntas. La máquina del cuerpo coordina todas las cosas. (ENTREVISTA N° 12)

El saber diferencial es uno de los aspectos definitorios de la relación entre médicos y pacientes. Nuestros informantes reconocieron que las limitaciones en su taxonomía del cuerpo pueden dificultar la comunicación con el médico.

...cuando a mí me duele algo, yo le repito todo al médico un montón de veces hasta que me entiende.

Si yo voy porque me duele acá (se señala una parte de la mano), le explico al médico y él me dice: "Ah, a usted le duele acá" (indicando una parte de la mano que está al lado de la que anteriormente había señalado).

Yo soy muy bruto, pero me va a entender. Le agarro la mano y le digo: "Acá doctor" (poniéndole la mano donde decía tener dolor). A mí me va a entender sí o sí. (ENTREVISTA N° 5)

- ...cuando lo veo (al médico) quiero saber por qué tengo el problema. Entonces le pregunto: "¿Doctor, por qué me pasa esto? ¿Qué tengo?"

- ¿Usted lo comprende?

- A veces no. Viene y te dice: "Usted tiene inflamado el chi chi chi". Yo no le entiendo nada, y entonces le pido que me lo explique de otra manera. Ahí se da cuenta y me dice... ¿Un ejemplo?: "Lo que pasa es que a usted un nervio le está rozando con un hueso". (ENTREVISTA N° 9)

Los inconvenientes pueden surgir en el momento de explicar cual es la región afectada o en la descripción de la sintomatología. El hecho de que el mismo paciente reconozca como válida la taxonomía médica, y también la emplee (12), posibilita la existencia de un fondo de

---

(12) Entendemos que esto se logra básicamente a través del proceso de imposición-aceptación del conocimiento médico, al que ya nos referimos en II.2. "El proceso salud-enfermedad".

conocimiento "común". Este minimiza la posibilidad de conflictos entre médicos y pacientes, y hace más probable la aceptación de las explicaciones médicas.

Otro aspecto a tratar aquí son sus modalidades para caracterizar la sintomatología de los problemas de salud que reconocen. Nuestros informantes no se limitaron a la identificación de órganos, también hicieron referencia a las sensaciones mórbidas que percibieron:

**Cuando empecé a trabajar en el colectivo se me ponía duro (el estómago) y me dolía mucho. (ENTREVISTA N° 5)**

**Yo tengo el coche los fines de semana. A veces lo uso para ir a pasear. Una vez, yendo a Luján, estaba con el ventilete abierto y de repente sentí un golpe fuerte en el ojo: me había entrado un bicho y me lo picó.**

**En ese momento no le di importancia, pero al rato se me empezó a hinchar y se me puso así (hace señas indicando que estaba extremadamente inflamado). Entonces fui al médico de la obra social, me dio una inyección y me dijo que no fuera a trabajar por un día. Después me puse bien. (ENTREVISTA N° 11)**

**Es como yo le había explicado: cuando una muela está picada, primero a uno le duele nada más que ahí. Si no la hace arreglar enseguida, el dolor puede llegar hasta la cabeza y el oído. (ENTREVISTA N° 14)**

El conjunto de las entrevistas nos revela la variedad de sensaciones mórbidas identificadas por el personal de tráfico: dolores (que como ya explicamos, son clasificados en función de su intensidad), inflamaciones, espasmos, ardor, cansancio, decaimiento, inapetencia, etc. Pudimos también notar que no siempre fueron denominadas con términos médicos.

En el repertorio de mensajes corporales, nunca se hizo referencia a sensaciones de bienestar. Podemos entender que la valoración de las sensaciones es selectiva y está condicionada; porque fundamentalmente fueron reconocidas las que marcaron una ruptura con los parámetros de "normalidad" (que son construcciones sociales). ¿Qué sucede entonces con las restantes sensaciones? Podemos

suponer que se naturalizan. Esto se relaciona con que nuestros informantes se definieron a sí mismos como sanos. La habitualidad de esta situación permite su naturalización, adquiriendo relevancia las que marcan un cambio.

La mayoría de las descripciones de las enfermedades reconocidas por los conductores coincidieron a grandes rasgos con la medicina científica. Esto contribuye a demostrar la posición hegemónica del saber médico.

Boltanski (1975) explica que las sensaciones mórbidas constituyen mensajes corporales, y que la capacidad para referirse a ellas verbalmente es directamente proporcional a la clase social. Esto se debe a que su percepción e identificación requiere de un acto de interpretación, que para poder llevarse a cabo demanda un proceso de aprendizaje (implícito o conciente).

También sostiene que la construcción de las respuestas a las mismas está regida por pautas de origen social. De ahí que frecuentemente los conductores, a pesar de percibir un determinado síntoma, demoren la asistencia al médico o incurran en actos de indisciplina terapéutica. En parte esto se debe (entre otras razones) a la valoración positiva de la actitud de "bancársela" como signo de hombría y en la necesidad de no incurrir en inasistencias laborales.

Para indagar sobre la percepción de procesos de daño y desgaste en general, en todas las entrevistas efectuamos la siguiente pregunta: "¿Cómo se comporta su cuerpo ante el trabajo que usted realiza?". Generalmente nuestros entrevistados manifestaron que aunque su cuerpo no experimentó cambios significativos, estimaban que podrían haberlos en el futuro.

**...ahora van a modificarse mucho las cosas, no vamos a cortar más boletos porque van a poner las máquinas. Esto se va a hacer seguro (...) Hasta ahora no se había modificado nunca nada, entonces te iba a ir cada vez peor. Dentro de muy poco tiempo vamos a tener las máquinas instaladas y va a ser otra cosa. (ENTREVISTA N° 8)**

- ...hasta este momento mi cuerpo responde bastante bien.

- ¿Que pasaría en los próximos años si sigue trabajando como chofer?

- La verdad que no tengo ni idea, este es un trabajo muy jorobado. A lo mejor se me vuelve a repetir la úlcera o tengo alguna otra cosa. (ENTREVISTA N° 15)

Quienes se manifestaron en este sentido, reconocieron estar padeciendo una o más enfermedades relacionadas con su empleo. Se repite entonces lo que había sucedido cuando les preguntamos si se consideraban sanos y respondieron que sí.

Podríamos pensar que es posible que en este caso esté operando un mecanismo de negación para evitar reconocer los riesgos para la salud que implica el ejercicio de las tareas de conducción. Así se controla la ansiedad respecto de su trabajo (13).

"Negando" (o minimizando) el riesgo laboral se "diluye" el antagonismo con la patronal; que surge con mayor fuerza cuando (en determinadas situaciones, por ejemplo, un conflicto gremial) reflexionan sobre la patogenicidad de su proceso de trabajo.

Al "negar" el riesgo, se evita el cuestionamiento del sistema de trabajo, y esto es funcional para las empresas.

### **VIII.3. Las representaciones del personal de tráfico sobre los Modelos Médicos**

Como explicamos en II.2.1. "Los Modelos Médicos", Menéndez (1978, 1986, 1990) reconoce tres modelos básicos referidos a los saberes y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad: el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención.

Ellos no son entidades con existencia concreta. Se trata de construcciones hipotéticas que sirven para analizar la realidad. Entonces, si se los considera

---

(13) Nos referimos en detalle a la ansiedad en VIII.1. "Los problemas de salud identificados por el personal de tráfico".

aisladamente de ella, quedan reducidos a agrupamientos de abstracciones.

La construcción de las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad está relacionada con la experiencia de los sujetos. Por eso es fundamental referirnos a la relevancia de las categorías de los distintos MM en el discurso sobre la salud-enfermedad del personal de conducción.

La medicina científica es la fuente más importante de conceptos entre los choferes para la construcción de sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad. Pudimos advertirlo al referirnos a los problemas de salud identificados, a las modalidades de atención y a las representaciones corporales.

La apropiación del conocimiento médico se evidenció fundamentalmente en el plano de las taxonomías utilizadas por nuestros informantes. Tanto en lo que respecta al discurso sobre el cuerpo como en la identificación de las enfermedades se empleó (de una manera casi excluyente) una terminología de origen médico (14).

Las prácticas de la medicina científica son susceptibles de apropiación y de suministrar elementos para la construcción de las representaciones sobre el proceso salud-enfermedad. Por ejemplo, a través del seguimiento de los tratamientos médicos se va construyendo un conocimiento sobre la acción de los medicamentos, la interpretación de las sensaciones mórbidas y el desarrollo de las enfermedades (entre otros aspectos). Dicho saber puede emplearse en el futuro en su autoatención.

**Hay veces que llego a casa con un ardor en el estómago, entonces me tomo ese jarabe (que anteriormente le había prescrito un médico) y se me pasa. (ENTREVISTA N° 14)**

Las principales razones que manifestaron nuestros entrevistados para recurrir a la medicina fueron la

---

(14) A lo largo de todo este trabajo fuimos citando distintos pasajes de las entrevistas realizadas para ejemplificar nuestras afirmaciones. Consideramos que en este caso sería redundante, porque lo hicimos repetidamente en los subparágrafos anteriores.

superación del umbral de dolor (situación a la que comúnmente se llegó por la postergación de la consulta médica) y la imposibilidad para diagnosticar y/o atender exitosamente por sí mismos las enfermedades (15).

Estos argumentos no son mutuamente excluyentes, sino que pueden asociarse.

- ¿En qué momento decidís ir al médico?

- Cuando ya no doy más y me estoy muriendo, entonces voy. (ENTREVISTA N° 5)

Yo tenía una muela podrida, (la odontóloga) me la tuvo que sacar porque no tenía arreglo. (ENTREVISTA N° 11)

- ¿Cuando fue a ver al médico por la úlcera?

- Yo trataba de aguantármelas, pensaba que a lo mejor se me iba a pasar tomando leche. Pero llegó un momento en que el dolor se hizo tan fuerte que no me quedó otra que ir. (ENTREVISTA N° 14)

La visita al médico generalmente fue concebida como un último recurso. En la mayoría de los casos esta decisión se tomó cuando la autoatención no resultó eficaz, o cuando se juzgó que así se podían minimizar las inasistencias al trabajo (es decir, que la eficacia pragmática de la medicina fue valorada positivamente).

Esto se relaciona con el tiempo y el dinero que insumen las consultas médicas.

La concurrencia al consultorio médico no trae como consecuencia necesaria el estricto cumplimiento de sus prescripciones. Frecuentemente los conductores abandonan los tratamientos; esto fue reconocido por ellos y por los integrantes de la obra social.

**Cada vez es más común que los choferes dejen los tratamientos. Esto tiene que ver con el hecho de que no quieren hacerse**

---

(15) Aquí se pone a prueba la capacidad del chofer y de su entorno más cercano para descifrar los mensajes corporales y emplear sus representaciones sobre la salud-enfermedad. Es en este momento cuando se manifiesta la capacidad de las representaciones para servir de guía de las conductas de los sujetos.

cargo de los descuentos por obra social que después les llegan en los recibos de sueldo.

También tiene que ver con los premios: los choferes tratan de hacer todo lo posible para no perderlos. Si hay que faltar al trabajo, la cuestión es volver a reintegrarse lo más pronto posible. (ENTREVISTA N° 3)

Debemos referirnos a las representaciones del personal de tráfico sobre el médico, ya que también pertenecen al terreno de la salud-enfermedad.

El médico se constituye en la cara visible de la medicina, y es el principal agente de difusión de su conocimiento. Por otra parte, él mismo es un objeto de representación

Nuestros entrevistados distinguieron claramente a los médicos controladores de entre todos los demás (particulares, de la obra social o de la salud pública). Esto se relaciona con que no fueron reconocidos como curadores (16).

- ¿Qué hacen los visitantes?

- Te revisan así nomás. Lo que pasa es que no son médicos.

- ¿No son médicos?

- No. Casi no te miran y no te recetan nada. Ponele que vos te golpeaste una mano (...) El visitador te da un día y no te dice lo que tenés que hacer. (ENTREVISTA N° 5)

Yo nunca tuve problemas, pero algunos de los chicos los tuvieron con los médicos de la empresa. Son médicos muy malos, practicantes. Te dicen cualquier cosa para que vayas a trabajar enseguida. (ENTREVISTA N° 7)

El médico de la empresa no hace nada. Una vez yo falté porque estaba engripado. Resulta que vino a cualquier hora, me preguntó que me pasaba y me miró la garganta. Después me dijo que al otro día fuera a trabajar y que cualquier cosa viera

---

(16) Ya nos referimos detalladamente en VIII.3. a las funciones y a las modalidades de trabajo de los médicos contratados por las empresas de medicina laboral

**al médico de la obra social. Lo que pasa es que vino para ver que yo no faltaba porque sí. (ENTREVISTA N° 15)**

El médico controlador aparece como un defensor de los intereses de la empresa, ya que la misma pone en duda el rol de enfermo del propio chofer hasta que no es legitimado por el reconocimiento médico (de ahí que sean frecuentes comentarios tales como "yo no soy de faltar por una boludez" o "yo no soy de faltar porque sí").

Las representaciones sobre los médicos controladores contribuyeron a mostrar que el personal de tráfico valora positivamente la eficacia pragmática de la medicina (17). Es por eso que se puso en duda la condición de profesional del médico laboral, y se recalcó que no auscultan al paciente ni prescriben tratamientos de ningún tipo.

Nuestros informantes manifestaron recurrir en la mayoría de los casos a los médicos de la obra social, en menor medida a los del sector privado y esporádicamente a los de la salud pública.

Es básicamente a través de la consulta médica que el chofer irá entrando en contacto con las distintas categorías del saber de la medicina científica y, luego de seleccionarlas y apropiárselas, podrá emplearlas en la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad.

Esto nos llevó a indagar, desde la perspectiva de los choferes, sobre las características más importantes de su comunicación con los médicos.

Las valoraciones negativas respecto de ellos ocuparon un lugar marginal en el conjunto de las entrevistas. Ninguno de los hechos que llevaron a los choferes a formular tales opiniones los tuvieron como protagonistas directos. Se trató de sucesos en los que la acción de la medicina no logró evitar la muerte de una persona. El médico pasó a ser objeto de un juicio negativo en el momento en que su eficacia fue puesta en duda.

---

(17) Aquí se manifiesta el carácter hegemónico de la medicina científica en nuestra sociedad, que es impuesta y a la vez aceptada por los conjuntos sociales.

Mi mamá también murió por no haber sido bien atendida por los médicos. No la cuidaron como era necesario. (ENTREVISTA N° 12)

- ¿Está usted satisfecho con las experiencias que tuvo con los médicos?

- Más o menos, lo de mi padre me dejó muy mal. Yo no se que pasó con los médicos que se demoraron tanto en llegar. Si se hubieran apurado, no habría muerto. (ENTREVISTA N° 13)

Estos hechos puntuales no llevaron a los informantes a opinar negativamente sobre la medicina en general.

Podemos advertir así cómo un suceso puede llegar a ser el principal determinante de una representación (a su vez las representaciones orientan las conductas de las personas).

Todos los conductores manifestaron sentirse cómodos al dialogar con el médico durante la consulta.

Afirmaron que, salvo excepciones, los médicos únicamente les hicieron preguntas sobre los síntomas del problema que los llevó a verlos. Entendemos que aspectos como el trabajo que desempeñan no son indagados por los profesionales principalmente por la negativa de la medicina a reconocer el carácter social del proceso salud-enfermedad. También debemos considerar que, en la mayoría de los casos, los médicos con los que tienen contacto son los de las empresas de medicina laboral y los de las clínicas de la obra social (que ya conocen la problemática de los conductores).

Cuando indagamos sobre la manera en que los médicos formulan las preguntas, la respuesta siempre fue la misma: lo hacen de una manera comprensible. Por otra parte, indicaron no tener inconvenientes para hacerse entender por él médico para explicarle sus problemas.

En cuanto a las preguntas que le formulan al médico, todas se relacionaron con la causalidad de sus problemas de salud. Generalmente no manifestaron interés en conocer las razones de los tratamientos prescritos.

La respuesta del médico fue generalmente mecanicista; por ejemplo: trastornos osteomusculares por los problemas posturales, úlceras por la tensión nerviosa, etc. Así, comúnmente, asociaron las afecciones a aspectos puntuales del ejercicio de las tareas de conducción, no formulando críticas sobre el sistema de trabajo.

Aunque la mayoría manifestó comprender las explicaciones de los médicos, hubo casos en que no fue así. Esto se debió principalmente a las limitaciones en las taxonomías de los conductores (18). Aquí apareció claramente la asimetría entre médico y paciente.

También manifestaron su satisfacción con las explicaciones médicas; mostrando la legitimidad que tiene esta disciplina para ellos. Creemos que podemos relacionarla con la aceptación (y apropiación) por parte del personal de tráfico de las categorías del MMH, que son empleadas en la construcción de sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad.

La principal demanda de los choferes hacia la medicina científica es la de eficacia en la cura y/o alivio de sus problemas.

Básicamente, los conductores reclaman soluciones rápidas para minimizar las inasistencias laborales (que implican un recorte sobre sus ingresos).

La legitimidad del conocimiento médico entre el personal de tráfico lo hace susceptible de apropiación para la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad (19).

La autoatención está altamente generalizada entre los choferes. Por su intermedio pueden diagnosticar y atender sus problemas de salud por sí mismos, o con la ayuda de sus familiares y/o distintos grupos comunitarios.

---

(18) Ya nos referimos a esto cuando tratamos el tema de las representaciones corporales y de los problemas de salud identificados por el personal de tráfico.

(19) Los motivos por los que el conocimiento médico es percibido como legítimo están relacionados con su carácter hegemónico. El problema de la hegemonía de la medicina científica fue tratado en II.2. "El proceso salud-enfermedad"

En la mayoría de los casos constituyó la primera instancia de diagnóstico y atención de los problemas de salud, o bien la continuación de tratamientos médicos que fueron interrumpidos.

Así, se intenta dar curso a la principal demanda del personal de tráfico respecto de la salud-enfermedad: que las acciones terapéuticas se lleven a cabo rápidamente para minimizar la inasistencia laboral (20).

Estas acciones (llevadas adelante con la prescindencia del médico, y de cualquier otro individuo que se atribuya el rol de curador) tienen como objetivo lograr la cura o el alivio de la enfermedad.

Generalmente se procuró la cura por medio de la autoatención cuando las afecciones no fueron concebidas como graves (21).

Por ejemplo, podemos consignar los estados gripales y afecciones en las vías respiratorias como el catarro y la tos. Todos los entrevistados manifestaron recurrir casi siempre a la autoatención al diagnosticar alguno de estos problemas.

En cuanto al alivio, nuestros informantes trataron de obtenerlo para aplazar o evitar la consulta médica y también cuando la enfermedad fue reconocida como incurable (por ellos, o algunas veces, tampoco por la medicina), pero no genera una incapacidad permanente.

**Los médicos me explicaron que esto (su lumbalgia) puede ser que se alivie, pero que nunca se va a curar. Tienen razón...  
(ENTREVISTA N° 9)**

El mismo entrevistado se refirió así a la forma en que atiende este problema:

**Me quedo en la cama. Cuando estoy mal de la cintura lo que necesito es reposo. (...) Cuando me duele, pero no es algo muy fuerte, tomo algunas pastillas. Cuando no doy más del dolor, entonces tengo unas**

---

(20) En segundo plano, la autoatención permite a los choferes reducir sus gastos en salud.

(21) En esta oportunidad tampoco citaremos testimonios, porque ya lo hicimos al tratar en detalle las enfermedades identificadas por los conductores.

**inyecciones que son bárbaras: te cortan el dolor en seco. (ENTREVISTA N° 9)**

Respecto de los trastornos del sistema osteoarticular, otro de los choferes explicaba que:

**...cuando me duele mucho la espalda o las piernas, me tomo un calmante que me había dado el médico. Con eso más o menos se me pasa. (ENTREVISTA N° 13)**

Comportamientos en el mismo sentido fueron reconocidos ante problemas entre los que se destacaron los gástricos, odontológicos, urinarios, hepáticos y la hipertensión arterial.

La mayoría de las categorías del saber médico apropiadas por los conductores son empleadas en la autoatención. Para afirmarlo nos basamos en la consideración de una de sus manifestaciones más conocidas: la automedicación (que todos los choferes manifestaron haber practicado en alguna oportunidad). La misma implica un conocimiento sobre la acción de los medicamentos, y también capacidad para interpretar las sensaciones mórbidas mediante categorías médicas (para escoger los medicamentos a emplear).

Casi todos los entrevistados informaron no recurrir a las prácticas tradicionales para atender sus problemas de salud.

Asimismo, sostuvieron que el único individuo que puede obrar como curador es el médico.

**- ¿Para vos hay alguna otra persona, además del médico, que pueda curar o tratar alguna enfermedad?**

**- ¿Vos decís un curandero?**

**- Un curandero o lo que sea.**

**- Para mí no, el único es el médico. (ENTREVISTA N° 5)**

**- ¿Nunca atendiste tus enfermedades consultando a otra persona que no sea un médico?**

**- No, nunca. (ENTREVISTA N° 7)**

- ¿Hay alguna otra persona además del médico que sea capaz de tratar las enfermedades?

- No, yo no creo en el agua bendita ni en ninguna de esas cosas. (ENTREVISTA N° 12)

A mí no se me ocurriría ir a un curandero, esos tipos son unos aprovechados. (ENTREVISTA N° 14)

Los conductores mencionaron como motivo para recurrir a la medicina tradicional la falta de eficacia de la medicina científica para tratar exitosamente determinados problemas de salud.

- ¿Además del médico existe alguna otra persona que esté capacitada para tratar las enfermedades?

- ¿Vos decís algo así como un curandero?

- Un curandero o lo que sea.

- Sí, porque hay enfermedades que no curan los médicos. Puede ser el mal de ojo y la culebrilla. (ENTREVISTA N° 9)

Hay un compañero nuestro, el tano, que es un muchacho jovencito. Trabaja como chofer hace más o menos seis años. Resulta que hace un tiempo que anda con un dolor de cabeza muy grande. Fue a ver a un montón de médicos y se hizo muchos estudios. No le apreció nada, pero el se siente muy mal. Así que parece que ahora va a ir a un curandero. (ENTREVISTA N° 11)

Únicamente un chofer manifestó haber recurrido a la medicina tradicional. En su caso fue también por la falta de eficacia de la medicina científica para la cura de la lumbalgia. Por eso decidió recurrir a un huesero, a quien definió en los siguientes términos:

Un huesero es algo así como un curandero. El no aprendió en una Facultad ni en ningún colegio, son cosas que se las van contando y que aprenden también practicando.

Lo que hace el huesero es ir acomodándote los huesos ¿Un ejemplo? Después de jugar a la pelota te duele un montón un hombro, vos vas al huesero y él te va a decir que lo que te pasa es que te o sacaste de lugar. El te lo va a acomodar, cuando lo hace seguramente va a hacer un

**ruido muy fuerte. Después te vas a sentir mucho mejor. (ENTREVISTA N° 10)**

Luego de habernos referido a las representaciones del personal de tráfico sobre los MM, podemos afirmar que tales modelos no son excluyentes. En su discurso hallamos categorías correspondientes a todos ellos.

Podemos ordenarlos jerárquicamente de acuerdo con su importancia. Así, se ubicaría en primer lugar el Modelo Médico Hegemónico, luego el de Autoatención y finalmente el Modelo Médico Alternativo Subordinado.

Su coexistencia demuestra que, si bien el MMH tiene una posición dominante, ésta no es absoluta (22).

#### **VIII.4. Las definiciones del personal de tráfico sobre la salud y la enfermedad**

Además de analizar las representaciones sobre la salud-enfermedad de los choferes del ATUP a través de sus manifestaciones concretas; también es necesario abordarlas desde la conceptualización de la "salud" y la "enfermedad" en tanto abstracciones.

Para cumplir con ésto, en el tramo final de las entrevistas fuimos indagando a los conductores sobre qué entendían por salud y por enfermedad.

Comparando las distintas definiciones del término "salud", advertimos que todos nuestros informantes manifestaron que quiere decir "sentirse bien".

**La salud es estar bien. Es cuando te sentís bien y no te duele nada. (ENTREVISTA N° 6)**

**Vos estás sano cuando te sentís bien, cuando no te duele nada. (ENTREVISTA N° 8)**

**...la salud es sentirse bien, es cuidarse. (ENTREVISTA N° 10)**

**¿La salud? Para mí es sentirse bien. Poder estar bien, no tener drama para ir a trabajar. (ENTREVISTA N° 11)**

**La salud es muy importante para que la persona en su interior esté bien. De esta manera puede disfrutar en su casa con la familia. (ENTREVISTA N° 12)**

---

(22) Este tema fue tratado en detalle en II.2. "El proceso salud-enfermedad"

Para mí que la salud es estar bien, sentirse bien para poder ir a trabajar contento y sin que a uno le duela nada. (ENTREVISTA N° 13)

- Está sana la persona que se siente bien.

- ¿Qué es "sentirse bien"?

- Cuando uno no está dolorido y no siente ningún malestar. (ENTREVISTA N° 14)

La salud es sentirse bien para poder hacer lo que uno quiera. (ENTREVISTA N° 15)

La expresión "sentirse bien" posee distintos significados. El más recurrente fue el referido a la capacidad de poder asistir al trabajo.

Se ratificó entonces lo que habíamos planteado en VIII.1.: que el personal de tráfico tiene una representación de la salud relacionada con el ejercicio del trabajo.

Una definición de la salud construida tomando como eje la capacidad laboral, puede emplearse con una flexibilidad tal que le permite calificar como "sanos" diversos hechos y procesos vinculados con las relaciones sociales en las que participa el individuo. Entonces, por su intermedio se puede demorar el reconocimiento de la enfermedad. Esto es funcional para el chofer, porque posibilita mantener dentro de ciertos límites la ansiedad referida a los "riesgos" específicos de las tareas de conducción sobre la salud-enfermedad.

También se asoció la idea de "sentirse bien" con la ausencia de dolor. Esto nos permite advertir que la salud y la enfermedad fueron concebidas como instancias escindidas y no como un continuo.

La valoración de la ausencia de dolor como un indicador de salud permite restarle importancia a los procesos de desgaste, que no necesariamente se caracterizan por dicha sensación.

El "sentirse bien" también fue conceptualizado como la posesión de un buen estado de ánimo. Así, la definición de salud trascendió el plano de lo físico

Varios de nuestros entrevistados concibieron también la salud como genéticamente determinada:

**Yo creo que la salud es también una cosa de nacimiento: hay gente que nace sana y no tiene tanta tendencia a enfermarse. (ENTREVISTA N° 10)**

**Yo creo que esas cosas un poco se heredan. ¿No? Mi vieja era una mujer muy sana, ella anduvo al pelo hasta 15 días antes de morir, mi viejo no. Yo salí a ella, por eso ando tan bien. (ENTREVISTA N° 11)**

**La salud es algo con lo que se nace. En mi familia somos todos sanos, es por eso que yo no tengo problemas. (ENTREVISTA N° 15)**

Una representación de la salud en tal sentido ayuda a minimizar el cuestionamiento por parte de los choferes respecto de las relaciones sociales de producción de las que son partícipes.

Dicha explicación muestra también un punto de contacto con la medicina científica, ya que ambas privilegian la dimensión biológica, relegando a un segundo plano lo social.

Los choferes que recurrieron a esta explicación biológica, destacaron que son en parte responsables de su propia situación de salud:

**La salud es sentirse bien, es cuidarse (...) con la comida, con los nervios, con el cigarrillo. Estas cosas son muy importantes para la salud, y si uno las hace, va a estar mejor. (ENTREVISTA N° 10)**

**Si vos hacés una vida sana: no comés porquerías, no fumás y tratás de no estar todo el tiempo nervioso, entonces vas a poder andar bien. Uno tiene que tratar de cuidarse. (ENTREVISTA N° 15)**

Así, relacionaron al estilo de vida con sus condiciones de salud. Pero al reflexionar sobre la salud no se refirieron a la responsabilidad empresaria respecto de ella (aunque es este sector el que organiza y ejerce el control sobre su proceso de trabajo). De todos modos, sí lo hicieron en otros momentos de las entrevistas.

En cuanto al término "enfermedad", los choferes se refirieron al mismo con mayor precisión que al de "salud".

Construyeron una representación de la enfermedad como una imagen invertida de la de salud. Es decir, las concibieron como polos opuestos.

Las definiciones que elaboraron fueron las siguientes:

Uno está enfermo cuando le duele algo, se siente mal y entonces hay cosas que no puede hacer. (ENTREVISTA N° 6)

- ¿Qué es para vos la enfermedad?

- ...cuando una persona está enferma, no se siente bien. Y entonces no puede ir a trabajar. Te sentís mal, te duele algo. (ENTREVISTA N° 8)

Para mí (la persona) no se tiene que sentir nada bien. Que se yo... Si tiene nada más que un catarro no es que esté enferma, a lo sumo podemos decir que está molesta. Si estás enfermo, no vas a venir a trabajar. (ENTREVISTA N° 10)

Estar enfermo es no sentirse bien. Uno está enfermo si anda dolorido, si sufre (...) Una persona enferma está débil, y entonces no puede ir a trabajar. También tiene el ánimo por el piso. (ENTREVISTA N° 11)

Yo nunca tuve nada grave. Ojalá pueda vivir mi vida sin ningún tipo de dolores ni de enfermedad.

Con eso no serviría. No se como voy a reaccionar ante la adversidad. Lo más que estuve enfermo fueron 15 días, no me puedo imaginar lo que puede ser una enfermedad larga. (ENTREVISTA N° 12)

¿Qué es la enfermedad? Cuando una persona está dolorida y sufre. Si estás enfermo, no podés ir a trabajar. (ENTREVISTA N° 13)

La enfermedad es cuando por un problema de salud uno no anda bien, está dolorido y se siente molesto. Entonces no se puede estar contento. (ENTREVISTA N° 14)

Estar enfermo quiere decir no tener salud y sentirse mal. Cuando pasa esto hay muchas cosas que no se pueden hacer por más ganas

**que se tengan: trabajar, comer lo que se te antoja, fumar... (ENTREVISTA N° 15)**

El común denominador de la mayoría de estas representaciones es el dolor. Al reflexionar sobre este tema, ninguno se refirió a algún otro tipo de sensación mórbida que sirviera de parámetro para identificar la enfermedad. Sí lo hicieron al dar cuenta de los problemas de salud específicos que reconocieron.

Al tomar al dolor como el signo más claro de la enfermedad, se puede hacer a un lado (al menos transitoriamente) la percepción de ciertos procesos de desgaste. Cabría preguntarse si mientras el dolor es soportable, no se puede aplazar la calificación de "enfermo".

Ahondando sobre la cuestión, algunos de los choferes afirmaron que la enfermedad no necesariamente implica dolor:

- ...también hay enfermedades que uno las tiene y no se da cuenta.

- ¿Entonces no siempre hay que estar dolorido para estar enfermo?

- No. (ENTREVISTA N° 6)

- ¿Puede ser que haya enfermedades que no duelan?

- Sí, también. (ENTREVISTA N° 8)

- ¿Hay enfermedades que no produzcan dolor?

- A lo mejor empiezan sin dolerte, pero después terminan siendo muy dolorosas. (ENTREVISTA N° 10)

Al considerar la importancia del dolor en la conceptualización de la enfermedad, debemos recordar que también apareció como una de las principales razones para acudir a la consulta médica. No es la simple percepción del dolor, sino el dolor que supera un determinado umbral el que lleva al conductor a decidir la consulta al médico.

Otra característica que atribuyeron a la enfermedad es que implica la incapacidad laboral. Entonces, igual que cuando se refirieron a la salud, la posibilidad de trabajar

actúa como un condicionante para el reconocimiento de aquella.

En el testimonio correspondiente a la entrevista N° 10, que citamos respecto de las definiciones de enfermedad, advertimos que el chofer practica una distinción entre molestia y enfermedad. La misma toma como eje la capacidad laboral. Esto nos permite sostener que el reconocimiento de un problema con el carácter de enfermedad puede ser aplazado, mientras no comprometa seriamente la posibilidad de llevar a cabo el trabajo (23).

La mayoría de nuestros entrevistados explicaron que la enfermedad también implica "no sentirse bien". Bajo esta idea se pretendieron agrupar todas las sensaciones mórbidas que pueden identificar. También se vincula con el estado anímico de la persona enferma, que es básicamente de decaimiento.

En esta parte de las entrevistas, únicamente dos conductores se refirieron explícitamente a su trabajo en relación a la generación de la enfermedad:

**- ¿Cuales son los causales de las enfermedades? ¿Por qué una persona puede enfermarse?**

**- En este trabajo por andar siempre nervioso y por tener mil cosas a la vez en la cabeza. De esa forma no se puede estar. (ENTREVISTA N° 8)**

**Los choferes nos enfermamos porque este trabajo es muy malo: vivimos nerviosos, dormimos a cualquier hora, no podemos comer bien, estamos todo el tiempo sentados... Todas esas cosas se van juntando y uno termina mal para toda la vida. A nadie le importa lo que nos pasa. (ENTREVISTA N° 14)**

Más allá del carácter de denuncia de estos testimonios, el resto de ellos no cuestionó (en el momento de reflexionar sobre la salud y enfermedad en tanto conceptos) las relaciones sociales de producción que

---

(23) Como ya expresamos en oportunidades anteriores, los propios conductores y los médicos de la obra social sostuvieron que es frecuente que la consulta médica sea diferida todo lo posible.

distinguen su actividad. Esto podría relacionarse con la naturalización de las mismas.

La concepción bipolar de la salud y la enfermedad nos permite explicar la aparente contradicción planteada cuando los choferes se definían como sanos, y a continuación referían los problemas de salud que padecían. Asumirse como "enfermos" les impediría desempeñar su trabajo. La enfermedad no es concebida solamente como algo que se limita a afectar el cuerpo y/o la mente. También, como explica Parsons (citado en Conrad, 1982), afecta su posición en la comunidad, ya que pasa a adoptar el rol de enfermo.

Asumir el rol de enfermo puede implicar para el personal de tráfico, entre otras cosas: afrontar los controles de ausentismo de las empresas, la pérdida de los premios, la toma de licencias médicas y eventualmente hasta la jubilación por invalidez.

Ante el conocimiento de lo que significa asumirlo, deberán emplear sus definiciones de salud y enfermedad para decidir (hasta donde ellos pueden) si lo adoptan o no. Igualmente, adoptarlo no depende tan sólo de la postura del trabajador.

Las representaciones de los choferes sobre la salud y la enfermedad pueden ayudarlos a comprender hechos e ideas y servir también como guías de sus conductas (24). Por lo tanto, intervienen en la construcción de su proceso salud-enfermedad. Asimismo, también le dan a los conductores la capacidad para prever acontecimientos e ir planeando sus modos de actuar. Todas estas son funciones básicas de la representación.

#### **VIII.5. La construcción de las representaciones del proceso salud-enfermedad entre el personal de conducción del ATUP**

Hasta ahora nos referimos a las representaciones de los choferes respecto del proceso salud-enfermedad. Nos resta tratar el proceso a través del que son construidas.

---

(24) El proceso es todavía más complejo, porque a su vez los hechos de la vida cotidiana pueden llevarlos a cambiar sus representaciones.

Según Jodelet (1984), su construcción se inicia cuando el sujeto selecciona determinadas categorías del objeto de representación. Las mismas son escindidas de los saberes que las crearon (es decir, se las descontextualiza) para reelaborarlas y poder apropiarlas.

La selección se efectúa en base al marco conceptual del individuo. Para ser apropiados, los elementos escogidos deben ser clasificados, categorizados y denominados desde esquemas de conocimiento anteriores. Estos tienen el carácter de convención para los miembros del grupo al que pertenece el individuo.

De acuerdo con las entrevistas, la mayoría de las categorías del personal de conducción sobre la salud-enfermedad tienen su origen en la medicina científica. Lo advertimos al referirnos a sus taxonomías corporales, a las sensaciones mórbidas que reconocieron, a los problemas de salud identificados y a las modalidades de atención.

Decidimos no tomar en cuenta únicamente los acontecimientos que tuvieron como partícipes principales a los choferes. La razón es que consideramos que las problemáticas de salud-enfermedad propias de las personas cercanas a ellos también proporcionan elementos a emplear en la construcción de sus representaciones.

Cuando se refirieron a problemas de salud que únicamente reconocieron entre terceros, también aparecieron en sus representaciones categorías provenientes de la medicina.

La predominancia de las categorías de origen médico en el discurso sobre la salud-enfermedad del personal de tráfico muestra el carácter hegemónico de la medicina científica (respecto de los demás conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad).

La selección de los elementos para construir sus representaciones sobre el proceso salud-enfermedad está regida, en el caso de los choferes, por criterios culturales relacionados básicamente con su situación socioeconómica y con la modalidad de las relaciones sociales de producción en las que intervienen.

Al indagar en V.2. sobre la situación socioeconómica del personal de tráfico consideramos aspectos como su nivel de escolaridad, número de hijos, miembros del hogar que trabajan, lugar de residencia, características más importantes de la vivienda, etc.

Una de las características definitorias del perfil de los conductores es su baja escolarización (25). Entendemos que su permeabilidad ante el conocimiento médico está relacionada con tal aspecto. Para afirmarlo partimos de que una de las funciones más importantes del sistema escolar es contribuir al desarrollo del pensamiento crítico. De todos modos, debemos advertir que ésta es una afirmación de carácter general, y que no hay una estricta correspondencia entre el nivel de instrucción y el empleo de las categorías médicas.

Los signos más importantes de tal "permeabilidad" son el lugar privilegiado de las categorías médicas en su discurso sobre la salud-enfermedad y la ausencia de juicios negativos respecto de la medicina (26).

La posesión de concepciones comunes, debido al empleo de categorías similares, posibilita la existencia de una afinidad entre los saberes correspondientes a los trabajadores y a la medicina respectivamente. Se genera un ámbito propicio para la aceptación del conocimiento médico por parte de los choferes.

El carácter patogénico de las tareas de conducción lleva al personal de tráfico a recurrir a mecanismos de negación respecto de los riesgos laborales. Así, la ansiedad respecto de su trabajo (que se caracteriza por una sensación de peligro inminente) es mantenida dentro de ciertos límites; tornándose más fácil su ejecución.

Los choferes emplean taxonomías sencillas para diagnosticar y explicar la causalidad, sintomatología y demás características de sus problemas de salud. Es posible

---

(25) Entre los choferes entrevistados, el mayor nivel educativo alcanzado fue el ciclo básico secundario.

(26) Como pudimos apreciarlo en VIII.3.

pensar que las categorías seleccionadas estarían en parte relacionadas con la ansiedad respecto del trabajo (27).

Esto se reforzaría con la escasez de visitas al médico (que es el principal agente de difusión de las categorías de la medicina científica). Al tener contactos esporádicos, se limita la posibilidad de conocer el saber de la medicina. La mayoría de las consultas son atendidas por los médicos de la obra social. Una de sus características sobresalientes consiste en su brevedad. Huelga destacar que la situación socioeconómica es uno de los principales determinantes en la elección del médico.

Otro aspecto importante de la consulta médica, que incidirá en la selección de las categorías, es la actitud de mutismo por parte del profesional. Generalmente, la misma se acentúa a medida que aumenta la distancia social entre médico y paciente. El mutismo médico muestra la renuencia por parte de la medicina a hacer partícipes de su conocimiento a los pacientes (reforzando de esta manera su poder).

La práctica médica conduce indirectamente al paciente a construir un determinado sistema de representaciones sobre el proceso salud-enfermedad (y en la construcción no está exenta la selección de las mismas).

La difusión de la autoatención entre el personal de tráfico está relacionada, entre otros aspectos, con la organización de su proceso de trabajo y con su modalidad de inserción en el proceso productivo. Los contactos con familiares y otros miembros de la comunidad también aportan categorías que emplean en la construcción de las representaciones sobre la salud-enfermedad. Tales elementos tienen generalmente un origen médico, pero ya pasaron por un proceso de descontextualización previo (efectuado por personas con una inserción de clase similar a la suya), por lo que su apropiación es más sencilla.

Para analizar el papel de la organización específica de su proceso de trabajo en la selección de las

---

(27) La ansiedad también incidirá sobre la selección, descontextualización y apropiación de dichas categorías

categorías, es necesario destacar (entre otros aspectos) su carácter maquinista. Debido al mismo, sus tiempos de trabajo y no trabajo quedan supeditados a los de la máquina (el vehículo). Ello se nota, por ejemplo, en su régimen de horarios, de francos y licencias y en la duración de su jornada laboral. Además, las empresas incentivan a los choferes a cumplir con estas pautas mediante la implementación de diversos premios (28).

Reflexionando sobre este tema, un dirigente gremial sostenía que:

**Los choferes son presos de las empresas porque tienen que estar a su disposición las 24 horas del día. (ENTREVISTA N° 1)**

Esta ligazón con las empresas lleva a los choferes a priorizar la asistencia al trabajo por sobre la atención de su salud. Este es uno de los motivos por el que son renuentes a la consulta médica y suelen abandonar los tratamientos prolongados. Ello conduce a que la principal demanda efectuada a la medicina sea la de eficacia y rapidez en el tratamiento de las enfermedades.

La selección prioriza las categorías que permiten una rápida explicación de la enfermedad. Esto se evidencia en fenómenos como denominar a las enfermedades con los nombres de los órganos afectados. También en conceptualizaciones sobre aspectos de su trabajo o de su estilo de vida, que permiten explicar las enfermedades de una manera sencilla (y a la vez mecanicista). A este respecto, podemos referirnos a título de ejemplo, a los términos "desabrigarse" y "gripe", que aparecen respectivamente como causa y consecuencia (dejando de lado explicaciones con un mayor contenido crítico; tales como la inadecuada provisión de vestuario, lo problemático que resulta para el chofer acceder al médico y el costo de los medicamentos). En este caso no se apropiaron de otras categorías médicas para explicar la causalidad de la gripe, tales como "virus" o "microorganismo". Igualmente existe un fondo común con la medicina, que es la visión causalista.

---

(28) Ya analizamos en detalle dicha problemática en V. "El proceso de trabajo de los choferes del ATUP"

Esto se relaciona con la no selección de elementos para explicar y reflexionar sobre la salud entendiéndola en términos de proceso. Aquí se verifica nuevamente el carácter hegemónico del saber médico.

La presencia de categorías correspondientes a enfermedades laborales que todavía no fueron experimentadas por los choferes, muestran la existencia de aspectos grupales que inciden sobre su selección (29). Es así que hicieron referencia a problemas como la hipertrofia prostática, hemorroides, lumbalgias, etc. Cabe hacer la salvedad de que las tareas de conducción son eminentemente individuales, y que el contacto entre los compañeros está normalmente reducido al breve espacio de los intervalos. Entonces, se dificulta la reelaboración colectiva de las categorías seleccionadas.

Volviendo sobre la selección de categorías, pudimos verificar que la mayoría hace referencia al cuerpo, luego se ubican las denominaciones de los problemas de salud y en último lugar las sensaciones mórbidas.

Respecto de su descontextualización, creemos que principalmente se lleva a cabo por medio de una apropiación selectiva de sus significados. No advertimos que se alteraran esencialmente las significaciones originales de los elementos seleccionados. Generalmente se simplifican. Así, los problemas de salud mental quedan englobados bajo las denominaciones de "nervios" o "mala sangre". Lo mismo sucede cuando se refieren al funcionamiento de los distintos aparatos corporales (30), ya que aunque los explican desde la concepción médica, dejan a un lado aspectos significativos de su dinámica (que es altamente probable que los hayan aprendido durante su paso por el sistema educativo).

En cuanto a las enfermedades autodiagnosticadas, se evidenció la existencia de un conocimiento previo sobre su

---

(29) De esta manera, se pueden elaborar representaciones que les permitan reflexionar y prever los problemas que implica la ejecución de su trabajo.

(30) Este tema fue tratado más detalladamente en VIII.2. "Las representaciones corporales del personal de conducción"

causalidad y sintomatología. En esas oportunidades, también fue frecuente que ambas se explicaran en términos médicos, pero no de un modo completo. Tales fueron los casos, por ejemplo, de la úlcera y la hipertensión arterial. Al referirse a ellas no dieron cuenta de la alteración de sus dietas y de la incidencia que tienen en tales afecciones.

El compartir con los médicos una visión causalista, hace que las categorías seleccionadas se integren al sistema de representaciones del sujeto sin generar conflictos. Entonces, los elementos apropiados de la medicina no constituyen (necesariamente) un factor de cambio en su apreciación de la salud-enfermedad.

Según Jodelet (1984), el segundo paso en la construcción de las representaciones es la formación de una "estructura de imagen". La misma estará integrada por los elementos que fueron seleccionados, reproduciendo de manera gráfica una estructura conceptual.

En base a las entrevistas realizadas intentamos reconstruirla:



Al analizar las definiciones de salud y enfermedad surge como figura central el concepto de trabajo, pues las mismas son elaboradas básicamente en relación a sus implicancias respecto a este. Así, salud significa en primer lugar "capacidad laboral" y enfermedad "incapacidad laboral".

Por otra parte, la causalidad de muchos de los problemas de salud identificados es atribuida a distintos aspectos de su proceso de trabajo.

Asimismo, la inserción en el proceso productivo es uno de los principales aspectos definitorios de la situación socioeconómica. La misma condicionará la experiencia sobre el proceso salud-enfermedad.

El cuerpo es concebido como el ámbito donde se registra la salud o la enfermedad. Su importancia radica en que es concebido como una especie de máquina mediante la que se lleva a cabo el trabajo. Por lo tanto, mientras funcione sin que se perciban fallas que afecten su función, los choferes lo calificarán como sano. Caso contrario, lo representarán como enfermo.

Emparentadas con el concepto de enfermedad, pero con una posición secundaria, se encuentran las categorías de molestia y accidente. Ambas se relacionan con los conceptos de cuerpo y trabajo. Las molestias son representadas como el origen posible de las distintas enfermedades. Mientras no lo sean, se las percibe como un malestar menor. Algunas molestias concretas pueden ser el calor y el frío a bordo de las unidades, la continencia forzada, las dietas inadecuadas, etc.

Los accidentes también aparecen claramente vinculados al trabajo, ya que se registran durante su desempeño. Además, en caso de implicar un daño, este afectará inmediatamente al cuerpo.

Los principales atributos de la salud y la enfermedad son antagónicos, pudiendo agrupárselos en pares de oposición: capacidad laboral/incapacidad laboral, no dolor/dolor y buen estado anímico/decaimiento anímico.

La conjunción de estos aspectos da lugar a conceptos definitorios de la salud y la enfermedad, denominados respectivamente "sentirse bien" y "sentirse mal", que también son antagónicos.

En el caso de la enfermedad, la incapacidad laboral, el dolor y el decaimiento anímico son indicadores de problemas de salud concretos. Empleando la terminología de Castoriadis (1975), podemos decir que la "enfermedad" es una representación central en torno a la que se construyen representaciones segundas: las enfermedades (que son manifestaciones de lo enfermo).

También en relación a la enfermedad los choferes sitúan las categorías de diagnóstico y atención. En torno a ellas se ubican los distintos conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad, que a su vez interactúan entre sí (31).

Los choferes se refieren a la categoría cuerpo apelando a dos tipos de taxonomías: las que hacen centro en los mensajes corporales (que siempre consisten en sensaciones mórbidas) y las correspondientes a sus partes (órganos y sistemas corporales).

Los conceptos que integran esta "estructura de imagen" pueden analizarse en su faz individual o en relación a los demás. En caso de optar por la primera alternativa desaparece una parte de su significado, y la salud-enfermedad pierde su carácter de proceso.

La concepción de la salud y la enfermedad que grafica este esquema es una expresión del marco valorativo de los choferes en un momento determinado. Entonces, cabe la posibilidad que a través del tiempo el mismo asuma una organización distinta (32).

Jodelet (1984) entiende que los conceptos que conforman las estructuras de imagen son naturalizados. De esta manera adquieren la condición de "reales", quedando

---

(31) Para ampliar sobre esta cuestión puede verse II.2.1. "Los modelos médicos" y VIII.3 "Las representaciones del personal de tráfico sobre los modelos médicos".

(32) Esto dependerá principalmente de como evolucione la modalidad de inserción del personal de tráfico en el proceso productivo y en la estructura de clases en general.

listos para ser comprendidos y utilizados. Podríamos decir entonces que los conceptos aparecen como lo "dado". Así, se pierde la noción de que son construcciones. Esto se evidencia principalmente al analizar el saber conocido como de "sentido común".

Es a través de la naturalización que los choferes pueden "negar" el carácter patogénico de su trabajo, controlando en cierta medida la generación de ansiedad y evitando una agudización en la confrontación con el sector empresario. Es decir, que la naturalización dificulta el desarrollo de posturas críticas que sirvan como punto de partida para intentar modificar el sistema de relaciones sociales en el que participan.

El carácter hegemónico de la medicina científica y el control sobre el proceso de producción que ejerce el empresariado coadyuvan también a la naturalización de las conceptualizaciones de los choferes sobre la salud-enfermedad.

Una vez construidas, las representaciones pueden cumplir con sus funciones básicas, que son las de integración de la novedad, interpretación de la realidad y orientación de las conductas y de las relaciones sociales.

#### **VIII.6. A modo de cierre**

El objetivo de este trabajo fue describir y analizar las representaciones del proceso salud-enfermedad de los choferes del ATUP. A tal fin, dividimos esta problemática en distintas áreas de análisis. Tal proceder tuvo una finalidad meramente analítica.

Nuestro objeto de análisis, las representaciones del proceso salud-enfermedad, son una forma de conocimiento social sobre un determinado aspecto de la existencia humana. Aquel, como todo producto de la vida en sociedad, tiene un carácter dinámico.

Estas representaciones de los conductores del ATUP de su proceso salud-enfermedad se condicionan mutuamente, y a su vez interactúan con las prácticas de los sujetos.

La modalidad de inserción de los choferes en el proceso de trabajo está relacionada con la construcción de sus representaciones del proceso salud-enfermedad. La razón es que la actividad laboral condiciona, entre otros aspectos, el tiempo de trabajo y de no trabajo, las modalidades de consumo y el acceso a la cultura. De esta manera, gran parte del mundo de significados de los sujetos está relacionado con su pertenencia a una clase social.

Lo que resultó más notorio en las representaciones del proceso salud-enfermedad de los conductores (33) es que ellas se originaron (básicamente) a partir de un proceso de imposición-aceptación-reelaboración de la terminología proveniente de la medicina científica.

Una de las características definitorias de los procesos productivos en las sociedades capitalistas consiste en la relación conflictiva y contradictoria entre empresarios y trabajadores.

En estas sociedades la medicina científica coadyuva a la preservación y fortalecimiento del sistema dominante.

Los choferes descontextualizan la terminología médica con la que entran en contacto a través de su experiencia. Su reelaboración consiste fundamentalmente en un trabajo de simplificación.

Esta reelaboración permite la construcción de un fondo de conocimiento común con la medicina científica. El mismo se caracteriza por explicar a la salud-enfermedad (consideradas por ellos como polos opuestos) en términos causalistas, soslayando en líneas generales su carácter sociohistórico. Evitan así el cuestionamiento global de las relaciones sociales de producción de las que son partícipes.

Desde esta perspectiva acrítica se "niega" (o al menos se minimiza) la consideración del riesgo sobre la salud-enfermedad que implica el ejercicio de su trabajo.

---

(33) Englobamos aquí los problemas de salud que identificaron, sus representaciones corporales y las valoraciones respecto de los distintos conjuntos de saberes y prácticas sobre la salud-enfermedad.

La autoatención está altamente generalizada entre el personal de tráfico. La misma apareció como una primera instancia de diagnóstico y atención de los problemas de salud o como continuación de tratamientos médicos interrumpidos. Se relaciona con la necesidad de hallar soluciones rápidas que impidan o minimicen la inasistencia laboral y también reduzcan los gastos en salud.

Pudimos constatar que la medicina científica proveyó la mayoría de los conceptos que distinguen a este conjunto de saberes y prácticas.

Así, la autoatención puede, en ciertas oportunidades, sustituir o complementarse con la medicina científica.

La salud y la enfermedad fueron definidas por los choferes tomando como eje principal la capacidad laboral. Esta concepción resulta funcional a los trabajadores y a los empresarios. A los primeros, porque la ausencia al trabajo implica un recorte en sus posibilidades de supervivencia. A los segundos, porque los choferes tratan de reducir sus inasistencias por enfermedad y mantener su productividad.

**BIBLIOGRAFIA**

Administración General de Transportes Automotores

1953 **Transportes Automotores**, 6, 7, 9, Año I, Buenos Aires.

1954 **Transportes Automotores**, 11, 19, Años I y II, Buenos Aires.

Agudelo, Saúl Franco

1986 "La salud y el trabajo". En **Cuadernos Médico Sociales**, 35, Rosario.

Alasino, Carlos María

1985 "Evolución de las tarifas y otros aspectos del transporte colectivo de pasajeros de la ciudad de Córdoba, 1968-1983". En **Revista de Economía (Banco de la Provincia de Córdoba)**, 45, Córdoba.

Bellmartino, Susana

1985 **Modelo médico hegemónico**. Clase dictada en el curso de medicina social. Organizado por la Asociación de Trabajadores del Estado, Seccional Nacional, mimeo, Buenos Aires, abril-noviembre.

Berger, Peter y Luckmann, Thomas

1968 **La construcción social de la realidad**. Amorrortu Editores, 9° Ed., Buenos Aires, 1989.

Boltanski, Luc

1975 **Los usos sociales del cuerpo**. Periferia. Buenos Aires

1977 **Descubrimiento de la enfermedad**. Ciencia Nueva, Buenos Aires.

Bourdieu, Pierre

1986 **Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo**. Materiales de Sociología Crítica, La Arqueta, Madrid.

Cámara Gremial del Transporte Automotor de la Provincia de Buenos Aires

1979 **Motor y Camino**, 418, 419, La Plata.

1984 **Motor y Camino**, 477, 482, La Plata.

Castoriadis, Cornelius

1975 **La institución imaginaria de la sociedad**. Tusquets, Colección Acracia, Barcelona, 1983.

- Conrad, Peter  
1982 "Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social". En Ingleby et. al., **Psiquiatría Crítica**, Crítica, Barcelona.
- Coordinación Interministerial de Programas de Prevención de Accidentes de Tránsito.  
1972 **El factor humano en el tránsito; estudio de conductores profesionales realizado en Mar del Plata**, Publicación Técnica N° 1, Dirección de Atención Médica del Ministerio de Bienestar Social y Dirección de Transporte del Ministerio de Obras Públicas de la Provincia de Buenos Aires, mimeo, La Plata.
- Cousillas, Ana María  
1988 **Proyecto: identidad y folklore ocupacional entre los trabajadores del transporte colectivo de pasajeros en el Area Metropolitana. Informe final, beca de perfeccionamiento años 1985-1987**, mimeo, Buenos Aires.
- Cragolini, Mónica B.  
1991 "La enajenación de la salud". En **El Vegetariano**, Año I, 4, Buenos Aires.
- Cupeta, Julio César, et. al.  
1988 **Condiciones de trabajo y proceso salud-enfermedad en los choferes de transporte colectivo de pasajeros**, mimeo, Buenos Aires.
- De Ajuriaguerra, J.  
1973 **Manual de psiquiatría infantil**, Toray-Masson S.A., (4° Ed., 2° reimpresión), Barcelona, 1980.
- Dejours, Christophe  
1980 **Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo**, CEIL-Humanitas, Buenos Aires, 1990.
- Ejilevich Grimaldi, Horacio  
1983 "Conductores del transporte colectivo de pasajeros: ¿Neurosis individual o neurosis social?". En **Ensayos de psicología argentina año 1983**, Editorial de Belgrano, Buenos Aires.
- Ey, Henry, et. al.  
1965 **Tratado de psiquiatría**, Toray-Masson, 8° Ed., Barcelona, 1978.

- Farr, Robert M.  
1984 "Las representaciones sociales". En Moscovici, Serge, **Psicología Social II**, Paidós, Barcelona, 1986.
- Federación Argentina de Transportadores por Automotor de Pasajeros  
1986-1991 **Gaceta del Transporte**, Buenos Aires.
- Federico, Alberto M.  
1989 **Notas de clase sobre proceso de trabajo, proceso productivo y visión territorial del trabajo**, Mimeo, publicación de la Cátedra de Sociología Urbana, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Carrera de Sociología, Buenos Aires.
- Grimberg, Mabel  
1991 "La salud de los trabajadores: en la búsqueda de una mirada antropológica". En **Cuadernos de Antropología Social**, 5, Buenos Aires.  
  
1992 **La relación trabajo-salud entre los gráficos. Construcción social y hegemonía**, Tesis de Doctorado, Universidad de Buenos Aires, mimeo, Buenos Aires.  
  
1993 **El proceso salud-enfermedad-atención. Un marco crítico para el estudio de las representaciones sociales. Selección de textos**, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Seminario de Antropología Médica, 1° Cuatrimestre 1993, mimeo, Buenos Aires.
- Jodelet, Denise  
1984 "La representación social: fenómenos, concepto y teoría". En Moscovici, Serge, **Psicología Social II**, Paidós, Barcelona, 1986.
- Kralich, Susana  
1993 **Génesis y reproducción reciente de servicios de transporte contratado en la Región Metropolitana de Buenos Aires**, mimeo, Buenos Aires.
- Laurell, Asa Cristina y Noriega, Mariano.  
1986 "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". En **Cuadernos Médico Sociales**, 37, Rosario.  
  
1987 "Proceso de trabajo y salud en Sicartsa". En **Cuadernos Médico Sociales**, 40, Rosario.

- 1989 **La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México, Colección Problemas de México, Ediciones Era, México.**
- Loyola, María Andrea  
1984 **Médicos e curandeiros. Conflito social e saúde, Difel, San Pablo.**
- Marx, Carlos  
1857 **Introducción a la crítica de la economía política, Editorial Anteo, Buenos Aires, 1974.**
- 1867 **El Capital. Crítica de la economía política. Fondo de Cultura Económica, 8° reimpresión, México, 1973.**
- Menéndez, Eduardo Luis  
1978 "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En Basaglia, Franco, **La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud.** Editorial Nueva Imagen, México.
- 1986 "Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud". En **Nueva Antropología**, Vol. VIII, 29, México.
- 1990 **Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica,** Alianza Editorial Mexicana, México.
- Ministerio de Obras Públicas de la Provincia de Buenos Aires y Facultad de Arquitectura y Urbanismo de la Universidad Nacional de la Plata.  
1970 **Transporte urbano de pasajeros en la ciudad de Campana,** mimeo, La Plata.
- Ministerio de Obras y Servicios Públicos  
1972 **Estudio preliminar del transporte de la Región Metropolitana,** MOYSP, Buenos Aires.
- Mugny, Gabriel y Papastamou, Stamos  
1984 "Los estilos de comportamiento y su representación social". En Moscovici, Serge, **Psicología Social II,** Paidós, Barcelona, 1986.
- Muller, Alberto E. G.  
1990 "El autotransporte colectivo privado de Buenos Aires, 1960-1990 ¿Saldo favorable o contrario a la desregulación?". En **Desarrollo Económico,** Vol. 29, 116, Buenos Aires.
- Palermo, Epifanio  
1986 **Salud-enfermedad y estructura social,** Editorial Cartago, Buenos Aires.

- Prensa del Transporte  
 1988 "La multiplicidad de tareas debe desaparecer". En **Prensa del Transporte**, Año IX, 88, Buenos Aires.
- Saltalamacchia, Homero R., et. al.  
 1983 "Historias de vida y movimientos sociales: propuestas para el uso de la técnica". En **Iztapalapa**, Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Secretaría de Estado de Transporte y Obras Públicas  
 1978a **Plan Nacional de Transporte. Plan de Corto Plazo. Antecedentes Históricos 1965-1977**, Vol. I, Buenos Aires.
- 1978b **Plan Nacional de Transporte. Plan de Corto Plazo. Programa del Sector Transporte**, Vol. II, Buenos Aires
- 1979 **Plan Nacional de Transporte. Plan de Corto Plazo. Programa del Sector Transporte. 1979**, Buenos Aires
- 1980 **Plan Nacional de Transporte. Plan de Corto Plazo. Programa del Sector Transporte. 1980**, Vol. III, Buenos Aires.
- 1981 **Plan Nacional de Transporte. Plan de Corto Plazo. Programa del Sector Transporte. 1981**, Vol. V, Buenos Aires.
- 1983 **Plan Nacional de Transporte. Plan de Corto Plazo. Programa del Sector Transporte. 1982-1983**, Vol. VI, Buenos Aires.
- Secretaría de Transporte y FATAP  
 1986a **Ley 12.346. Texto compilado y actualizado no oficial a setiembre de 1986. Índice temático para la recopilación y ordenamiento de las normas legales y reglamentarias que regulan el transporte público de pasajeros por automotor**. Buenos Aires.
- 1986b **Reglamento de la Ley N° 12.346 publicado en el Boletín Oficial. Decreto N° 27.911/39 de fecha 4.V.1939**, Buenos Aires.
- 1987 **Normas Legales y Reglamentarias para el Transporte Metropolitano de la Ciudad de Buenos Aires**, 2, Buenos Aires.
- 1988 **Normas Legales y Reglamentarias para el Transporte Metropolitano de la Ciudad de Buenos Aires**, 3, Buenos Aires.

- Subsecretaría de Transporte Automotor  
 1993a **Boletín informativo**, 1, febrero, Buenos Aires.
- 1993b **Boletín informativo**, 2, junio, Buenos Aires.
- Thompson, Edward P.  
 1979 **Tradición, revuelta y consciencia de clase. Estudios sobre la crisis de la sociedad preindustrial**, Editorial Crítica (2° Ed.), Barcelona.
- Tovalín Ahumada, Horacio y Lazcano Ramírez, Federico Miguel  
 1986 **Proceso de desgaste y perfil patológico en operadores de Ruta-100**. Universidad Autónoma de México, Mimeo, México.
- Vasco, Alberto  
 1978 Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad. En, **Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública**, 4, Medellín.
- Yomal, Gerardo  
 1992 "Cortando boletos", en **Página 12**, 9/2/92.
- Williams, Raymond  
 1977 **Marxismo y Literatura**, Ediciones Península, Barcelona, 1980.
- Zola, Irving Kenneth  
 1966 "Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints". En **American Sociological Review**, XXXI. Traducción de la Lic. Liliana Schvarzman.

## DIARIOS

### Clarín

- 26/12/91 "El transporte de pasajeros se dará solo por licitación. Mayor seguridad jurídica para los permisionarios."
- 04/06/92 "Comprueban que muchos colectiveros son daltónicos. Igual obtuvieron el carné de conductor."
- 23/09/92 "Cada máquina cuesta entre 3.000 y 3.500 dólares."
- 30/11/92 "Colectivos con otro color. Fusiones por recorridos poco redituables."
- 23/05/92 "La aventura de viajar de noche."
- 13/07/93 "Negocian el nuevo sistema para el transporte urbano."

- 18/07/93 "El transporte sin acuerdo. UTA y FATAP no pueden destrabar la negociación."
- 28/07/93 "Por ahora no habrá paro de colectivos."
- 03/08/93 "Por el asesinato de otro chofer, paran 24 horas los colectiveros de la Capital y del Conurbano. Comenzó a la 0 y finalizará a las 24."
- 04/08/93 "Prometen más medidas de seguridad para evitar los ataques a colectivos. Custodia de policías en moto, limitar las excarcelaciones y mayores penas. El paro de ayer fue casi total."
- 05/08/93 "La seguridad de los colectivos, sin solución. Fracasó la reunión entre el gremio, los patrones y el gobierno."

### **Crónica**

- 09/07/93 "La UTA pateó el tablero. Los choferes rechazaron la propuesta salarial de FATAP y no firmaron el acuerdo que incluye el aumento del boleto mínimo..."
- 16/07/93 "Sigue trabada la negociación de UTA: aún no hablan de paro."
- 23/07/93 "Un trabajosos acuerdo. Tras el paro, lentamente se restituyó el servicio."
- 24/07/93 "Atraparon a otros dos de los que mataron al colectivero de Moreno."
- 27/07/93 "Las huelgas se podrían extender a todo el país."
- 12/08/93 "El aumento no los dejó conformes. Dicen que los 70 pesos no alcanzan para que sean sueldos dignos."

### **La Nación**

- 24/11/91 "Las fobias que sufren los choferes de colectivos son un riesgo para todos."
- 19/10/92 "El servicio de colectivos, blanco obligado de innumerables críticas."
- 21/07/93 "Sigue la controversia por la suba en el boleto de colectivo."
- 23/07/93 "Promesas de seguridad para los colectiveros."

01/08/93 "Colectivos: negocian aumento salarial."

**Página 12**

07/08/91 "La patota de seis ruedas. Fallo sobre los colectivos."

24/06/93 "Boleto para viajar seguro. Suspendieron el paro de colectivos."

08/07/93 "Para viajar en colectivo eche cuarenta centavos en la ranura."

16/07/93 "Advertencia oficial para colectiveros remolones. El gobierno retirará las licencias a las empresas que no instalen las máquinas expendedoras. Habrá cursos para que los colimbas sean choferes."

22/07/93 "Los choferes se distienden."

23/07/93 "Boleto a la muerte. Detienen al homicida de otro colectivero."

24/07/93 "Promesas de mayor seguridad. Asaltos a choferes."

03/08/93 "Pasajeros de una pesadilla. Huelga de colectiveros por reclamo de medidas de seguridad."

04/08/93 "Pettigiani los quiere presos."

14/08/93 "El aumento legó de repente. Boletos de colectivos."