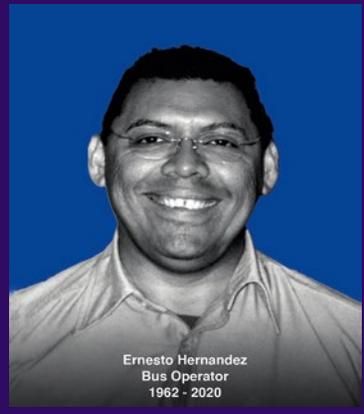




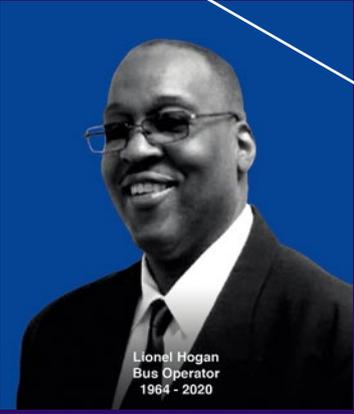
Russell Jackson
Cleaner
1981 - 2020



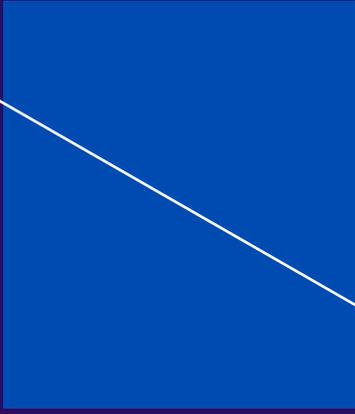
Lev Golubov
Road Car Inspector
1961 - 2020



Ernesto Hernandez
Bus Operator
1962 - 2020



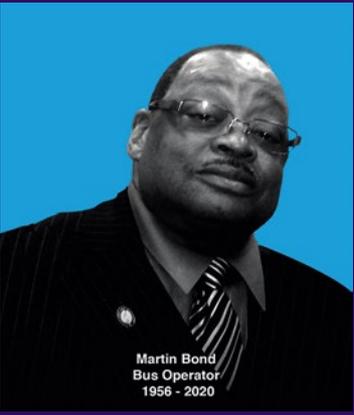
Lionel Hogan
Bus Operator
1964 - 2020



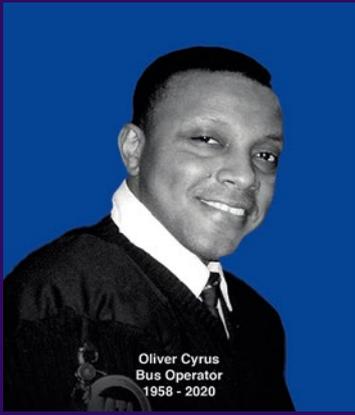
David Hamilton
General Superintendent, Signals
1965 - 2020



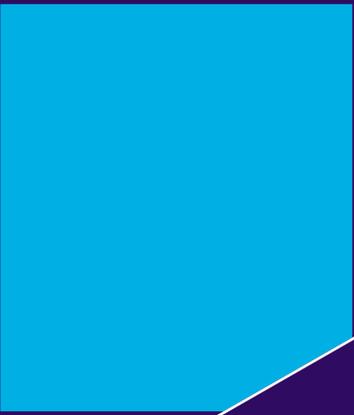
Laricter Brown
Dispatcher Rapid Transit Operations
1984 - 2020



Martin Bond
Bus Operator
1956 - 2020



Oliver Cyrus
Bus Operator
1958 - 2020



2

El riesgo y la tensión de trabajar durante la pandemia de COVID-19

TRAVELS FAR (2020) © MTA Arts & Design. Homenaje a los empleados del consorcio de transporte metropolitano de Nueva York (Metropolitan Transportation Authority, MTA) que perdieron la vida a causa de la COVID-19. Sandra Bloodworth, artista; Tracy K. Smith, poeta; Chris Thompson, compositor.

Principales observaciones



Las tasas de mortalidad por COVID-19 de los trabajadores clave fueron más elevadas que las de los trabajadores no clave.



En particular, el grupo profesional clave con mayores tasas de exceso de mortalidad por COVID-19 fue el de los trabajadores del transporte.



Los trabajadores de la economía formal, con estabilidad en el empleo y representación sindical, pudieron adaptarse mejor a las mayores exigencias y riesgos del trabajo durante la pandemia.



Las empresas clave tuvieron dificultades para operar durante la pandemia debido a las perturbaciones de las cadenas de suministro, la incertidumbre financiera y la dificultad de cumplir las directrices de seguridad y salud en situaciones de emergencia.

Al inicio de la pandemia de COVID-19, se observó que el lugar de trabajo podía ser un vector crítico de transmisión del virus de COVID-19, lo que llevó a la mayoría de los países del mundo a recomendar el trabajo a distancia siempre que fuera posible¹. Los lugares de trabajo clave que debían seguir activos solían ser fuentes de transmisión². Solo en la industria de empaquetado de carne, se documentaron brotes durante los primeros meses de la pandemia en Alemania, la Argentina, Australia, el Brasil, el Canadá, China, Dinamarca, España, los Estados Unidos, Francia, Irlanda, Italia, los Países Bajos, Polonia y el Reino Unido. Se constató que un trabajo seguro y saludable no solo redundaba en interés de los empleadores y trabajadores, sino que era de vital importancia para la salud pública en general.

En este capítulo se analizan los efectos de la pandemia de COVID-19 en la seguridad y la salud física y mental de los trabajadores, así como los impedimentos que encontraron las empresas para operar durante la crisis sanitaria. El trabajo durante la pandemia estuvo plagado de dificultades. Aunque el problema más evidente era la mayor probabilidad de exposición al virus de COVID-19 y, por ende, un mayor riesgo de enfermedad o muerte, había pocos aspectos de la vida laboral cotidiana de las personas que no se hubieran visto alterados por la pandemia. En este capítulo se examinan las distintas fuentes de tensión laboral a las que se expusieron los trabajadores —riesgos físicos, aislamiento social, intensidad del trabajo, comportamiento social adverso—, así como las presiones organizativas que soportaron las empresas, incluidas las dificultades financieras y la incertidumbre. Una correcta comprensión de los efectos de la pandemia de COVID-19 en los trabajadores y empresas clave constituye un primer paso importante para diseñar sólidos programas de seguridad y salud en el lugar de trabajo y otras políticas e instituciones que presten apoyo a trabajadores y empleadores, ya sea en tiempos de crisis o de bonanza.

2.1. Incidencia de la enfermedad y la morbilidad en los trabajadores clave en 2020

El coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (virus SARS-CoV-2) se transmite directamente por gotículas respiratorias y aerosoles, e indirectamente por contacto a través de superficies contaminadas. Aunque faltan por desentrañar muchas incógnitas en torno a los mecanismos de transmisión, los datos indican que evitar el contacto con otros seres humanos inhibe la propagación de la infección³. Sin embargo, la mayoría de los trabajadores clave no pueden evitar el contacto con otros seres humanos, dada la necesidad de continuar con sus actividades cotidianas para que la sociedad pueda alimentarse, recibir cuidados, vivir con seguridad y desplazarse cuando sea necesario (incluso durante los periodos de confinamiento). En consecuencia, los trabajadores clave estuvieron más expuestos a la COVID-19 que las personas que pudieron teletrabajar, o permanecer en casa, relativamente a salvo de la pandemia.

La evidencia empírica en que se basa el gráfico 2.1 demuestra que los trabajadores clave en los Estados Unidos están más expuestos a enfermedades o infecciones. A partir de la información obtenida de O*NET, una base de datos de características ocupacionales de la economía estadounidense, el gráfico muestra la exposición potencial a enfermedades o infecciones por códigos de ocupación de dos dígitos de la CIUO-08 en relación con la proximidad física de los trabajadores a otras personas durante las actividades laborales. El tamaño de las burbujas es proporcional al número de trabajadores clasificados en cada ocupación de doble dígito. El gráfico pone de manifiesto que las ocupaciones clave (de color azul oscuro) son las más expuestas a las enfermedades y las que trabajan con mayor contacto social⁴. Los profesionales de la salud, los profesionales de nivel medio de la salud, los trabajadores de los cuidados personales y el personal de los servicios de protección destacan entre todas las demás ocupaciones en el sentido de que están más expuestos a enfermedades y trabajan con mayor proximidad a otras personas que cualquier otra categoría de ocupación. Estas cuatro categorías están compuestas casi exclusivamente por trabajadores clave.

No obstante, una mayor exposición puede no traducirse necesariamente en peores resultados de salud, en particular por lo que se refiere a la mortalidad. La cuestión de si los niveles más altos de exposición intrínsecos a cada categoría de ocupación se contrarrestaron con protocolos de seguridad más estrictos y mediante el uso de equipos de protección deberá responderse con un análisis empírico de los datos de mortalidad.

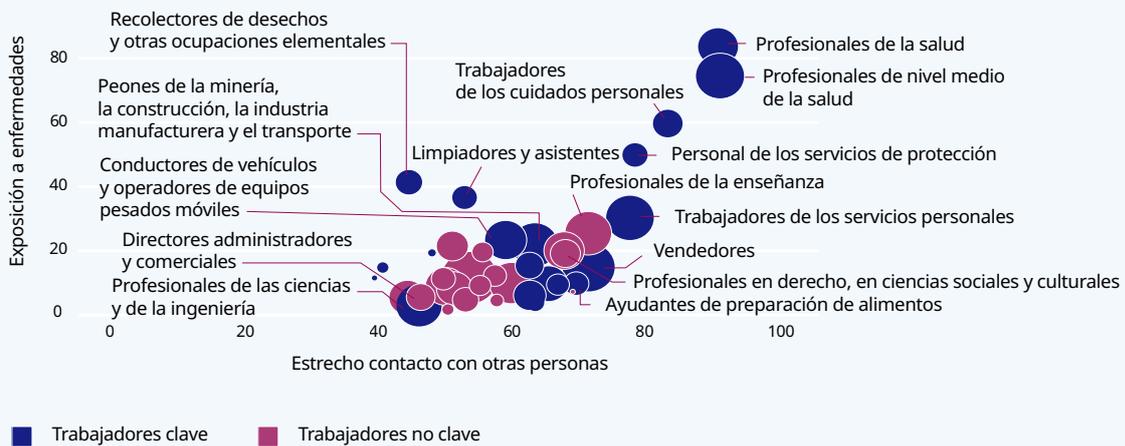
Los datos a gran escala sobre mortalidad a causa de la COVID-19 suelen basarse en el concepto de tasa de exceso de mortalidad, definida como la diferencia entre las cifras de muertes contabilizadas y las esperadas en determinados

periodos. Con esta medida se evitan los problemas debidos a errores de diagnóstico y a la consignación de datos inexactos de muertes por COVID-19, dos deficiencias especialmente frecuentes al comienzo de la pandemia⁵.

En el gráfico 2.2 A se muestra la tasa de mortalidad por 100 000 personas, debida a cualquier causa, de los trabajadores de 18 a 62 años en los Estados Unidos, por meses, en 2020. La tasa de exceso de mortalidad se calcula como la tasa de mortalidad durante el periodo estudiado (la pandemia de COVID-19, por ejemplo) menos la tasa de mortalidad de un periodo de referencia adecuado en el que no estuviera presente el fenómeno estudiado. No se notificaron muertes por COVID-19 en los dos primeros meses del año, por lo que estos se toman como referencia. Se calcula el exceso de mortalidad en los nueve últimos meses⁶. La tasa de exceso de mortalidad de un mes determinado es la tasa de mortalidad total de ese mes menos la tasa media de mortalidad de los dos primeros meses.

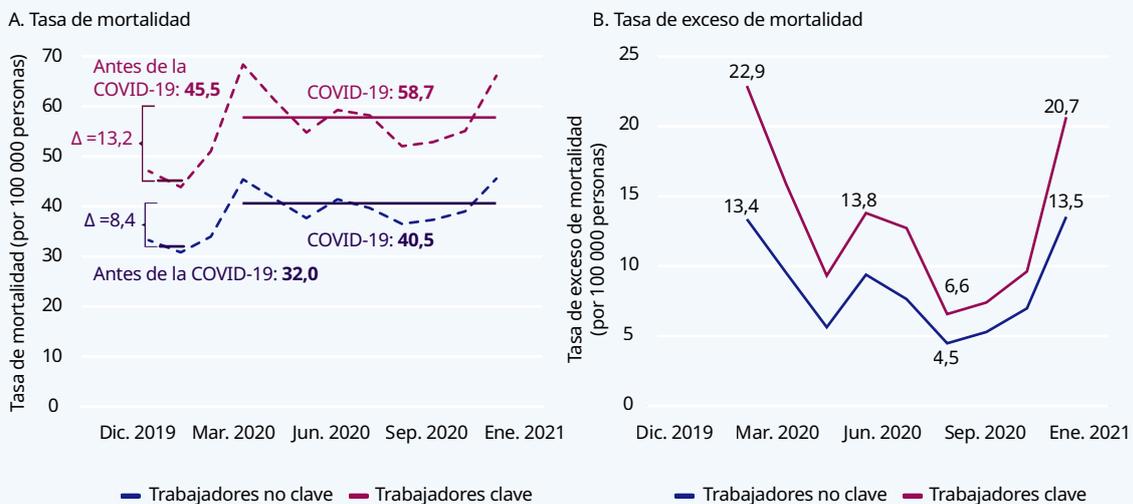
La mortalidad de referencia en los Estados Unidos es más elevada para los trabajadores clave que para los demás (45,5 frente a 32,0 muertes al mes por 100 000 trabajadores, respectivamente). Es decir, antes de la pandemia de COVID-19, los trabajadores clave sufrían una mayor mortalidad⁷. Esto puede deberse a que los trabajadores clave realizan trabajos intrínsecamente más peligrosos, pero es probable que se explique también por una mayor

▶ **Gráfico 2.1. Exposición a enfermedades y proximidad física a otras personas, por ocupación, en los Estados Unidos**



Fuente: ILOSTAT y O*NET.

▶ **Gráfico 2.2. Mortalidad total de trabajadores clave y no clave en los Estados Unidos, 2020**



Nota: Un periodo de referencia de dos meses dista mucho de ser ideal, pero la muestra de microdatos de uso público (PUMS) del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS) de los Estados Unidos no proporciona datos de ocupación anteriores a 2020.

Fuente: Current Population Survey (CPS) y microdatos del NVSS.

susceptibilidad a la muerte a raíz de otras condiciones de salud subyacentes, incluidas las comorbilidades (por ejemplo, la obesidad y la hipertensión), así como la edad y el consumo de tabaco. No obstante, como se explicará en esta sección, algunas de las características que hacen «intrínsecamente más peligrosos» determinados trabajos son también el resultado de la falta o la insuficiencia de procedimientos y equipos de protección para hacer frente a un nivel de riesgos más elevado.

Además de que la mortalidad de referencia era más alta, el incremento de la mortalidad fue también mayor para los trabajadores clave que para los demás (13,2 frente a 8,4 muertes por 100 000 trabajadores, respectivamente). El gráfico 2.2 B muestra que el exceso de mortalidad durante la pandemia de COVID-19 fue mayor para los trabajadores clave que para el resto. Este resultado era previsible, toda vez que los trabajadores clave siguieron saliendo de casa para ir a trabajar, exponiéndose al virus, mientras que otros trabajadores recurrieron al teletrabajo o quedaron sujetos a expedientes de regulación temporal del empleo.

En los gráficos 2.2 A y 2.2 B se recogen datos brutos de mortalidad, sin tener en cuenta el género, la edad u otras características que podrían influir en los resultados. Al desglosar los datos por género, edad y nivel de estudios, y al restar la mortalidad no clave de la mortalidad clave, se obtiene la «diferencia controlada de exceso de mortalidad», que se expone en la columna (B) del cuadro 2.1⁹. El cuadro muestra también las diferencias brutas de exceso de mortalidad (columna (A)) y la mortalidad pura debida a la COVID-19¹⁰ (columna (C)).

Se observa un patrón: el exceso de mortalidad de los trabajadores clave (en relación con los trabajadores no clave) fue elevado durante los tres primeros meses y luego disminuyó. En el último trimestre de 2020 se situaba en valores bajos de un solo dígito, si bien repuntó ligeramente en diciembre, durante el pico de la segunda oleada en los Estados Unidos (de agosto de 2020 a febrero de 2021).

► **Cuadro 2.1. Diferentes medidas de mortalidad diferencial (trabajadores clave en comparación con los no clave) en los Estados Unidos, 2020**

Mes	Mortalidad (por 100 000 trabajadores)		
	Diferencia de exceso de mortalidad		(C) Diferencia de mortalidad pura por COVID-19
	(A) No controlada (bruta)	(B) Controlada	
Abr. 2020	9,5	14,5	6,4
May. 2020	6,3	16,4	3,6
Jun. 2020	3,7	10,6	1,7
Jul. 2020	4,4	8,6	2,8
Ago. 2020	5,1	10,5	2,6
Sep. 2020	2,1	12,0	1,6
Oct. 2020	2,1	5,9	1,6
Nov. 2020	2,6	2,2	2,7
Dic. 2020	7,1	3,7	5,8
Promedio	4,8	9,4	3,2

Nota: La diferencia de exceso de mortalidad no controlada (bruta) es la diferencia de exceso de mortalidad entre trabajadores clave y no clave. La diferencia controlada es el resultado de un modelo logit que controla el nivel de estudios, el género y la edad, en el cual el trabajador clave también es una variable (véase la nota 6). La diferencia de mortalidad por COVID-19 es la diferencia bruta de mortalidad debida a la COVID-19 por cada 100 000 trabajadores (no se considera exceso de mortalidad, dado que las muertes por COVID-19 en el periodo de referencia son cero) entre trabajadores clave y no clave. Los tres estadísticos miden lo mismo de formas distintas.

Fuente: CPS y microdatos del NVSS.

El exceso de mortalidad durante la pandemia de COVID-19 fue mayor para los trabajadores clave que para los demás.

El grupo de ocupaciones más letal fue el de los trabajadores del transporte: los conductores de camión, metro, autobús, taxi y plataformas de transporte urbano con conductor sufrieron una mayor mortalidad que los trabajadores de cualquier otra ocupación.

El patrón de mortalidad de los trabajadores clave se mantiene en las tres medidas. La diferencia controlada de exceso de mortalidad fue superior a la diferencia no controlada en todos los meses, salvo noviembre y diciembre. Esto se debe a que, en los Estados Unidos, los trabajadores clave son más jóvenes y tienen mayores probabilidades de ser mujeres que los trabajadores no clave. Las mujeres representan el 48,4 por ciento de los trabajadores clave y solo el 46,7 por ciento de los trabajadores no clave; los jóvenes (18-24 años) constituyen el 14,3 por ciento de los trabajadores clave y al 12,6 por ciento de los trabajadores no clave. El cuadro 2.1 también indica que la mortalidad por COVID-19, medida directamente, es inferior a la diferencia de exceso de mortalidad, lo que podría explicarse por los errores de contabilización de las muertes por COVID-19.

En el cuadro 2.2 se recogen los resultados correspondientes a los ocho grupos de ocupaciones de trabajadores clave en los Estados Unidos. Se observan grandes variaciones por grupo de ocupaciones en la tasa de exceso de mortalidad y en la tasa de mortalidad específica por COVID-19. El grupo profesional más letal fue el de los trabajadores del transporte: los conductores de camión, metro, autobús, taxi y plataformas de transporte urbano con conductor sufrieron una mayor mortalidad que los trabajadores de cualquier otra ocupación. Los trabajadores de la salud, a pesar de su intensa exposición a pacientes infectados, no salieron peor parados que el promedio de los trabajadores clave, probablemente porque disponían de procedimientos y equipos que los protegían del virus, así como de un mayor acceso a la asistencia sanitaria y a licencias por enfermedad. No obstante, su tasa de exceso de mortalidad sigue siendo superior a la tasa promedio de los trabajadores no clave.

A diferencia de los microdatos del NVSS, que solo proporcionan información sobre ocupaciones y sectores a partir de 2020, los datos del Departamento de Salud Pública de California ofrecen una serie histórica mucho más larga. Un estudio sobre el exceso de mortalidad de los trabajadores de California por ocupación corrobora los resultados anteriores: los trabajadores del transporte fueron los más expuestos (tasa de exceso de mortalidad de 10 muertes al mes por 100 000 trabajadores), en tanto que los trabajadores de la salud, una vez más, no corrieron peor suerte que otros trabajadores

clave (tasa de exceso de mortalidad de 3 por 100 000), a pesar de su exposición constante al virus¹¹. El exceso de mortalidad per cápita de los trabajadores de la salud fue, en general, inferior a las tasas indicadas, probablemente porque el periodo de referencia es de tres años en lugar de dos meses.

▶ Cuadro 2.2. Tasa de exceso de mortalidad y tasa de mortalidad por COVID-19 por grupo de ocupaciones en los Estados Unidos, de abril a diciembre de 2020

Grupo de ocupaciones	Mortalidad (por 100 000 trabajadores)	
	Exceso	COVID-19
Transporte	22,9	11,9
Limpieza	14,8	8,7
Ocupaciones manuales	14,4	6,9
Técnicos	14,3	7,3
Salud	12,1	7,4
Comercio al por menor	9,4	3,9
Sistemas alimentarios	7,5	6,7
Seguridad	7,0	6,2
Todos	13,2	7,2

Nota: La tasa de exceso de mortalidad se calcula mediante la metodología descrita anteriormente, utilizando los dos primeros meses del año como referencia. Las muertes por COVID-19 son las identificadas como tales según el código correspondiente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en los datos del NVSS.

Fuente: CPS y microdatos del NVSS.

► **Cuadro 2.3. Exceso de mortalidad por categoría de ocupación en Inglaterra y Gales (Reino Unido), 2020 (en porcentaje)**

Categoría de ocupación	Exceso de mortalidad (%)
Todas las ocupaciones	-1,1
No esenciales	-3,0
Servicios de salud	13,3
Servicios sociales y enseñanza	4,3
Otros trabajadores clave	6,1

Fuente: Matz *et al.*, 2022.

En el estudio también se constata que los trabajadores agropecuarios y de los sistemas alimentarios se encuentran entre los que sufrieron mayores tasas de mortalidad. Este resultado tal vez resulte sorprendente, por cuanto el trabajo agrícola suele realizarse al aire libre y con poca proximidad física entre personas. Sin embargo, muchos trabajadores agropecuarios de California son migrantes que, además de trabajar en el campo, colaboran estrechamente en plantas de envasado y viven en condiciones de hacinamiento, lo que probablemente supuso una mayor incidencia de contagios y, en última instancia, una mayor tasa de mortalidad en este grupo profesional¹². Una vez más, se observa que las medidas de protección (o la falta de ellas en este caso) son tan importantes como los peligros inherentes al propio trabajo. En el mismo estudio se analiza también el exceso de mortalidad por grupo étnico y ocupación. Se concluye que, aunque la ocupación explica algunas de las diferencias asociadas al origen étnico en la tasa de mortalidad, sigue habiendo diferencias étnicas significativas incluso después de controlar la ocupación.

En otro estudio sobre los trabajadores clave, esta vez realizado en Inglaterra y Gales (Reino Unido)¹³, con la metodología de exceso de mortalidad desglosada por ocupación, se concluye que el riesgo de muerte por COVID-19 al que se expusieron los trabajadores «esenciales» era considerablemente mayor que el de los «no esenciales» (véase el cuadro 2.3)¹⁴. La pandemia fue un periodo muy protector para los trabajadores no clave en Inglaterra y Gales — acaso porque las medidas de confinamiento fueron más estrictas que en la mayor parte de los Estados Unidos—, al tiempo que puso muy en peligro a los trabajadores clave, sobre todo a los del sector de la salud. La mayor parte del peligro surgió en los primeros meses de la pandemia, cuando aún no se sabía qué era eficaz y qué no lo era para mantenerse a salvo de la COVID-19 en el trabajo. A partir de septiembre, la tasa de exceso de mortalidad disminuyó y, en diciembre de 2020, se situó por debajo de los niveles registrados en los cinco años anteriores para todos los trabajadores clave.

En otro estudio basado en los mismos datos comparativos de Inglaterra, se emplearon modelos de riesgo proporcional para investigar los cocientes de riesgo de los trabajadores clave y no clave durante el primer año de la pandemia en ese país¹⁵. Se observó que los cocientes oscilaban entre 1,45 y 1,22 para los hombres, y entre 1,16 y 1,06 en el caso de las mujeres¹⁶. Los taxistas y chóferes, el personal de apoyo, los conductores de autobús y autocar, los trabajadores de saneamiento, los trabajadores de asistencia social y los conductores de camionetas fueron las ocupaciones más letales con independencia del género. Además, las tasas de riesgo presentaban similitudes entre hombres y mujeres en ocupaciones individuales, lo que sugiere que las diferencias de género en las tasas agregadas de mortalidad respondían más a diferencias en la ocupación que a diferencias biológicas en la susceptibilidad a la enfermedad (aunque indudablemente existen estas diferencias biológicas)¹⁷.

Tanto en los Estados Unidos como en Inglaterra, los trabajadores de la salud, que estuvieron expuestos de forma continua y masiva al virus, sufrieron un exceso de mortalidad inferior al de los trabajadores del transporte, cuya exposición fue considerable pero inferior a la de los trabajadores de la salud. Este resultado aparentemente contraintuitivo puede estar relacionado con las medidas de seguridad y salud en el lugar de trabajo: en los servicios de salud era más probable que hubiera protocolos específicos de seguridad y salud y medidas para exigir su cumplimiento, del mismo modo que los trabajadores estaban mejor informados acerca de los riesgos. Los trabajadores de la salud fueron de los primeros en recibir equipos de protección y, en general, suelen tener acceso a licencias por enfermedad remuneradas y atención médica. En cambio, los trabajadores del transporte generalmente son independientes o trabajan para pequeñas empresas en que los protocolos de seguridad, si existen, se adoptan por razones de responsabilidad personal antes que en el marco de una política empresarial. Durante la pandemia, esos trabajadores a menudo no sabían cómo protegerse, solo tenían acceso a equipos de protección después de un accidente, raras veces podían disfrutar de licencias por enfermedad remuneradas al trabajar por cuenta propia y, en los Estados Unidos, normalmente carecían de seguro médico.

Un pequeño pero creciente conjunto de datos pone de manifiesto que la sindicación protegió a los trabajadores durante la pandemia.

La conclusión más general es que, aunque los trabajadores clave desempeñen trabajos intrínsecamente más peligrosos, una combinación de procedimientos preventivos, equipos de protección y acceso a sistemas de protección laboral y social puede contribuir a mantenerlos (relativamente) a salvo incluso en circunstancias adversas.

Según se desprende de una encuesta sobre la COVID-19 realizada en Francia en enero de 2021, el 18 por ciento de todos los empleados fueron diagnosticados de COVID-19 o presentaron síntomas inequívocos de COVID-19 en algún momento, pero los porcentajes fueron más elevados en el caso de los trabajadores del transporte (el 29 por ciento), los profesionales de enfermería y partería (el 29 por ciento), los auxiliares sanitarios (el 28 por ciento) y la policía y los bomberos (el 28 por ciento)¹⁸. Los resultados de Francia corroboran, en general, las tendencias observadas en los Estados Unidos e Inglaterra respecto de las ocupaciones más letales, si bien las diferencias por ocupación en cuanto a la incidencia del contagio en Francia parecen ser de menor amplitud que las diferencias en la tasa de mortalidad en los Estados Unidos, quizá como reflejo del acceso universal a los servicios de salud y a las licencias por enfermedad.

En otros estudios sobre la enfermedad de la COVID-19 también se han observado diferencias significativas por ocupación. En España¹⁹, el exceso de licencias por enfermedad fue mayor en marzo de 2020 que durante el periodo de referencia en todas las ocupaciones, incluidos los trabajadores de la salud, pero los valores más altos corresponden a los trabajadores de la construcción. En Qatar²⁰, los trabajadores de la construcción y del comercio al por menor eran los más propensos a dar positivo en la prueba de COVID-19. Es previsible que el comercio al por menor conlleve un mayor riesgo, puesto que implica un contacto con clientes, pero no ocurre así en el caso de la construcción. Los autores del estudio atribuyen el fenómeno al hacinamiento en las viviendas de los trabajadores de la construcción migrantes como causa probable, lo que pone de relieve, una vez más, que no son las características intrínsecas de la ocupación las que provocan una mayor mortalidad, sino las políticas y procedimientos adoptados para garantizar la seguridad de los trabajadores, o la falta de ese tipo de medidas.

Un último resultado que conviene señalar es la existencia de un pequeño pero creciente conjunto de datos empíricos que demuestran que la sindicación protegió a los trabajadores —a todos, no solo a los trabajadores clave— durante la pandemia²¹. En los Estados Unidos, los lugares de trabajo sindicados tenían más probabilidades de contar con sistemas de protección contra los peligros ambientales²² y de estar sujetos a inspecciones sanitarias²³. Además, era más probable que los trabajadores sindicados tuvieran seguro médico y acceso a licencia remunerada por enfermedad²⁴. Por consiguiente, no es de extrañar que una mayor densidad sindical ralentizara la propagación de la pandemia²⁵ y que los trabajadores sindicados tuvieran menos probabilidades de morir de COVID-19 que los no sindicados²⁶. Aunque los estudios anteriores se refieren a los Estados Unidos, es lógico pensar que los resultados también son válidos para otros países.

Todos los estudios mencionados se refieren a países de ingresos altos. En el gráfico 2.3 se observa que, a diferencia de lo ocurrido en los Estados Unidos y en Inglaterra y Gales, el exceso de mortalidad en el Brasil fue menor para los

▶ **Gráfico 2.3. Tasa de exceso de mortalidad de los trabajadores clave y no clave en el Brasil, 2020 (por 100 000 trabajadores)**



Nota: El periodo de referencia en el caso del Brasil son los tres años anteriores (2017, 2018, 2019), una franja temporal mucho más adecuada que la que se tomó como referencia en el análisis relativo a los Estados Unidos (los dos primeros meses de 2020).

Fuente: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) y Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar Continua (PNADC), microdatos.

► **Cuadro 2.4. Variación en las muertes de trabajadores de edades comprendidas entre 30 y 60 años en el periodo de 2019 a 2020, el Brasil y Colombia, selección de categorías (en porcentaje)**

Brasil		Colombia	
Categoría de ocupación	Δ muertes	Categoría de ocupación	Δ muertes
Trabajadores de servicios funerarios	35,8	Trabajadores de correos	62,0
Trabajadores de correos	34,8	Policía y bomberos	60,4
Profesionales de enfermería y otros trabajadores hospitalarios	30,1	Conductores	47,3
Conductores	27,2	Profesionales de enfermería y otros trabajadores hospitalarios	40,7
Policía y bomberos	27,0	Seguridad privada	32,1
Otros trabajadores	20,0	Vendedores ambulantes	31,2
Limpiadores públicos	19,6	Otros trabajadores	26,9
Vendedores ambulantes	15,2	Limpiadores públicos	13,3
Trabajadores agropecuarios	7,5	Trabajadores agropecuarios	12,9

Nota: Las cifras correspondientes a los trabajadores agropecuarios se indican en negrita; las ocupaciones en que hubo menos de 300 muertes en 2019 se muestran sin resalte. Los datos proceden de los sistemas de estadísticas vitales, que son censos, por lo que no hay error de muestreo. No obstante, las ocupaciones que tienen una definición más restringida y registran relativamente pocas muertes están menos sujetas a la ley de los grandes números y, por lo tanto, siguen mostrando grandes oscilaciones de un año a otro. Téngase también en cuenta que la selección de ocupaciones expuesta en el gráfico no representa a todos los trabajadores ocupados.

Fuente: Sistemas de estadísticas vitales del Brasil y de Colombia. Microdatos.

trabajadores clave que para los trabajadores no clave. La diferencia entre ambos grupos no es muy amplia, de entre 3 y 4 muertes por cada 100 000 trabajadores en la mayor parte del periodo objeto de análisis, pero contradice los resultados de los países de ingresos altos.

Sin embargo, los trabajadores clave de los países de ingresos medianos y bajos difieren de los de los países de ingresos altos en la mayor proporción de trabajadores agropecuarios y en la mayor incidencia de las ocupaciones informales, en las cuales la aplicación de medidas de SST tiende a ser más precaria o inexistente.

Los trabajadores agropecuarios estaban relativamente protegidos de la COVID-19 gracias al distanciamiento físico asociado a una menor densidad de población en el medio rural. En el cuadro 2.4 se muestra la variación de las muertes en el periodo de 2019 a 2020 en una selección de ocupaciones clave en el Brasil y Colombia, incluidos los trabajadores agropecuarios. Debido a las divergencias entre las clasificaciones profesionales de las encuestas de población activa y las estadísticas vitales, no es posible calcular las variaciones de la tasa de mortalidad, sino solo las del número de defunciones. Así pues, cuando las variaciones del número de defunciones tienen que ver con el número de trabajadores de cada ocupación, no pueden dissociarse de las variaciones de la tasa de mortalidad de cada ocupación. No obstante, dada la magnitud de las variaciones del número de muertes, es probable que los resultados se deban principalmente a cambios subyacentes en la tasa de mortalidad.

Los datos indican que, tanto en el Brasil como en Colombia, las ocupaciones agropecuarias son las que muestran un menor incremento del número de muertes. En el caso de las ocupaciones no agropecuarias, las variaciones del número de muertes coinciden con las de las tasas de mortalidad estimadas en los estudios sobre Francia, los Estados Unidos e Inglaterra. Los conductores y las enfermeras figuraban entre las profesiones más peligrosas. Los trabajadores de correos y, en el Brasil, los de servicios funerarios, a pesar de ser poco numerosos, sufrieron el mayor aumento de defunciones.

El cuadro 2.5 recoge las variaciones del número de muertes en Costa Rica y México de 2019 a 2020. En contraste con el cuadro 2.4, el cuadro 2.5 muestra las defunciones por grandes categorías que, en principio, representan a todos los trabajadores. Las categorías utilizadas en Costa Rica y México no son coincidentes entre sí, pero en ambos casos engloban al conjunto de la población activa, desglosada en categorías de ocupación de un solo dígito.

Los trabajadores agropecuarios en Costa Rica se sitúan en la mitad superior de las ocupaciones con mayor incremento del número total de muertes, mientras que en México la agricultura es la categoría con menor aumento de la mortalidad. La elevada mortalidad agrícola en Costa Rica puede ser un reflejo del gran número²⁷ de trabajadores

▶ **Cuadro 2.5. Variación en las muertes de trabajadores de edades comprendidas entre 30 y 60 años en el periodo de 2019 a 2020, por grandes categorías de ocupaciones, Costa Rica y México (en porcentaje)**

Costa Rica		México	
Categoría de ocupación	Δ muertes	Categoría de ocupación	Δ muertes
Directores y gerentes	25,0	Funcionarios, directores y jefes	116,6
Personal de apoyo administrativo	17,4	Profesionistas y técnicos	96,2
Agricultores y trabajadores agropecuarios, forestales y pesqueros	16,2	Operadores de maquinaria industrial, ensambladores, choferes y conductores de transporte	95,5
Desempleados	15,5	Trabajadores auxiliares en actividades administrativas	95,4
Profesionales científicos e intelectuales	7,3	Comerciantes, empleados en ventas y agentes de ventas	85,0
Técnicos y profesionales de nivel medio	4,1	Trabajadores en servicios personales y vigilancia	79,1
		Trabajadores artesanales	45,0
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercado	4,0	Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	26,4
Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores	3,9	Trabajadores en actividades agrícolas y ganaderas	16,2
Administradores del hogar	0,8	Todos los trabajadores	63,2
Trabajadores en actividades elementales y de apoyo	-2,1		
Trabajadores artesanales	-10,5		
Todos los trabajadores	3,1		

Fuente: Sistemas de estadísticas vitales de Costa Rica y de México. Microdatos.

migrantes temporales (el 56 por ciento de la población ocupada en el sector del café estaba formada por trabajadores temporales nicaragüenses)²⁸, una situación muy similar a la observada en California²⁹. Por supuesto, también hay trabajadores migrantes en la agricultura y la ganadería mexicanas, pero su proporción es menor: menos del 10 por ciento de todos los trabajadores agropecuarios, frente a más de la mitad en Costa Rica y la inmensa mayoría en California.

Conviene precisar que los trabajadores agropecuarios y los trabajadores de los sistemas alimentarios no son categorías coincidentes. Los trabajadores agropecuarios son trabajadores de los sistemas alimentarios, pero esta última categoría también incluye a los trabajadores industriales, como los empacadores de carne, cuya mortalidad durante la pandemia fue muy elevada, tanto en los países de ingresos altos³⁰ como en los de ingresos medianos³¹. Asimismo, obsérvese la discrepancia entre los resultados del Brasil, Colombia y México, y los de los trabajadores agropecuarios y alimentarios de California y, en menor medida, de Costa Rica. La explicación más plausible es que en el Brasil, Colombia y México la mayor parte del empleo agropecuario se da en pequeñas explotaciones, e incluso las explotaciones más grandes recurren a peones agrícolas disponibles en el entorno local, mientras que en California el empleo agropecuario se concentra en explotaciones más grandes que utilizan mano de obra migrante³². Por último, la proporción de empleo agropecuario es mucho menor en los países de ingresos altos, donde apenas el 3 por ciento de la población activa total trabaja en la agricultura, en tanto que la proporción se eleva al 29 por ciento en los países de ingresos medianos y alcanza el 59 por ciento³³ en los de ingresos bajos.

► **Cuadro 2.6. Tasa mensual de exceso de mortalidad por 1 000 trabajadores formales en el Brasil, 2020**

Categoría	Tasa de exceso de mortalidad	Categoría	Tasa de exceso de mortalidad
Conductores de camioneta	2,94	Empleados de gasolinera	0,42
Conductores de camión	2,77	Técnicos de mantenimiento	0,42
Conductores de autobús	2,26	Otros trabajadores de almacén	0,39
Conductores de autobús interestatal	1,85	Supervisores administrativos	0,39
Guardias de protección nocturnos	1,05	Operarios de línea de producción	0,38
Conductores de motocicleta	1,03	Conserjes	0,38
Porteadores	1,02	Limpiadores	0,36
Trabajadores de almacén	0,73	Cocineros	0,34
Técnicos de enfermería	0,66	Directores y gerentes	0,29
Empacadores de carne	0,58	Técnicos de mantenimiento de edificios	0,25
Empacadores manuales	0,42	Mecánicos de automóviles	0,24

Nota: Las ocupaciones corresponden a la Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que se basa en gran medida en la CIUO.

Fuente: Pereira Galindo, Pereira Silva y Pedreira Júnior, 2020.

La conclusión es que, en los países de ingresos medianos, la combinación de una mayor proporción de empleo agropecuario y una menor mortalidad relativa por COVID-19 en los trabajadores del sector empujó a la baja la tasa de mortalidad general de los trabajadores clave. Sin embargo, incluso en países con muchos trabajadores agropecuarios y bajas tasas de mortalidad en la agricultura, muchas otras ocupaciones clave se vieron gravemente afectadas, como los trabajadores del transporte y la seguridad. En numerosos casos se trataba de trabajadores informales, que probablemente tenían menos facilidades de acceso a las protecciones de SST.

En efecto, al analizar el empleo formal del sector privado en el Brasil, a partir de los datos de un registro laboral que documenta las defunciones³⁴, se obtienen tasas de mortalidad por ocupación similares a las de los países de ingresos altos³⁵. En el cuadro 2.6 se muestran las 22 ocupaciones más letales por código de ocupación de tres dígitos (de un total de 196) en 2020. Como era de esperar, los conductores son el grupo profesional con mayor exceso de mortalidad. Los médicos no se encuentran entre las 22 profesiones más peligrosas, pero los profesionales de la enfermería ocupan el noveno lugar. Los policías y los bomberos no aparecen en las cifras porque están empleados en el marco de un régimen jurídico diferente no incluido en esta base de datos, pero la ocupación de guardia de protección nocturno sigue siendo una de las más peligrosas.

¿Qué conclusiones cabe extraer de los resultados? La conclusión más importante es evidente: las políticas importan y pueden salvar vidas. En los Estados Unidos, Francia e Inglaterra, los trabajadores de la salud, a pesar de su intensa exposición al virus, estaban en términos relativos mejor protegidos que los trabajadores del transporte. Los trabajadores sindicados estaban mejor protegidos que los no sindicados. En el Brasil, las ocupaciones más letales fueron las mismas que en los países de ingresos altos, pero la mortalidad global de los trabajadores clave fue inferior, debido a la inclusión de los trabajadores agropecuarios. En todos los países examinados, los conductores, los guardias de protección y el personal de enfermería fueron las ocupaciones con mayores tasas de mortalidad por COVID-19.

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de las políticas: las personas que trabajaban en lugares provistos de procedimientos adecuados, con acceso a equipos de protección y con derecho a licencia por enfermedad y tratamiento médico, estaban más protegidas en términos relativos frente a la muerte por COVID-19. Estos procedimientos pueden provenir de la formalidad, de una mayor densidad sindical o incluso de los conocimientos profesionales (en

el caso de los profesionales de la salud). En todo caso, con independencia de cómo lleguen a implantarse, lo cierto es que salvan vidas.

La misma lógica se aplica a otros aspectos de la SST. ¿Se exponen los trabajadores clave a riesgos inherentes a su ocupación? Sí, sin duda, pero esos riesgos pueden mitigarse o incluso eliminarse por completo con políticas eficaces de seguridad y salud en el trabajo.

2.2. La tensión de trabajar durante la pandemia

El trabajo clave durante la pandemia de COVID-19 sometió a los trabajadores a una serie de tensiones, cada vez más fuertes, que tuvieron consecuencias para su salud y bienestar: desde el riesgo físico de enfermar a causa del virus —como ya se ha comentado— y de transmitirlo a los convivientes en el hogar hasta el aumento de la intensidad del trabajo por tener que incorporar protocolos de seguridad y salud y otras tareas nuevas a diario; un entorno social difícil por tener que tratar con clientes indisciplinados y no poder relacionarse con los compañeros; y la preocupación por la pérdida de ingresos. No obstante, la experiencia también pudo ser estimulante en ocasiones, al acrecentar la implicación y la gratificación en el trabajo, especialmente si los trabajadores contaban con un fuerte apoyo social, empresarial y comunitario, y si recibían algún reconocimiento de su contribución a la sociedad.

El análisis expuesto en esta sección se inspira en la bibliografía sobre la tensión en el trabajo, a partir del modelo sobre el control de las exigencias desarrollado inicialmente por Karasek, perfeccionado y ampliado posteriormente por el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa de Siegrist, y el marco de exigencias-recursos del empleo formulado por Bakker y Demerouti³⁶. En la bibliografía sobre la tensión laboral se reconoce la interacción entre las exigencias impuestas al trabajador y los recursos de que este dispone para atender o mitigar esas exigencias, así como las consecuencias de ese proceso en la salud mental y en la calidad general del empleo. Los recursos consisten en los aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizativos de un puesto de trabajo que ayudan a alcanzar los objetivos laborales, reducen las exigencias o estimulan el crecimiento, el aprendizaje y el desarrollo personales. A pesar de que los trabajos excesivamente exigentes se asocian a un mayor riesgo de problemas de salud, principalmente enfermedades cardiovasculares, enfermedades osteomusculares y depresión³⁷, si una persona con un trabajo exigente tiene también libertad para tomar decisiones y disfruta de un entorno laboral propicio, entonces los riesgos conexos pueden mitigarse. En cambio, si las elevadas exigencias laborales se combinan con la falta de libertad para tomar decisiones y un escaso apoyo en el empleo, los riesgos se acrecientan. Más allá de las diferencias entre modelos de tensión laboral, el principio rector es la evaluación del equilibrio entre las exigencias y los recursos en el lugar de trabajo.

Un importante factor determinante de las exigencias y los recursos de que dispone un trabajador es su modalidad de empleo. Un trabajador empleado formalmente, con seguridad laboral y un sindicato que represente sus intereses, dispone de mayores recursos para minimizar las tensiones, o adecuar su trabajo a las exigencias del puesto, que

un trabajador empleado informalmente, carente de seguridad laboral y de representación sindical. Es sabido que el apoyo de la dirección y de los compañeros es un recurso valioso para el trabajador e indispensable para su sensación de bienestar y satisfacción laboral. Por supuesto, hay excepciones, pero la relación contractual —junto con los derechos y prestaciones que otorga— suele influir en el margen de actuación de los trabajadores para mitigar la tensión laboral. Los trabajadores por cuenta propia también están sometidos a tensiones laborales y, aunque la autonomía y la flexibilidad son un recurso importante, pueden contrarrestarse por la presión asociada a la necesidad de



obtener ingresos suficientes, los riesgos físicos del trabajo y la falta general de apoyo colectivo. Por otro lado, trabajar de manera informal agrava los riesgos, al tiempo que limita los recursos potenciales.

Otra fuente importante de apoyo y de tensión potencial es el hogar o la familia. Aunque los recursos personales no se contemplan expresamente en el marco de exigencias-recursos del empleo, por cuanto este se centra en el entorno de trabajo, se reconoce que los recursos (o exigencias) personales son un mediador o antecedente de las exigencias y recursos laborales³⁸. Los trabajadores forman parte de hogares, y las implicaciones de la condición de trabajador clave durante la pandemia de COVID-19 afectaron a las familias, con posibles consecuencias para la resiliencia interna de los trabajadores. Los cambios que sufrieron los hogares tras el cierre de escuelas y guarderías, entre otras restricciones, hicieron que muchas personas dependientes estuvieran en casa y necesitaran cuidados, lo que aumentó la presión sobre los trabajadores clave, especialmente las mujeres, para realizar tareas de cuidados no remuneradas³⁹. En el caso de los trabajadores migrantes y la gente de mar, la distancia geográfica añadida entre los lugares de trabajo y los hogares probablemente aumentó las exigencias y redujo los recursos⁴⁰. La separación de sus familias se agravó con las restricciones impuestas a la movilidad durante la pandemia. Además, la residencia en albergues, habitual entre los trabajadores migrantes, fue una fuente importante de brotes y conglomerados notificados y agravó la tensión psicológica causada por las restricciones de movilidad. Las elevadas tasas de pérdida de empleo y de retorno de migrantes supusieron una presión adicional para muchos hogares, incluso para aquellos en que algunos miembros seguían prestando servicio como trabajadores clave.

Esta sección y la sección 2.3 se basan en investigaciones cualitativas encargadas por la OIT, así como en fuentes secundarias, para describir la experiencia vivida por los trabajadores y empresarios clave durante la pandemia. Las más de 500 personas entrevistadas en la Argentina, el Canadá, Filipinas, Ghana, la India, Kenya, Malasia, México, el Perú, la República de Corea, Sudáfrica y Türkiye prestan servicios clave (véase más información en el anexo). El objetivo del análisis cualitativo que se expone a continuación no es enumerar frecuencias, sino comprender la experiencia vivida por los trabajadores clave durante la pandemia, tratando de conocer su visión de las diferentes exigencias que se les plantearon y los recursos de que disponían. Cada sección comienza con una explicación de la pertinencia del tema para la calidad del empleo, en el contexto de la pandemia de COVID-19. Cuando procede, el análisis se basa en otras fuentes de información, primarias o secundarias. Aunque se descubren experiencias y temas comunes, existen diferencias sustanciales en función de la ocupación y el sector, la situación laboral y la modalidad contractual, la ciudadanía y la situación de residencia, y el país en el que trabaja el individuo, incluido su sistema de relaciones laborales.

Entorno físico: riesgo de enfermedad

La tensión más evidente del trabajo clave en la pandemia se debió al riesgo físico de exposición al virus y de contagio de la enfermedad, tal como se documenta en la sección 2.1. Los trabajadores eran conscientes de este riesgo, tanto para sí como para sus familias. Salvo contadas excepciones, los participantes en el estudio expresaron su temor a contraer la COVID-19 al acudir al trabajo, durante la interacción con pacientes, clientes y compañeros, así como en los desplazamientos entre el domicilio y el lugar de trabajo.

El miedo era mayor al comienzo de la pandemia, cuando imperaba la incertidumbre sobre el virus: sus modos de transmisión, su gravedad o las medidas que debían implantarse. Román, cajero de supermercado en la Argentina, explicó que trabajar en la pandemia fue *«Horrible. Horrible desde el primer momento. Veía que no se sabía nada con el virus. Y uno, no es que iba a trabajar, uno estaba obligado a ir a trabajar, una cosa de locos. Uno tenía que ir obligado a trabajar en el primer periodo en el que no se sabía nada, y no estaba bien en claro cómo era el contagio, cómo te tenías que cuidar»*.

Pasado algún tiempo, los trabajadores seguían preocupados, principalmente aquellos que tenían una interacción continua con el público. Como explicó un trabajador de correos de la República de Corea: *«Solo en nuestra oficina de correos hay 120 empleados. En algunas oficinas hay incluso más. Cuando una persona está de servicio en el exterior, entra en contacto con más de 50 desconocidos. Vamos camino de convertirnos en superpropagadores en ese sentido»*. Otros se preocupaban por las consecuencias de enfermarse en el lugar de trabajo, como este limpiador en un hospital de la República de Corea: *«Lo más agotador mentalmente durante esta pandemia es el estrés de saber que, si nos infectamos, todo el hospital corre peligro»*.

En Ghana y Kenya, el personal hospitalario explicó cómo la falta de recursos adecuados en los hospitales para realizar pruebas de COVID-19 agravaba los riesgos para los trabajadores. Eli, camillero de un hospital de Ghana, lo explicó así: *«Teníamos cuidado al acercarnos a los pacientes de la sala porque no sabíamos quién tenía COVID-19 y quién no. Si alguien tose en la sala, hay tensión, nadie quiere estar cerca»*.

Otros expresaron su frustración por los riesgos a que se exponían a cambio de una remuneración misérrima, como relató esta niñera en la Argentina: «Y porque yo viajaba en transporte público. Para mí eso era lo peor. Tener que estar arriesgando mi vida para cuidar un pibe que no es mío, y por mangos pesos con 50».

Sin embargo, la obligación de seguir trabajando constituía un fuerte estímulo para muchas personas, lo que las impulsaba a afrontar el riesgo. Carlos, enfermero en la Argentina, lo explicó en estos términos:

En algún momento, recuerdo como que comenzaba a dudar: «¿y si me contagio?»; tenía el temor de contagiar a los demás, a mi entorno familiar. Como que ya empecé a tener ese temor y como que me va a defensas, como que me venía un bajón de estar ahí en la guardia en ese momento. Recuerdo siempre a mi compañera que me dijo: «Bueno, para eso estudiamos, para eso elegimos la carrera; de hecho, estamos aquí porque nos gusta ayudar a las personas. Esta gente nos necesita y por eso estamos acá. Ahora nos tocó a nosotros. Tenemos que estar nomás». No me olvidó porque eso fue lo que me dio fuerza a seguir en ese momento.

Muchos de los trabajadores clave entrevistados contrajeron la COVID-19 o tenían compañeros que habían enfermado y que incluso habían perdido la vida. Los datos sobre el exceso de mortalidad analizados en la sección 2.1 muestran que las tasas de mortalidad más elevadas corresponden a los trabajadores del transporte. Aunque las encuestas no se realizaron para medir la incidencia, sino para comprender la experiencia de los trabajadores clave en la pandemia, las entrevistas con los trabajadores del transporte en la Argentina dan fe del alto nivel de contagio en este sector. Así, una trabajadora del metro señaló cómo 15 de sus compañeros habían muerto a causa de la COVID-19, razón por la que sus compañeros y ella habían exigido el acceso prioritario a las vacunas; de forma similar, un conductor de autobús relató que tres de sus compañeros habían muerto, un desenlace que atribuyó a la insuficiencia de medidas para controlar los riesgos asociados a la pandemia⁴¹.

Los contagios eran también muy frecuentes en la comunidad migrante. En Malasia, los trabajadores migrantes entrevistados señalaron que casi todos ellos y los «convivientes» se habían contagiado de COVID-19, muy probablemente debido al hacinamiento en apartamentos o albergues donde dormían por turnos en las mismas camas. Un guardia de protección nepalí que trabajaba en Malasia relató que había contraído la COVID-19 y que 16 de los 20 compañeros con los que convivía habían dado positivo⁴². Entre los trabajadores agropecuarios migrantes en el Canadá, el riesgo de propagación del virus entre compañeros de trabajo se agravaba por la práctica de trabajar en diferentes explotaciones⁴³.

Seguridad y salud: aplicación de medidas de protección, incluido el suministro de equipos de protección personal

Una de las principales preocupaciones de los trabajadores clave ha sido la aplicación adecuada y suficiente de medidas de seguridad y salud en el lugar de trabajo, incluidas cuestiones como la ventilación, las barreras físicas, el distanciamiento social, la limpieza y desinfección, el cribado y el suministro de equipos de protección personal (EPP). Durante las entrevistas se obtuvieron algunas respuestas relativas a la aplicación y el rigor de los protocolos de SST. En general, se observa que los protocolos se respetaron más en las grandes organizaciones formales, sobre todo en el sector de la salud, donde los riesgos biológicos son constantes y donde se trataba a pacientes de COVID-19, pero también en otros sectores, como la aviación, la explotación de minas y los puertos, donde las normas de seguridad y salud son, por ley, más rigurosas. Un obrero portuario del Perú comentó que su empresa realizaba «pruebas periódicas y todos los días nos renueva las mascarillas y el alcohol en gel. Hay una preocupación por el trabajador». Del mismo modo, una azafata keniana explicó:

El equipo médico de la compañía estaba siempre presente antes de cada vuelo para ofrecer información sobre cómo tratar a bordo los casos relacionados con la COVID-19. Se redujo al mínimo el servicio a bordo para que hubiera menos interacción entre la tripulación y los pasajeros. La compañía también interrumpió el servicio a bordo en los vuelos nacionales, teniendo en cuenta que no era obligatorio que los

pasajeros nacionales se sometieran a pruebas antes de viajar [...]. Estaba previsto que la tripulación trabajara por turnos y que los integrantes de un equipo operaran juntos los mismos vuelos.

Sin embargo, se observan diferencias entre países incluso en los sectores con normas de SST más estrictas, pues los trabajadores de la salud en algunos países en desarrollo no recibían suficientes EPP en sus hospitales, como consecuencia de las dificultades a nivel nacional (y mundial) para adquirir esos productos, especialmente al comienzo de la pandemia. En México, pero también en Ghana, la India y el Perú, los trabajadores relataron que el suministro de EPP era insuficiente. Así lo señaló, por ejemplo, esta enfermera de un hospital público de México:

[...] Al principio solo querían darles [...] un solo equipo, entonces ¿cómo pretendían que con un equipo de protección se trabajara una jornada de ocho horas?, entonces ¿qué no comían?, ¿qué no bebían agua?, o ¿qué no iban al baño? [...] te los contaban así, literal, solo tenías derecho, al principio, a un equipo.

También hay variaciones considerables entre los trabajadores de las instituciones sanitarias (médicos, profesionales de la enfermería, celadores, limpiadores), tal vez motivadas por su estatus en las organizaciones y por el riesgo de exposición percibido. Los trabajadores de limpieza de los hospitales de la República de Corea comunicaron que habían tenido que comprar mascarillas por su cuenta, en vista de que la dirección no se las proporcionaba en cantidades suficientes, lo que preocupaba sobre todo a quienes limpiaban las salas de pacientes de COVID-19⁴⁴. Los trabajadores de la salud que prestaban servicio fuera de las instituciones, como el personal comunitario de Ghana y la India, también señalaron que el suministro de EPP era insuficiente. Bright, trabajador de servicios funerarios de Ghana, manifestó su descontento por las condiciones en que trabajaban, sin suficiente protección:

Necesitamos EPP urgentemente, pero en nuestro trabajo solo disponemos de bata y guantes. Esta no es manera de trabajar. Aquí estamos muy expuestos y, si se produjera un brote, todos nos veríamos afectados. En otros países, el personal de los servicios funerarios lleva EPP de la cabeza a los pies. Por lo tanto, tienen la piel protegida, ya que el agua que utilizan para limpiar los cuerpos no se filtra a través del EPP. Aquí no es así. A veces, entramos en la cámara frigorífica sin llevar ningún EPP⁴⁵.

Los trabajadores agropecuarios migrantes en el Canadá vivían en condiciones de hacinamiento en albergues con dormitorios, baños y cocina compartidos, lo que impedía mantener una distancia física adecuada entre personas. Solo uno de los 30 trabajadores entrevistados declaró que su empleador había alquilado viviendas adicionales para dividir a los trabajadores y reducir así el hacinamiento. En dos casos se previó que un menor número de trabajadores compartieran vivienda durante la pandemia, pero eso no era lo habitual. Las entrevistas ponen de manifiesto que la principal estrategia utilizada para contener la propagación del virus durante la pandemia consistió en mantener a los trabajadores confinados en su casa⁴⁶. Sin embargo, a pesar de la cuarentena, la práctica de contratar a trabajadores adicionales indocumentados, que se desplazaban de una granja a otra, seguía siendo frecuente. La preocupación por la posible propagación del virus a través de los trabajadores agropecuarios itinerantes llevó a Ricardo y a sus compañeros, empleados en un invernadero de Leamington (Ontario), a presentar quejas al propietario de la explotación. Como él mismo explicó:

Tuvimos la oportunidad de hablar con los propietarios de las granjas. Y les dijimos que, si nos imponían restricciones, también debían asegurarse de no contratar a trabajadores [indocumentados] de empresas contratistas.

Nosotros respetamos las normas de la empresa, pero los trabajadores enviados por contratistas son libres de ir donde quieran después del trabajo. Y les dijimos que eso no es justo. Ellos se desplazaban a sus anchas mientras que nosotros éramos precavidos, pero luego venían y nos contagiaban. Así que no nos parecía justo.

Preocupados por su seguridad, muchos trabajadores clave establecieron sus propias medidas o, en el caso de los que estaban sindicados, recurrieron a su sindicato para exigir una mayor protección. Un trabajador de correos de México relató que sus compañeros y él habían tomado la iniciativa de introducir cambios en el lugar de trabajo, incluso en los horarios, para preservar la seguridad del entorno laboral:

Hicimos cambios nosotros mismos [...] cambiamos en dos equipos, para no juntarnos todos [...] [P. ¿Fue una directriz de la empresa o ustedes lo llevarán allí a cabo?] Pues fueron entre todos, nosotros lo llevamos a cabo. Y pues los jefes también tenían que estar de acuerdo.

En una fábrica de elaboración de alimentos en la Argentina, los trabajadores subcontratados no se beneficiaban de las mismas medidas de seguridad y salud, ya que existía una política de cuidados de «primera» y cuidados de «segunda», en función de las modalidades contractuales de cada uno. Según esta política, la empresa no garantizaba los servicios de transporte para trabajadores subcontratados. Los trabajadores subcontratados de limpieza y mantenimiento consiguieron organizarse para exigir que la empresa les prestara también servicios de transporte. Con la ayuda del sindicato y varias reuniones con la dirección, consiguieron obtener el mismo derecho que los demás trabajadores⁴⁷. En general, en todos los casos estudiados, la presencia de sindicatos, especialmente de comités sindicales internos, fue un recurso importante para conseguir protecciones adicionales a las propuestas por las empresas.

En Filipinas, ante la falta de una normativa oficial que regulara los cuidados a domicilio, las medidas adoptadas para preservar la seguridad y la salud dependían de la familia del paciente, así como de las directrices sanitarias mínimas que los cuidadores habían recibido en su formación. Por lo general, los cuidadores se duchan y se ponen el uniforme antes de atender a los pacientes y llevan mascarillas en el lugar de trabajo. Josie, cuidadora a domicilio de enfermos crónicos y pacientes de edad avanzada, contó que un empleador la obligaba a hacerse una prueba de antígenos de COVID-19 cada mes, a cargo del propio empleador, mientras que otro empleador le exigía un resultado negativo en la prueba PCR, que ella misma debía costearse. El distanciamiento social en los entornos domésticos no era fácil de respetar, pero los hogares solían restringir la presencia de personas ajenas y utilizaban plataformas en línea para comunicarse con los médicos de los pacientes⁴⁸.

Algunos trabajadores informales por cuenta propia señalaron que habían aprendido lo que se debía hacer gracias a la información difundida en canales públicos. Como explicó Akosua, una vendedora ambulante de Ghana: «Tenemos educación pública en la televisión y en la radio. Además, algunos de nuestros clientes nos advirtieron de que tuviéramos cuidado cada vez que venían al mercado a comprar». Asimismo, Linda, una comerciante, señaló: «Nadie vino oficialmente a mi tienda a enseñarme, pero lo aprendí en las noticias de la televisión y la radio». John, propietario de un negocio de servicios de reparto, tuvo conocimiento de las precauciones que debía tomar a través de su hija, a la que habían enseñado en la escuela lo que había que hacer⁴⁹.

Separación de la familia y aislamiento social

Otra medida adoptada por los empleadores —y a veces por iniciativa propia de los trabajadores— fue residir separados de sus familiares para evitar la propagación del virus. Aunque la separación mitigaba el riesgo de contagio a los familiares, también cercenaba un importante recurso de apoyo social para los trabajadores en un momento difícil. Para algunos trabajadores, estar separados era preferible a correr el riesgo de contagio; a otros les contrariaba la situación de distanciamiento indeseado. Ante la necesidad económica de mantener a la familia y la práctica imposibilidad de encontrar otro empleo durante la pandemia, su única opción era aceptar la separación temporal.

Algunos de los trabajadores entrevistados explicaron que habían optado por aislarse de sus familias para minimizar el riesgo. Lucrecia, enfermera de un hospital público de México, explicó que normalmente vivía con su hermana y con su madre pero que, durante más de un año de pandemia, había vivido separada de ellas, junto con otra compañera que se aislaba de su familia. Como las dos trabajaban muchas horas, sus familiares les llevaban comida y se la pasaban a través de la cancilla⁵⁰. Un enfermero de Türkiye relató que había enviado a su mujer y a sus hijos al pueblo natal de la familia durante un mes y medio para evitar el contagio. El propietario de un café en Türkiye tomó una decisión similar: «alejarme por completo durante 42 días sin ver a mis hijos ni a mi familia, aunque no estaba enfermo [...] Nos daba miedo incluso volver a casa»⁵¹.

En otros casos, se exigía a los trabajadores que permanecieran en las instalaciones de la empresa o en viviendas proporcionadas por el empleador. En el sector minero del Perú, las cuarentenas obligatorias obligaban a los trabajadores

a separarse de sus familiares durante varias semanas para evitar el contagio. Esta imposición fue duramente criticada por varios sindicatos, debido a la arbitrariedad de la política de horarios, y se llegó a demandar a la empresa por la retención ilícita de trabajadores⁵². En Filipinas, las empresas de externalización de procesos empresariales solo estaban autorizadas a seguir operando si proporcionaban a sus empleados un alojamiento temporal adecuado o les permitían pasar a una modalidad de trabajo a distancia. Parte del personal hospitalario también tuvo que residir en alojamientos provisionales. Ida, enfermera de un hospital privado de Filipinas, relató que ella y otros profesionales de enfermería tuvieron que alojarse en viviendas proporcionadas por el hospital durante casi seis meses. Afirmó que había sufrido la «separación de su familia» (dos hermanos, madre y abuela) y «soledad» durante esos meses⁵³.

Muchas trabajadoras domésticas se vieron obligadas a permanecer en las instalaciones de sus empleadores una vez impuestas las cuarentenas, pasando a ser personal doméstico interno. Una trabajadora doméstica entrevistada en el Perú declaró que «me chocó, hasta lloré». No regresó a su hogar hasta cuatro meses después debido a las restricciones impuestas por su empleadora. Además de la separación y del aislamiento social, el paso al régimen interno llevaba aparejado un aumento de las horas de trabajo y de su intensidad, pues muchas de las familias empleadoras tenían a los padres y a los hijos trabajando desde casa⁵⁴.

Los trabajadores agropecuarios migrantes ya estaban separados de sus familias, pero las medidas de cuarentena agravaron su aislamiento social. Prácticamente todos los trabajadores entrevistados en Windsor-Essex (Canadá) tuvieron que permanecer en la granja durante la pandemia de COVID-19, en algunos casos hasta un año y medio, e incluso hasta después de que la autoridad sanitaria regional hubiera levantado la mayoría de las restricciones. En una de las granjas, cada semana se permitía a tres personas de la casa de los trabajadores comprar comida para el resto. En algunas explotaciones no se permitía salir a los trabajadores. En lugar de eso, los trabajadores hacían listas de la compra; la empresa les encargaba la comida y se la entregaba a domicilio. Sin embargo, muchos trabajadores aceptaron estas restricciones. Uno de ellos, Daniel, afirmó lo siguiente: «Era como si estuviéramos en la cárcel, pero por nuestro propio bien, ¿no? Bueno, no teníamos derecho a marcharnos porque, si nos íbamos, poníamos en peligro a la empresa y a otros compañeros, y quién sabe a cuántas familias más». No todo el mundo podía tolerar el aislamiento. Sin embargo, si se infringían las normas, se sancionaba a los trabajadores, como explicó Matías: «Si alguien iba a la ciudad a hacer la compra o algo, lo mandaban hacer cuarentena y no le pagaban mientras no trabajaba». En la misma línea, Abel comentó: «Durante la pandemia, no se podía salir de casa para ir a ninguna parte. Estaba prohibido. Y, si te ibas, él [el empleador] se enfadaba y te reprendía»⁵⁵.

Intensidad del trabajo: más exigencias laborales

La intensidad del trabajo se refiere a las exigencias laborales del puesto, concretamente a la cantidad de trabajo que una persona tiene que realizar y a la cuestión de si ese trabajo requiere grandes dosis de energía mental y física. Por un lado, un trabajo que exija demasiado poco a un trabajador puede dejar su potencial insatisfecho («infracarga»). Por otro, hay evidencias de que un trabajo excesivamente exigente («sobrecarga») se asocia con un mayor riesgo de padecer enfermedades graves⁵⁶. El trabajo intenso es un componente clave de los modelos de tensión laboral. En efecto, numerosos estudios epidemiológicos han demostrado las consecuencias negativas para la salud de una fuerte exigencia laboral, especialmente cuando se combina con una autonomía limitada y un entorno social negativo⁵⁷. Desde una perspectiva organizacional, la intensidad del trabajo no está necesariamente vinculada a un mejor rendimiento, sobre todo si la sobrecarga obliga a trabajar con prisas, o si es resultado de la escasez de personal. La alta intensidad del trabajo, aunque a veces se perciba como estimulante y gratificante, se considera una contribución negativa a la calidad del empleo⁵⁸.

La mayoría de los trabajadores clave percibieron un aumento de la intensidad del trabajo. Esto se debió, en parte, a la adición de tareas, normalmente relacionadas con la realización de protocolos de SST, pero también con el aumento de las ausencias en el lugar de trabajo, ya que muchos trabajadores con comorbilidades no podían acudir al trabajo o renunciaban a su empleo por miedo al contagio. En consecuencia, había menos personal disponible y mayores exigencias para los restantes trabajadores. Debido a la atención mediática que recibieron, es bien conocida la presión a la que estuvieron sometidos los sistemas de salud de todo el mundo. No obstante, los entrevistados de otros servicios clave —reparto, seguridad, minería, comercio al por menor y otros— también señalaron el aumento de la intensidad del trabajo y la reorganización laboral que se produjo cuando sobrevino la pandemia.

En Filipinas, el personal médico indicó que en los hospitales faltaban profesionales de enfermería experimentados, debido a la emigración de muchos de ellos en busca de trabajos mejor remunerados en el extranjero. Durante la pandemia se agravaron esas carencias, ya que parte del personal renunció a sus puestos en los hospitales para trasladarse a entornos menos arriesgados, como los centros de vacunación⁵⁹. Además, cuando un trabajador de la salud contraía el virus, toda una sala o unidad podía quedar paralizada. En el hospital donde trabajaban algunos de

los participantes en el estudio, se cerraron dos puestos de enfermería porque no había suficientes profesionales de enfermería disponibles para trabajar. El Departamento de Salud destinó fondos extrapresupuestarios a los hospitales públicos para que contrataran empleados a fin de suplir las carencias, pero aun así no se atendió toda la demanda. La escasez se vio agravada por la gran cantidad de cuidados que requerían los pacientes de COVID-19. Los entrevistados explicaron que, normalmente, una enfermera podía atender a 4-5 pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI), pero difícilmente atendía dos casos críticos o graves de COVID-19. Un hospital que aspirara a duplicar su capacidad operativa para pacientes de COVID-19 idealmente necesitaba duplicar el personal. Una enfermera explicó que habitualmente hacía horas extraordinarias para aumentar sus ingresos, pero que, durante la pandemia, con el exceso de fatiga acabó aprendiendo a rechazarlas⁶⁰.

El aumento de la exigencia laboral en los hospitales no se limitó al personal médico. Las directrices de cuarentena de la República de Corea, denominadas K-Quarantine, aumentaron la carga de trabajo de los trabajadores de la limpieza. Algunos de ellos pasaron a abarcar un área de trabajo más amplia, que comprendía puestos de cribado de COVID-19 en funcionamiento dentro y fuera de las instituciones médicas. Incluso en los casos en que el área de limpieza se mantuvo inalterada, la carga de trabajo aumentó sustancialmente debido a la aplicación de protocolos de limpieza más estrictos y al uso de equipos de protección desechables para el personal médico. Como comentó un limpiador: «Más de 1 000 personas visitan a diario el puesto de cribado de COVID-19 para someterse a pruebas. ¿Cómo vamos a gestionar los desechos médicos que se generan con sus visitas?»⁶¹.

En la India también se intensificó sustancialmente la labor de las trabajadoras de la salud comunitarias, las llamadas activistas sociosanitarias acreditadas (ASHA). Estas trabajadoras de primera línea se encargaban de labores de rastreo, realizaban pruebas, distribuían medicamentos y a veces alimentos, además de responder a las llamadas de socorro. Una vez iniciado el programa de inmunización, se encargaban de llevar un registro de personas vacunadas y de motivar a la gente para que se vacunara. Durante la pandemia, también continuaron con sus tareas rutinarias de seguimiento de la atención prenatal y posnatal, control de la salud infantil, etc. Como explica Sneha, una activista sociosanitaria de Hyderabad:

Ha sido un no parar desde que comenzó la pandemia. Tenemos que visitar las casas de las personas que dan positivo, procurar que se aíslen, administrarles medicamentos. También nos llaman a cualquier hora del día o de la noche si tienen algún problema. Si llama algún paciente, tenemos que aconsejarle. La gente no sabía mucho sobre el tema: nos contaban sus síntomas. Entonces los evaluábamos y les ayudábamos a ir al hospital si lo considerábamos necesario. Para ello, íbamos a su casa, nos coordinábamos con el hospital y organizábamos la ambulancia, y nos asegurábamos de que fueran bien. También informábamos a nuestro jefe en el hospital y él nos orientaba sobre cómo tratar el caso.

Una trabajadora de un servicio de comidas en los Estados Unidos explicó que los protocolos de seguridad, como la desinfección y el uso de higienizante de manos, aunque eran importantes, hacían su trabajo más lento y difícil:

Yo estaba en el drive thru y me ardían las manos después de dos horas, porque trato de desinfectármelas entre coche y coche, y hay cientos de coches. Además, el servicio es más lento al tener que tomar las medidas básicas con cada vez menos gente trabajando. Creo que la mayoría de la gente acaba no cambiando la forma de hacer las cosas para minimizar el estrés. Lo cual es muy peligroso⁶².

También aumentó la intensidad del trabajo de los guardias de protección. En todo el mundo, muchos establecimientos comerciales contrataron más personal de seguridad para ayudar a aplicar los protocolos exigidos por mandato gubernamental. El Presidente de la Asociación Sectorial de la Seguridad de Malasia informó de que se habían desplegado unos 70 000 guardias en centros comerciales, comercios al por menor, bancos, otros espacios comerciales y complejos residenciales, al tiempo que otros 50 000 vigilaban hospitales, escuelas y organismos públicos. Describió a los guardias de seguridad como «héroes anónimos [...] Forman parte de los trabajadores de primera línea que se expusieron al riesgo de la COVID-19 desde el comienzo». Están en contacto directo con muchas personas, sobre todo

si trabajan en lugares muy concurridos; realizan tareas como el registro y el control de la temperatura corporal de las personas, además de velar por que se respeten las distancias físicas en los locales⁶³. Una guardia de protección de Filipinas explicó que había aceptado las horas de trabajo adicionales por ser la única de su familia con ingresos, pero que al final había caído enferma por exceso de fatiga⁶⁴.

Entorno social: del apoyo a la adversidad

El entorno social en el trabajo se refiere a las relaciones que los trabajadores mantienen con sus compañeros y directivos, así como a sus interacciones con clientes o pacientes. Como la mayoría de las personas dedican muchas horas al trabajo, las interacciones sociales son cruciales para el bienestar individual de los trabajadores e influyen mucho en el sentimiento de satisfacción laboral⁶⁵. Un entorno social positivo puede mejorar la motivación de los trabajadores, su compromiso con la organización y, en última instancia, su productividad⁶⁶. También es un recurso indispensable para mitigar las exigencias del trabajo, mientras que un entorno social insolidario o, en el peor de los casos, negativo puede ser un impedimento para el propio trabajo, con consecuencias adversas para la salud mental individual y para la propia organización, por el aumento de las renunciaciones al empleo.

La mayoría de los trabajadores clave entrevistados pusieron de relieve que había relaciones positivas entre compañeros. En todos los países y ocupaciones, los trabajadores entrevistados declararon que comían juntos, se desplazaban juntos al trabajo y se apoyaban mutuamente en el desempeño de sus funciones. En la India, las activistas sociosanitarias acreditadas (ASHA) trabajaban en equipo si tenían alguna dificultad con los miembros de la comunidad y se sustituían unas a otras durante los periodos de licencia. Del mismo modo, los guardias de protección y los profesionales de la enfermería llegaban a acuerdos informales con sus compañeros para cambiarse los turnos en caso de emergencia⁶⁷. En el caso de los conductores de autobús de la República de Corea, el compañerismo era un recurso social y psicológico fundamental, porque las largas jornadas laborales les impedían mantener otras relaciones sociales. Los conductores de autobús del mismo turno compartían aficiones y socializaban después del trabajo.

La pandemia de COVID-19 limitó enormemente las interacciones sociales con los compañeros, dentro y fuera del lugar de trabajo. Las interacciones sociales habituales de los conductores de autobús con los compañeros que acababan su jornada a altas horas de la noche se vieron interrumpidas, ya que no había ningún lugar donde hablar o pasar el tiempo juntos al salir del trabajo. Como explicó un conductor de autobús de la República de Corea:

Antes íbamos a tomar algo después, pero ahora ya no es posible. Nos vamos directamente a casa. Si me apetece una cerveza, me compro un par de latas y me las llevo a casa, y me las tomo en silencio, viendo la tele, porque todo el mundo está durmiendo.

Según comentó una trabajadora de la limpieza de un hospital de la República de Corea, antes de la pandemia:

Todas las limpiadoras íbamos a la sala [de descanso] y charlábamos. Nos reíamos mucho. A mí me encantaba estar con ellas; era muy divertido. Pero desde la COVID-19 ya no podemos usar la sala de descanso. Todas almorzamos en el lugar que nos han asignado, nos vamos a casa y volvemos al mismo sitio por la mañana, nos cambiamos y empezamos a trabajar. No hay más comunicación.

Los compañeros también eran una fuente de apoyo emocional y económico. Un supervisor de una empresa manufacturera del Perú relató que, cuando enfermó, recibió llamadas de sus compañeros para saber cómo se encontraba. Estos mismos trabajadores mostraban otras formas de solidaridad entre sí:

Hemos hecho canastas familiares para llevarle a los compañeros. Si había un poco de dinero, los que podían colaborar, se daba. [...] La gente apoya bastante⁶⁸.

También se restringieron las interacciones de los trabajadores clave con sus pacientes o clientes, lo que a veces afectaba a su capacidad para actuar con eficacia, especialmente en las tareas asistenciales. Una trabajadora social de un hospital mexicano comentó que ella y sus colegas tenían limitaciones para prestar apoyo a los familiares en duelo:

A veces dejas solo al familiar y pues pobrecito porque está con su dolor, está llorando y no puedes ni acercarte porque si es positivo me puede contagiar y yo tengo familia⁶⁹.

Otros trabajadores se sentían obligados a hacer caso omiso de los protocolos de SST a pesar de los riesgos, ya que su observancia les impedía realizar el trabajo de una manera con la que se sintieran cómodos. Marieke, auxiliar de cuidados en una residencia belga para pacientes con demencia, nos lo explicó así:

Cuando los residentes lloran, normalmente les doy un abrazo. Ayudo a los residentes encamados. Podría hacerlo de una manera fría: «Aquí tiene la manta, hágalo usted». En esas situaciones no sigo la norma del metro y medio. Sigo abrazando y ayudando a los residentes encamados; sería inhumano no hacerlo⁷⁰.

El apoyo de los directivos es un factor determinante del entorno social en el lugar de trabajo. Una cultura organizativa positiva estimula la implicación de los trabajadores y mejora el rendimiento colectivo en el trabajo⁷¹. En las estresantes condiciones del trabajo clave durante la pandemia, el apoyo de los directivos resultó ser un recurso valioso para los trabajadores:

Nuestros superiores nos dieron mucho apoyo y nos explicaron que teníamos que hacer este trabajo. Pudimos continuar porque nos animaron. No todos los jefes son tan solidarios como los nuestros. Sabemos que las ASHA de otras zonas lo han pasado muy mal.

Activista sociosanitaria acreditada, Hyderabad (India)

Tenemos confianza con el jefe. Si necesitamos cualquier cosa, no tenemos más que decírselo, y ahí está él para hacerlo. Incluso nos pregunta si tenemos alguna duda o si queremos algo, qué opinamos, y nos anima a que se lo digamos. Aquí las cosas son distintas en comparación con otras granjas. Aquí el jefe nunca se enfada. Nos saluda y nos pregunta cómo estamos. Y esto nos hace querer trabajar mejor.

Trabajador agropecuario mexicano, Canadá

También hubo casos de trabajadores que recibieron muestras de gratitud y aprecio por su trabajo de parte de pacientes, clientes y del público en general. Aunque los trabajadores de la salud fueron la fuente de la mayoría de las muestras públicas de gratitud, en ocasiones esta se hizo extensiva a otros trabajadores clave, lo que les infundió satisfacción y aliento, al tratarse de ocupaciones tradicionalmente desdeñadas⁷². Una trabajadora de los servicios de limpieza pública en el Perú señaló que, antes de la pandemia, el público la trataba mal, pero que la situación había cambiado y ahora se sentía valorada:

[Antes] siempre nos gritaban, «ay, haces mal tu trabajo, para eso te pagan, yo por eso pago mis impuestos», pero durante la pandemia nos han aplaudido [...] del carro a veces nos alcanzaban agua [...] así como les daban a los policías [...] Eso nos alegraba, nos hacía sentir importantes [...] me sentía una heroína más y eso me hacía sentir bien porque tengo que salir adelante y no rendirme⁷³.

Del mismo modo, un trabajador agropecuario mexicano en el Canadá explicó:

Unas cuantas veces, una panadería [...] nos trajo una cesta de pan porque no se nos permitía salir durante la pandemia. Y no son tanto los productos como [...] la forma de demostrarnos que les importamos. Eso fue para mí lo más importante de ese apoyo [...] que se interesaban por nosotros como seres humanos, además de reconocer la importante labor que realizamos⁷⁴.

Una activista sociosanitaria acreditada de la ciudad india de Hyderabad relató una sensación de agradecimiento similar:

Las familias en las que alguien había dado positivo [por COVID-19] nos estaban muy agradecidas y nos bendecían. Cuando íbamos a llevarles medicamentos o a ayudarles a ir al hospital, nos lo agradecían mucho. Algunos incluso dijeron que éramos como ángeles que les tendíamos la mano en un momento en que no podían contar con la familia extensa ni con los amigos. Nos alegraba mucho oír esas cosas⁷⁵.

Los ejemplos anteriores ilustran el aprecio del público o de determinados pacientes o clientes por un trabajador concreto. Pero la gratitud puede surgir también de dentro. Algunos trabajadores se percataron de la importancia de su trabajo y de su contribución a la sociedad, como explicó esta enfermera peruana:

Me siento orgullosa de ser enfermera [...] no es por desmerecer el trabajo de los médicos que también están en primera línea, pero ellos no están con el paciente, no están con el paciente como lo hacemos nosotras las enfermeras⁷⁶.

Estas experiencias indican los importantes recursos que la gratitud y el orgullo pueden brindar a los trabajadores, ayudándoles a seguir enfrentándose a las adversidades diarias del trabajo. Según un estudio sobre los efectos de la gratitud pública percibida por los trabajadores clave del Canadá, los Estados Unidos y el Reino Unido, aquellos trabajadores que se sentían apreciados eran más propensos a realizar actividades de recuperación saludables («adaptativas») para aliviar el estrés —ejercicio, pasar tiempo al aire libre, buscar el apoyo de amigos o seres queridos, meditación, expresiones de gratitud, leer, ver o escuchar algo que «levante el ánimo»—, en vez de actividades «inadaptativas». Las actividades inadaptativas son, por ejemplo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas, tabaco o comida, gritar a los demás, descargar frustraciones o abusar de medicamentos con receta. El estudio incluye una encuesta a 186 funcionarios de prisiones del nordeste de los Estados Unidos, una ocupación «esencial» pero invisible. En la encuesta se constató que los funcionarios de prisiones experimentaban «bajos niveles de gratitud pública», lo que se asociaba con actividades de recuperación inadaptativas. Como informó un funcionario de prisiones: «Este trabajo es ingrato [...] creemos que [la gente] siente que nuestras vidas no son tan valiosas como las de otros trabajadores de primera línea»⁷⁷.

Algo aún peor que la falta de gratitud era la estigmatización, el acoso y la violencia que algunos trabajadores clave soportaban a causa de sus ocupaciones en primera línea. El comportamiento social adverso —una forma grave de tensión laboral— puede manifestarse como estigmatización, intimidación y acoso y, en el peor de los casos, violencia física, psicológica o sexual. Se asocia a una menor motivación laboral, mayores tasas de absentismo y de renuncia al puesto, y es un factor de riesgo de depresión mental. Los temores que suscitó la pandemia entre la población revirtieron a menudo contra los trabajadores clave, ya fuera por su asociación como posibles portadores del virus o simplemente porque su papel de primera línea los convertía en blanco fácil de las frustraciones de la población.

Los trabajadores migrantes siempre han sido estigmatizados por las comunidades de acogida, pero la pandemia y los temores de que los migrantes fueran portadores de la enfermedad exacerbaron los sentimientos xenófobos, además de dificultar el retorno de esas personas a su lugar de origen⁷⁸. Las experiencias estigmatizantes también fueron comunes entre los profesionales de la salud, pues algunas personas los consideraban propagadores del virus por su estrecho contacto con los enfermos. En un artículo publicado en julio de 2020 en *The Lancet* se relataron casos de

trabajadores de la salud a los que se había denegado el acceso al transporte público y que habían sufrido agresiones físicas⁷⁹. En palabras de una profesional de la salud de Malasia: «Nos ven como un emoji de COVID»⁸⁰. En Hyderabad (India), una activista sociosanitaria relató el estigma que ella y sus compañeras sufrían por el trato del público:

Durante los tiempos de la COVID-19, hasta los vecinos también nos decían todo tipo de cosas. Que esta mujer va por todas partes, traerá la COVID-19. Algunas de las ASHA que vivían de alquiler tuvieron muchos problemas, ya que los propietarios las presionaron para que desalojaran la vivienda. La casa donde nosotros vivimos es de nuestra propiedad, así que yo no tuve ese problema. Conozco a algunas compañeras que tuvieron que desalojar sin ningún lugar adónde ir. Se quedaron en el hospital hasta que consiguieron encontrar un sitio⁸¹.

En algunos casos, el estigma de ser un trabajador de primera línea daba lugar a comportamientos incívicos. Joyce, una vendedora de alimentos de Ghana, relató su experiencia:

[Algunos de] los clientes que tenían coche [...] ni siquiera me daban el dinero en mano, sino que me lo tiraban. Algunos me tiraban el dinero al suelo para que yo lo recogiera⁸².

Presenciar y gestionar comportamientos incívicos, y a veces violentos, era una fuente importante de estrés laboral. También aumentaba la cantidad de «trabajo emocional» que el trabajador debía realizar. El concepto de trabajo emocional fue desarrollado por la socióloga estadounidense Arlie Russell Hochschild en la década de 1980 para caracterizar aquellas ocupaciones en que los trabajadores no solo tienen que gestionar sus expresiones emocionales e interacciones con clientes o pacientes, sino que sus propias manifestaciones emocionales también están sujetas a control y disciplina⁸³. Así, cuando las interacciones con clientes y pacientes son negativas, aumentan la carga de trabajo emocional para los trabajadores de primera línea, lo que acrecienta la tensión laboral⁸⁴. Jay, trabajador de un supermercado del Reino Unido, relató el incivismo y la violencia que había presenciado en la conducta de los clientes durante los primeros días de la pandemia y el efecto que ello había tenido en sus compañeros:

*Era como una zona de guerra; los clientes se peleaban por la comida y el papel higiénico [...] Vi a clientes empujándose y atropellándose. Vi a un cliente agarrar del cuello a otro cliente. Una compañera lloraba porque los clientes estaban enfadados. Me dijo que no podía soportar la presión. Su jefa lloraba también [...] Un amigo mío estaba trabajando en la caja y un cliente llevaba muchísimo más que [el máximo de] los tres artículos. Mi amigo intentaba hacer su trabajo diciendo: «Señor, no puede comprar más de tres artículos del mismo tipo». El cliente le respondió: «Te voy a j**** cuando te vea fuera». El personal de seguridad acudió inmediatamente y sacaron al cliente de la tienda. Había seguridad por todas partes. Tuvimos que contratar más seguridad, los que había antes no eran suficientes para gestionar todas las situaciones. Es terrible⁸⁵.*

Como ya se ha señalado, además de las tareas habituales, muchos guardias de protección se encargaban de hacer cumplir los protocolos de seguridad sanitaria a clientes y usuarios: cumplimentaban los formularios de rastreo de contactos, tomaban la temperatura corporal de los clientes, y vigilaban el correcto uso de mascarillas y el distanciamiento social. Los guardias entrevistados en Filipinas relataron lo estresantes que eran estas tareas, los gritos e insultos que recibían de los clientes, así como las reprimendas de la dirección si los sorprendían incumpliendo los protocolos⁸⁶.

Los vendedores ambulantes de alimentos entrevistados en la Argentina, Ghana, la India, Kenya y el Perú describieron el acoso y la violencia que ejercía la policía contra ellos a pesar de su reconocimiento oficial como «trabajadores esenciales» en decretos gubernamentales⁸⁷. En Ghana, los vendedores de alimentos tenían pases para el toque de queda y estaban autorizados a trabajar, pero aun así sufrían el acoso de la policía. En consecuencia, acudían al mercado mayorista en mitad de la noche a adquirir el género para el día siguiente, ya que a esa hora era menos probable que los detuviera la policía⁸⁸. Algunos entrevistados en Bihar (India) relataron cómo algunos agricultores que habían salido al campo durante el primer confinamiento para recoger sus cosechas de trigo y maíz habían sido agredidos por la policía, y señalaron las dificultades que tenían con la policía para transportar sus mercancías al mercado⁸⁹.

Especialmente preocupantes son los profesionales de la salud que, antes de la pandemia, ya sufrían altos niveles de violencia y acoso. Según un metaestudio de 2019 sobre 332 000 profesionales de la salud (entrevistados en 235 estudios distintos), el 43 por ciento declararon haber estado expuestos a violencia no física (agresiones verbales y amenazas) y el 24 por ciento declararon haber sufrido violencia física en el año anterior. La mayor incidencia se registró en Asia y América del Norte⁹⁰. En Italia, en tan solo un año, el 50 por ciento de los profesionales de la enfermería sufrieron agresiones verbales en el lugar de trabajo; el 11 por ciento, violencia física, y el 4 por ciento, amenazas con armas⁹¹. Y eso era antes de la pandemia.

Entre febrero y julio de 2020, el Comité Internacional de la Cruz Roja registró 611 incidentes violentos en 40 países contra personal de salud, pacientes e infraestructuras médicas relacionados con la respuesta a la COVID-19, aproximadamente un 50 por ciento más que el promedio⁹². En mayo de 2020, el Comité hizo pública una declaración conjunta con otras 12 organizaciones médicas y humanitarias en la que se instaba a «los Gobiernos, las comunidades y los portadores de armas a que respeten y protejan los servicios de salud en todo momento, y a que contribuyan a crear un entorno protector en el que se pueda prestar asistencia sanitaria de forma segura»⁹³.

Voz y acción colectiva como recurso para los trabajadores clave

La capacidad de expresión en lo que respecta a las tareas, a la organización del trabajo y a las condiciones laborales en general es un recurso importante para mejorar la calidad del empleo⁹⁴. Este fue el caso durante la pandemia, cuando los trabajadores clave tuvieron que responder con un alto nivel de exigencia. Un entorno social favorable en el trabajo, con una dirección comprensiva, invita a expresar las preocupaciones individuales. No obstante, los trabajadores con representación sindical disponen de canales formales para manifestar más fácilmente, y a menudo con mejores resultados, las preocupaciones colectivas que propician el cambio.

En las entrevistas cualitativas realizadas en estudios casuísticos de distintos países se documentan ejemplos de trabajadores que expresan su preocupación por la seguridad y la salud, entre otras cuestiones como el impago de salarios (un frecuente motivo de preocupación para las activistas sociosanitarias acreditadas de la India y los conductores de autobús de la República de Corea) y los bajos niveles retributivos. Los trabajadores sindicados transmiten sus preocupaciones a través de su sindicato, que negocia con la dirección para abordar los problemas o, a falta de una respuesta favorable, recurre a huelgas o a paros laborales menos formalizados. Otros casos de acción colectiva se produjeron entre trabajadores no sindicados, incluidos los trabajadores informales, tanto asalariados como por cuenta propia.

Las tasas de sindicación de los trabajadores clave varían en función de su situación laboral y contractual, así como del grado de sindicación en el país concreto y del sector en el que trabajan (véase el capítulo 3). Entre los países estudiados, existe una gran divergencia en las tasas de sindicación, que son inferiores al 10 por ciento de los empleados sindicados en Filipinas, Kenya, Malasia, el Perú y Türkiye. Sin embargo, estas tasas difieren drásticamente entre sectores económicos: los trabajadores de la salud, de la minería y algunos del transporte suelen estar sindicados, incluso en países con bajos niveles de sindicación, mientras que sucede lo contrario en el comercio al por menor y la agricultura y ganadería.

En Malasia, en julio de 2020, los médicos con contratos temporales (contratistas) se declararon en huelga para exigir los mismos derechos y prestaciones que los médicos con contratos indefinidos. Como ellos mismos explicaron: «*Nuestra huelga no es de resistencia, solo queremos que el Gobierno nos conceda los mismos derechos y prestaciones de que disfrutaban los médicos con contrato indefinido. Todos los que estamos aquí hemos ayudado a tratar a pacientes de COVID-19*». El personal de limpieza de los hospitales causó un gran revuelo mediático en junio de 2020, cuando algunos activistas sindicales se movilizaron para exigir que se les pagara un salario digno y se les proporcionaran EPP adecuados para su trabajo⁹⁵.

En el Perú, los trabajadores de sectores sindicados, como puertos, explotaciones mineras y profesionales de la salud, valoraron positivamente el apoyo que habían recibido de su sindicato para exigir mejoras en materia de seguridad y salud, pero también destacaron la necesidad de emprender acciones colectivas para expresar eficazmente sus preocupaciones. Así lo explicó un limpiador de naves en un puerto del Perú: *«Nosotros tuvimos que tomar medidas de fuerza para que nos hagan las pruebas de descarte [...]. Tuvimos que dejar de trabajar, fue como un paro [...]. Fue una negociación para que la empresa acceda a hacer pruebas a algunos compañeros»*. Del mismo modo, los trabajadores sindicados de un hospital del Perú señalaron que el sindicato había negociado con éxito que los trabajadores recibieran mascarillas y oxímetros⁹⁶.

En la República de Corea existía una clara línea divisoria entre los trabajadores afiliados a sindicatos, que podían expresar más fácilmente sus preocupaciones durante la pandemia, y los demás. Los afiliados al sindicato de limpieza relataron que se había atendido su demanda de mascarillas cuando el sindicato las reclamó, y los conductores de autobús explicaron que su sindicato minoritario había resuelto el problema de la demora en el pago de salarios presionando a las autoridades locales y presentando reclamaciones ante la oficina de trabajo. Del mismo modo, el sindicato de trabajadores de correos pudo negociar para que sus afiliados —que están de cara al público— obtuvieran acceso prioritario a las vacunas. En cambio, los trabajadores de la limpieza de hospitales que no estaban sindicados explicaron que carecían de medios para expresar sus opiniones sobre cuestiones como el suministro de mascarillas o las dificultades derivadas de la excesiva carga de trabajo⁹⁷.

En la Argentina, casi la mitad de los asalariados están cubiertos por convenios colectivos y cerca del 30 por ciento están afiliados a un sindicato. Todos los empleados formales entrevistados para el estudio casuístico tenían representación sindical y cierta práctica de organización en el lugar de trabajo. Esto les otorgaba voz para organizar las tareas laborales en el contexto de la pandemia, incluida la reorganización de los turnos, y para exigir el refuerzo de las medidas de seguridad y salud. Los empleados informales, en cambio, no disponían de esos medios. Un empleado informal de un restaurante contó que él y sus compañeros de trabajo, al carecer de representación, habían redactado y firmado una carta dirigida al propietario en la que exponían su preocupación por la seguridad y la salud⁹⁸.

En Ghana, el sindicato de enfermeras consiguió negociar con el Gobierno una desgravación fiscal de seis meses para compensar a las enfermeras por su contribución como trabajadoras clave. Una activista sociosanitaria de Delhi (India) explicó cómo su sindicato tuvo que *«armar bulla»* para que los afiliados pudieran cobrar los atrasos salariales. *«Enviamos cartas en numerosas ocasiones, pero nadie nos escuchaba, nos manifestamos en la oficina del distrito. Después de eso, cobramos lo que nos debían. El pago correspondiente a 2020 lo recibimos hace poco [julio de 2021], después de todas las protestas»*.

Los sindicatos también trataron de extender las medidas de protección de la seguridad y la salud a los trabajadores no afiliados. En Ghana, por ejemplo, los vendedores de alimentos señalaron que el sindicato del transporte les había proporcionado cubos de verónica para que pudieran lavarse las manos en el mercado donde trabajaban. En la India, un guardia de protección entrevistado dijo que un sindicato había dirigido la campaña de vacunación y que él se había vacunado en la oficina del sindicato.

Los trabajadores informales por cuenta propia también recurrieron a la acción colectiva como medio para expresar sus reivindicaciones. A veces se movilizaron a través de sus asociaciones, como en el caso de los repartidores motorizados de Lima (Perú); en otras ocasiones, emprendieron acciones colectivas improvisadas. En Jharkhand (India), los pequeños comerciantes de alimentos protestaron por el cierre de un mercado semanal hasta que recibieron el consentimiento de la administración municipal para reabrirlo⁹⁹.

Los datos sobre protestas laborales durante la pandemia de COVID-19 corroboran las conclusiones de los estudios casuísticos. En efecto, se convocaron frecuentes huelgas, junto a otras formas de acción colectiva para canalizar las reivindicaciones de los trabajadores, como manifestaciones, boicots y campañas en redes sociales. Según los datos del Leeds Index of Social Protests, en el que se registran las protestas laborales documentadas en los medios de comunicación de 90 países, entre marzo de 2020 y diciembre de 2021 se produjeron 5 341 protestas documentadas en el sector de la salud y 698 protestas documentadas en el sector del comercio al por menor (véase el recuadro 2.1).

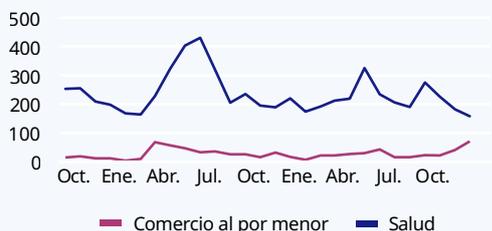
Recuadro 2.1. Incidencia y motivaciones de la conflictividad laboral en 90 países

Los datos relativos a las protestas laborales en 90 países entre 2019 y 2021 indican que la acción colectiva sufrió dos modificaciones importantes durante la pandemia de COVID-19: por un lado, se volvió más frecuente y, por otro, las causas subyacentes de la protesta cambiaron.

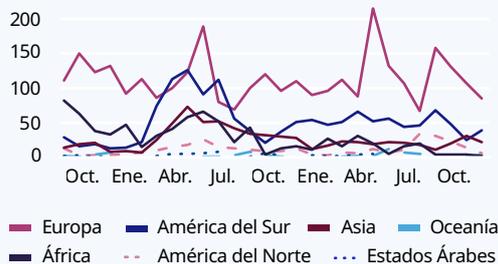
Aumento mundial de la acción colectiva con variaciones por sectores y regiones

En los sectores de la salud y del comercio al por menor, el número de protestas aumentó sustancialmente al inicio de la pandemia, entre abril y mayo de 2020 (véase el gráfico R2.1.1). A pesar de que los dos sectores muestran tendencias históricas similares en cuanto a su movilización, la frecuencia de las protestas varía en el periodo analizado. En concreto, los niveles de protesta fueron mucho más elevados en el sector de la salud, lo que probablemente se deba a su mayor grado de sindicación. Una segunda tendencia observada es la variación de la frecuencia de las protestas por regiones. La movilización fue mucho más intensa en el sector de la salud en Europa (véase el gráfico R2.1.2). Aunque esta variación se explica, en parte, por las mayores tasas de sindicación de los trabajadores de la salud de esa región, también está relacionada con las diferencias regionales en la respuesta a la COVID-19. Por ejemplo, en Asia y Oceanía, tras el pico inicial de contagios en 2020, varios países adoptaron políticas de tolerancia cero durante gran parte de 2020 y 2021, atenuando el impacto de la pandemia en el sector de la salud.

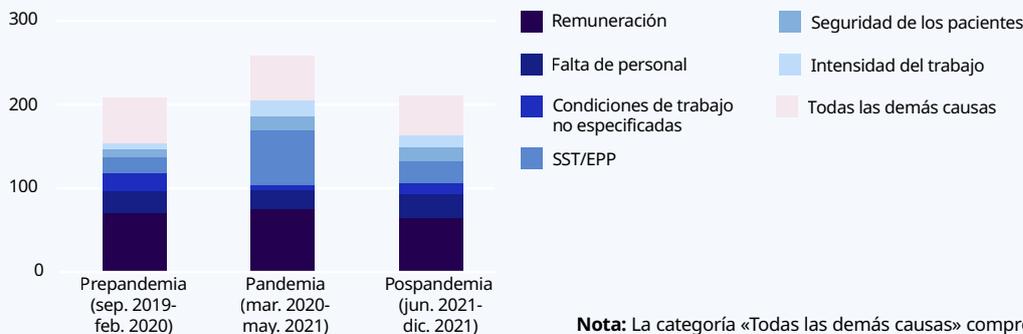
► **Gráfico R2.1.1. Número de protestas en los sectores de la salud y del comercio al por menor en 90 países, de septiembre de 2019 a diciembre de 2021**



► **Gráfico R2.1.2. Número de protestas en el sector de la salud por regiones, de septiembre de 2019 a diciembre de 2021**



► **Gráfico R2.1.3. Promedio mensual de protestas en el sector de la salud por origen de la conflictividad laboral, de septiembre de 2019 a diciembre de 2021**

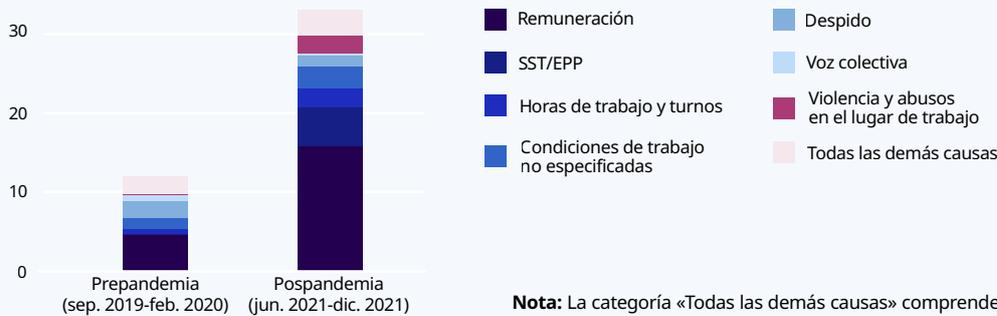


Nota: La categoría «Todas las demás causas» comprende las siguientes: horarios y turnos de trabajo; despido; voz colectiva; demanda de formación; violencia y abusos en el lugar de trabajo; otras prestaciones; y otras causas. Estas causas representaron menos del 5 por ciento de las fuentes de conflictividad en los tres periodos analizados.

Fuente: Trapmann et al., 2022.

Recuadro 2.1. (continuación)

▶ **Gráfico R2.1.4. Promedio mensual de protestas en el sector del comercio al por menor por origen de la conflictividad laboral, de septiembre de 2019 a diciembre de 2021**



Nota: La categoría «Todas las demás causas» comprende las siguientes: falta de personal; intensidad del trabajo; demanda de formación; otras prestaciones; y otras causas. Estas causas representaron menos del 5 por ciento de las fuentes de conflictividad en los dos periodos analizados.

Fuente: Trapmann *et al.*, 2022.

Aspectos no relacionados con la remuneración como causas importantes de conflictividad laboral

Los aspectos del empleo no relacionados con la remuneración cobraron mayor importancia durante la pandemia y después de ella en los sectores de la salud (gráfico R2.1.3) y del comercio al por menor (gráfico R2.1.4). El gráfico R2.1.3 muestra que, aunque el promedio de protestas en el sector de la salud había vuelto a los niveles anteriores a la pandemia en 2021, se produjo un cambio en sus causas subyacentes. En concreto, descendió el porcentaje de protestas relacionadas con la remuneración (del 34 al 31 por ciento), pero esa tendencia se compensó con un aumento de las protestas relacionadas con la SST, especialmente en torno al suministro de EPP (del 9 al 12 por ciento), la seguridad de los pacientes (del 5 al 8 por ciento) y la intensidad del trabajo (del 3 al 7 por ciento).

A diferencia del sector de la salud, el promedio de protestas mensuales en el sector del comercio al por menor aumentó sustancialmente en el periodo pospandémico. Sin embargo, se observan algunas tendencias similares en la variación de las causas de la conflictividad. Por ejemplo, así como la remuneración cobró mayor importancia, la proporción de protestas atribuibles a reclamaciones sobre SST, incluido el suministro de EPP, también aumentó del 1 a casi el 15 por ciento. La violencia y los abusos en el lugar de trabajo fueron asimismo una causa destacada de conflictividad para el sector del comercio al por menor, ya que pasaron de ser aproximadamente el 1 por ciento de las causas de protesta antes de la pandemia a cerca del 7 por ciento en el periodo pospandémico (segunda mitad de 2021).

Exceso de tensión: empeoramiento de la salud mental de los trabajadores clave

Ver así al paciente pedirte oxígeno y tú no poder darle más, me chocó bastante [...] había días en que terminaba el turno y me ponía a llorar, ya no podía, era un estrés tremendo [...].

Doctora que trataba a pacientes de COVID-19, Perú

[L]a ART [el seguro] me aconseja junto con mi médica personal que tuviera una entrevista con una psicóloga y así lo hice y ahora estoy en tratamiento [...]. Yo colapsé mentalmente [...].

Conductora en el subterráneo, Argentina

La actividad laboral durante la pandemia fue muy exigente para los trabajadores clave, en parte por la exposición y el miedo al contagio, una mayor intensidad del trabajo, la separación familiar, una interacción social restringida, un entorno social adverso y, para algunos, especialmente los trabajadores informales, la tensión por las dificultades económicas. Además, importantes recursos, como la interacción social con los compañeros, quedaron en suspenso a causa de los protocolos de seguridad y salud. Muchos trabajadores clave carecían del apoyo de un sindicato y sintieron la necesidad de recurrir a la protesta para expresar sus preocupaciones. En esas condiciones de fuerte tensión laboral, a veces muy grave, no es de extrañar que muchos trabajadores clave sufrieran mayores niveles de ansiedad y depresión, así como agotamiento profesional.

Desde 2020, ha proliferado la bibliografía que evalúa la salud mental de los trabajadores clave¹⁰⁰. La mayoría de los estudios se han centrado en los trabajadores de la salud, pero otros trabajadores clave también han sido objeto de investigación. En el caso del personal de la salud, los estudios referidos a las primeras semanas de la pandemia documentan cómo la salud mental de los trabajadores se vio afectada por el miedo a enfermarse, por la insuficiencia de EPP y por la elevada intensidad del trabajo. En un estudio sobre 326 trabajadores de la salud en Italia realizado tan solo cinco semanas después del inicio de la pandemia de COVID-19, se observó que casi el 40 por ciento de los profesionales de la salud sufrían un alto grado de fatiga emocional^{101,102}. Seis meses después del inicio de la pandemia, una encuesta realizada a 342 trabajadores hospitalarios en la República Islámica del Irán puso de manifiesto una elevada incidencia del estrés laboral y del agotamiento profesional; en concreto, el 49,5 por ciento de los trabajadores hospitalarios que estaban en contacto directo con pacientes de COVID-19 declaraban estar agotados, seguidos de cerca por el 45 por ciento del personal hospitalario de segunda línea. La escasez de apoyo en el lugar de trabajo y la falta de transparencia en cuanto a las responsabilidades laborales se señalaron como las causas predominantes de estrés y agotamiento. Además, la insuficiencia de EPP y el riesgo de transmitir la enfermedad a los familiares agravaron los problemas psicológicos de los empleados¹⁰³. En estudios similares sobre los trabajadores de la salud se han documentado niveles elevados de agotamiento profesional en la Argentina¹⁰⁴, la India¹⁰⁵, Marruecos¹⁰⁶, la República de Corea¹⁰⁷ y otros lugares. Según un metaanálisis bibliográfico de 30 artículos sobre 32 000 profesionales de la salud que trabajaron durante la pandemia de COVID-19, realizado en 2021, casi la mitad de ellos sufrían agotamiento profesional¹⁰⁸.

También se han realizado estudios específicos sobre el trabajo clave en otros sectores, comparando la situación de diferentes tipos de trabajadores clave o la del personal clave con otros trabajadores o con la población general. En los Estados Unidos se han realizado varios estudios sobre los trabajadores de las tiendas de alimentación debido a su alto grado de contacto con el público y a los casos de comportamiento social adverso difundidos en redes sociales. Según una encuesta realizada a 3 344 trabajadores de supermercados en el estado de Arizona, el miedo a que los clientes pudieran iniciar interacciones interpersonales negativas agravaba la ansiedad y la depresión, mientras que el factor que más atenuaba el estrés percibido era la sensación de seguridad en el trabajo¹⁰⁹. Un estudio similar sobre 842 trabajadores de supermercados en California puso de relieve que el miedo a contraer la COVID-19 se correlacionaba de forma significativa y positiva con la ansiedad, al tiempo que el temor a la COVID-19 y la percepción de amenaza en el lugar de trabajo (represalias de los clientes por imponer protocolos de SST) se correlacionaban positivamente con la depresión y los síntomas de estrés postraumático. El 40 por ciento de los encuestados reclamaron mayores protecciones de seguridad en el lugar de trabajo¹¹⁰.

En el Reino Unido, la Royal Society for Arts encuestó a una muestra representativa de 1 281 trabajadores clave adultos y constató que, en julio de 2020, el 58 por ciento de todos los trabajadores clave, el 64 por ciento del personal del servicio nacional de salud y el 61 por ciento de los trabajadores de supermercados manifestaban dificultades para mantener estable su salud mental. Según se observó en las sucesivas rondas de la encuesta, a medida que la pandemia se prolongaba en el tiempo, el porcentaje de trabajadores clave que señalaban esa dificultad había aumentado al 65 por ciento en marzo de 2021, y al 73 por ciento en el caso específico del personal del servicio nacional de salud¹¹¹.

En un estudio realizado en Wuhan (China) entre febrero y marzo de 2020 sobre 191 trabajadores clave de sectores distintos al de la salud —guardias de protección, personal de transporte y cocineros que prestaban servicios a médicos y pacientes—, se concluyó que el 50,3 por ciento de los participantes presentaban síntomas clínicamente significativos de depresión. Los autores explican que el Gobierno había enviado psicólogos para tratar al personal médico y sostienen que los trabajadores de primera línea no médicos también necesitan apoyo psicológico.

Por otro lado, según se constató en un estudio sobre la salud mental de la población general en 11 países (Brasil, Bulgaria, China, España, Estados Unidos, India, Irlanda, Macedonia del Norte, Malasia, Singapur y Türkiye) realizado entre junio y agosto de 2020, si bien había variaciones sustanciales entre países en cuanto a la incidencia de la ansiedad y la depresión, el mayor riesgo general era la exposición personal a la COVID-19¹¹². Así pues, la bibliografía demuestra que la obligación de salir del hogar para trabajar en primera línea durante la pandemia —ya fuera en servicios de salud o en otros servicios clave— provocó cuadros agudos de estrés y ansiedad que, si no se trataban adecuadamente, podían terminar en depresión y agotamiento.

2.3. Dificultades de las empresas clave durante la pandemia de COVID-19

Al igual que en el caso de los trabajadores clave, conviene establecer una importante distinción entre las empresas que podían seguir operando porque producían bienes y servicios clave («empresas clave») y las demás. Aunque las empresas clave estaban autorizadas a desarrollar su actividad, tuvieron que hacer frente a grandes impedimentos para mantenerse en funcionamiento: cierres o restricciones de horario, menor demanda, perturbaciones en las cadenas de suministro, incertidumbre financiera, disminución de las inversiones y una compleja gestión del personal preocupado por su seguridad, enfermo o no disponible debido a las restricciones del transporte o a las responsabilidades de cuidados, por no mencionar la conducta de los clientes indisciplinados. Las empresas también se vieron obligadas a adaptar su producción para cumplir las directrices de emergencia en materia de SST, que eran cambiantes, complicadas y costosas de aplicar.

Aunque las experiencias de las empresas clave durante la pandemia tenían algunos puntos en común, también había marcadas diferencias dependiendo de los bienes o servicios que producían, de la posición que ocupaban en la cadena de suministro nacional o mundial, de la severidad de las restricciones impuestas en la localidad donde operaban, de si podían beneficiarse de ayudas públicas, de la destreza y experiencia de sus propietarios o gestores y, lo más importante, de si se trataba de una empresa grande, bien financiada y diversificada, o de una microempresa sin empleados, sin capital y sin colchón financiero para tiempos difíciles.

A semejanza de la sección anterior, en la que se describen las dificultades de los trabajadores clave durante la pandemia de COVID-19, en esta sección se describe un panorama general de los problemas que tuvieron que afrontar las empresas clave, basado en entrevistas cualitativas. El análisis se estructura en torno a los siguientes temas principales: los efectos de la pandemia en la actividad empresarial y en las ventas, las estrategias de adaptación aplicadas para hacer frente a esos problemas y las dificultades para cumplir los protocolos de SST. Habida cuenta de que el 85 por ciento de los trabajadores clave están ocupados en el sector privado, es importante comprender las luchas —y las oportunidades— de las empresas clave en ese periodo de crisis.

Como ya se ha señalado, las empresas clave son aquellas que produjeron bienes y servicios considerados esenciales durante la pandemia. Según los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial (WBES) referidas a 27 países¹¹³, aproximadamente el 53 por ciento de las empresas de la muestra fueron designadas empresas clave durante la pandemia de COVID-19¹¹⁴. Por tamaño de empresa, alrededor del 45 por ciento de esas empresas clave eran pequeñas (de 5 a 19 empleados), el 32 por ciento eran medianas (de 20 a 99 empleados) y el 22 por ciento eran grandes (más de 100 empleados).

Efectos de la pandemia en la actividad y las ventas de las empresas clave

La clasificación como empresa clave permitió a las empresas seguir operando, lo que indiscutiblemente les dio una ventaja frente a otras empresas que no estaban consideradas clave y cuya actividad se restringió durante los periodos de confinamiento. En efecto, el 72 por ciento de las empresas clave de la muestra de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial pudieron permanecer abiertas durante las etapas de restricción de la movilidad, frente al 28 por ciento de las empresas que no suministraban bienes y servicios clave. Sin embargo, el hecho de que estuvieran autorizadas a abrir no significaba necesariamente que pudieran seguir abiertas o mantener su actividad. En el conjunto de la muestra analizada, el 28 por ciento de las empresas proveedoras de bienes y servicios clave cerraron en algún momento (gráfico 2.4).

Sin embargo, la capacidad de seguir operando no significaba que las empresas clave fueran inmunes a las perturbaciones. En la agricultura, la ganadería y la pesca —que fueron clasificadas como actividades económicas clave en todos los países— los cambios en las pautas de consumo, las dificultades de transporte y los problemas de dotación de personal repercutieron en todo el sector. El cierre de restaurantes y la cancelación de bodas y otros eventos, junto con un cambio en la demanda de alimentos que pudieran cocinarse en casa, obligó a los agricultores, pescadores y empacadores de carne a ajustar la oferta de productos, en la medida de lo posible.

En el caso del sector cárnico, esto supuso que, en vez de la producción de piezas preparadas para el mercado mayorista, como el costillar, se dio preferencia a los cortes de menor calidad, como las chuletas y la carne picada de vacuno, que se venden a establecimientos minoristas para que los hogares los compren en los supermercados. A este problema se sumaron los numerosos brotes de enfermedad declarados en instalaciones de empacado de carne, en parte a causa del proceso de producción, organizado como una cadena de montaje con escasa distancia física entre los trabajadores, que realizan movimientos repetitivos en un entorno frío¹¹⁵. Todos los efectos combinados causaron estragos en los distintos eslabones de las cadenas de suministro, generando un excedente de ganado que no podía procesarse y una escasez de productos cárnicos disponibles para la compra doméstica en las tiendas de alimentación¹¹⁶. La experiencia fue similar en la acuicultura, debido a la caída de la demanda de productos pesqueros frescos y al aumento del pescado enlatado, congelado y elaborado. Además, el cierre de fronteras impidió las exportaciones de pescado, obligando a los acuicultores a mantener considerables reservas vivas en las instalaciones de producción, soportando costos adicionales de alimentación y control, y mayores riesgos de mortandad de peces¹¹⁷.

En las etapas iniciales de la cadena de suministro, el descenso de los precios afectó negativamente a los agricultores de algunos cultivos. Los productores de cardamomo en Kerala (India) sufrieron una drástica caída de los precios, desde un rango de 3 000-4 000 rupias por kilogramo hasta 1 000-1 500 rupias por kilogramo a partir de abril de 2020, como consecuencia de la falta de demanda en el mercado internacional, los cierres y la sobreabundancia de existencias gracias a una buena cosecha. Al mismo tiempo, los precios de los abonos y plaguicidas utilizados en la producción de cardamomo subieron un 25 por ciento. Como consecuencia, los ingresos de los agricultores disminuyeron un 30 por ciento. Cuando se agotaron sus ahorros, muchos de ellos tuvieron que pedir préstamos¹¹⁸. Los agricultores también observaron que habían tenido problemas para encontrar trabajadores, pues los migrantes del estado de Tamil Nadu no podían cruzar las fronteras estatales, y que incluso los trabajadores locales habían tenido dificultades para acudir a trabajar durante el primer confinamiento de marzo de 2020.

Además, el transporte y otros obstáculos perturbaron gravemente las cadenas de suministro internacionales y nacionales. Según los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial, el 43,7 por ciento de las empresas proveedoras de bienes y servicios clave se vieron afectadas por la falta de suministro de insumos, un porcentaje inferior al 65,4 por ciento notificado por las empresas no clave, pero aun así nada desdeñable. En la India, los datos

► **Gráfico 2.4. Estado de funcionamiento, por condición de proveedor de bienes y servicios clave (en porcentaje)**



Nota: La muestra consta de 9 169 empresas. Se aplican ponderaciones muestrales.

Fuente: Análisis basado en los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial. Véanse más detalles en el anexo.

de uno de los mayores comercios de alimentación al por menor en línea indican que la disponibilidad de hortalizas, frutas y aceites comestibles cayó un 10 por ciento en las tres semanas siguientes a la fecha en que se impuso un estricto confinamiento, el 25 de marzo de 2020. Más acusado aún fue el efecto en los mercados agrícolas primarios, los denominados *mandis*, ya que la cantidad de hortalizas y frutas que llegaban para su venta a los intermediarios descendió un 20 por ciento en Delhi y Calcuta como consecuencia de la perturbación del transporte de mercancías¹¹⁹. Este problema también afectó al suministro de otros bienes y servicios clave. La industria farmacéutica, por ejemplo, tuvo dificultades para expedir productos a nivel internacional, debido a la drástica reducción de los vuelos comerciales¹²⁰.

Las pequeñas empresas sufrieron asimismo las obstrucciones de las cadenas de suministro. En Kenia, la limitación de los servicios de transporte y el cierre de las fronteras, incluso con la República Unida de Tanzania y Uganda, complicaron la adquisición de insumos, especialmente en las zonas remotas, lo que provocó un efecto dominó en los precios de bienes y servicios¹²¹. Fue similar la experiencia de Malawi, donde los comerciantes que viajaban a países vecinos a comprar mercancías para abastecer los centros urbanos y los mercados no pudieron reponer sus existencias¹²².

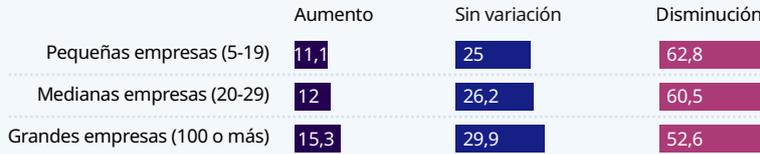
Los problemas de suministro perturbaron la actividad económica, pero el mayor impacto se produjo por el lado de la demanda, especialmente en el caso de las microempresas y pequeñas empresas, dependientes de un tráfico peatonal que se vio obstaculizado por las restricciones de la movilidad. En una encuesta realizada a trabajadores del sector informal de Accra (Ghana) se concluyó que, en julio de 2020, los ingresos de los comerciantes y vendedores de alimentos eran apenas un tercio de los registrados antes de la pandemia¹²³. La experiencia de Adele, vendedora ambulante, confirmó tales conclusiones: «Hay días en que estamos aquí sentados todo el día y no vendemos nada [...] así de mal está la cosa»¹²⁴. Otro vendedor de alimentos recordó que «cerrábamos a las 4 de la tarde en lugar de las 6 porque no había clientes que compraran la comida que preparábamos. Estaba todo muy tranquilo y costaba creer que estuviéramos en Accra»¹²⁵. A veces, en el transcurso de la pandemia, los efectos negativos se multiplicaron, debido a que los clientes de los vendedores de alimentos habían reducido su consumo por la pérdida de ingresos. Desde el comienzo de la pandemia, se produjo un descenso del gasto en alimentación en todos los países en desarrollo por la reducción de los ingresos. A los problemas financieros de los vendedores de alimentos se sumó la incorporación de nuevos competidores que habían perdido el empleo en otros sectores durante la crisis, un fenómeno documentado también en todos los países. Una ventaja de la informalidad —la facilidad de acceso— se convierte en desventaja cuando la actividad sirve de refugio a trabajadores carentes de un sistema de protección social sólido que les procure un sustento en tiempos de crisis. Con el aumento de la competencia, se redujeron los ingresos de todos los vendedores. A mediados de 2021, más del 60 por ciento de los vendedores ambulantes de 11 grandes ciudades de países en desarrollo declararon que sus ingresos eran apenas una cuarta parte de lo que ganaban antes de la pandemia¹²⁶.

Los problemas de suministro perturbaron la actividad económica, pero el mayor impacto se produjo por el lado de la demanda, especialmente en las microempresas y pequeñas empresas.

Así, aunque las empresas clave pudieron mantener su actividad, las ventas e ingresos de muchas de ellas disminuyeron. Según los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial, que no abarcan la agricultura ni las microempresas pero sí la elaboración de alimentos y la venta al por menor, el 62 por ciento de las empresas clave registraron un descenso de las ventas (frente al 81 por ciento de las empresas no clave) durante la pandemia. Entre las empresas clave, se observa cierta variación según su tamaño. Algo más de la mitad de las grandes empresas experimentaron un descenso de las ventas, pero el resultado fue peor para las empresas medianas (el 60,5 por ciento) y pequeñas (el 62,8 por ciento). Algunas empresas prosperaron, pero también en este caso fueron las más grandes las que obtuvieron mejores resultados: un 15,3 por ciento de ellas lograron un aumento de las ventas, frente al 11,1 por ciento de las pequeñas empresas (véase el gráfico 2.5).

No obstante, como muestran los datos, algunas empresas prosperaron durante la pandemia. Al desagregar aún más las empresas que declararon un aumento de las ventas, se observa una nítida distinción por sectores, concordante con la demanda de productos específicos a raíz de la pandemia de COVID-19. Una de cada cinco empresas dedicadas a la producción de «Coque/productos químicos» y de «Caucho/plásticos/minerales» registraron un aumento de las ventas; las empresas de «Comercio al por mayor», «Comercio al por menor» y «Actividades informáticas» también obtuvieron resultados relativamente buenos, y un 15-17 por ciento de ellas contabilizaron una evolución positiva de las ventas (véase el gráfico 2.6). Por el contrario, pocas empresas de los sectores de «Fabricación de papel/artes gráficas» obtuvieron buenos resultados, probablemente debido a la tendencia a trabajar desde el hogar¹²⁷.

► **Gráfico 2.5. Impacto en las ventas de empresas clave, por tamaño de empresa (en porcentaje)**



Fuente: Análisis basado en los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial. Véanse más detalles en el anexo.

► **Gráfico 2.6. Empresas clave que declararon un aumento de las ventas durante la pandemia, por sector (en porcentaje)**



Nota: M = industrias manufactureras. La muestra de empresas productoras de bienes y servicios clave consta de 4 480 empresas. Se excluyeron los sectores con un tamaño muestral pequeño (≤ 30).

Fuente: Análisis basado en los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial. Véanse más detalles en el anexo.

El impacto en las ventas se vio favorecido por la demanda, pero también estuvo determinado por la capacidad de las empresas para innovar y adaptarse en respuesta a la perturbación de la actividad. Algunos ejemplos de adaptación son los restaurantes que empezaron a vender comida para llevar, los fabricantes de prendas de vestir que pasaron a producir mascarillas¹²⁸, y los fabricantes de pinturas y bebidas que produjeron desinfectantes e higienizantes de manos¹²⁹. La digitalización y el auge del comercio electrónico proporcionaron a las empresas un medio para llegar a los clientes a pesar de las medidas de confinamiento, los toques de queda y las normas y preferencias de distanciamiento social, en tanto que el trabajo a distancia facilitó la continuidad de la actividad empresarial.

La capacidad de respuesta y adaptación de las empresas clave dependía de su tamaño. Así, las grandes empresas tenían más probabilidades de implantar el trabajo a distancia: el 49,3 por ciento, frente al 38,3 por ciento de las medianas empresas y el 25,9 por ciento de las pequeñas (véase el gráfico 2.7). El tamaño influyó de forma menos marcada, aunque asimismo evidente, en la capacidad de iniciar o aumentar la presencia en línea (solo lo lograron el 20,3 por ciento de las pequeñas empresas clave frente al 28,2 por ciento de las grandes). Por lo que se refiere al reparto a domicilio, las empresas clave medianas fueron las que más recurrieron a esta opción (el 23 por ciento), si bien el 18 por ciento de las pequeñas empresas clave también iniciaron o incrementaron esta vía de negocio, lo que probablemente indica el menor tamaño de la mayoría de los restaurantes y comercios al por menor. Sin embargo, en todos los casos las pequeñas empresas clave fueron las menos capaces de adaptarse.

La gente tuvo que estar en su casa resguardada, pero necesitaba servicios, necesitaba artículos, necesitaba muchas cosas, y pues nosotros tuvimos que llevárselas. Entonces eso cambió demasiado, que nos visualizamos demasiado, ahora somos muy visibles.

Propietario de una empresa de paquetería internacional, México¹³⁰

▶ **Gráfico 2.7. Empresas clave que iniciaron o aumentaron las ventas en línea, el reparto a domicilio o el trabajo a distancia durante la pandemia (en porcentaje)**

	Presencia en línea	Reparto a domicilio	Trabajo a distancia
Pequeñas empresas (5-19)	20,3	18	25,9
Medianas empresas (20-99)	26,5	23	38,3
Grandes empresas (100 o más)	28,2	21,5	49,3

Fuente: Análisis basado en los datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial. Véanse más detalles en el anexo.

La adopción de estrategias de venta en línea y reparto a domicilio exigió ajustes en la actividad. Los propietarios de restaurantes de Malasia explicaron que el cambio supuso una adaptación de los menús, una inversión en envases adecuados y la organización de servicios de reparto. Las empresas también pasaron a ser más dependientes de la publicidad y tuvieron que desarrollar sistemas para recibir pedidos en línea¹³¹. En otros lugares, los restaurantes y comerciantes al por menor de sectores no alimentarios optaron por utilizar plataformas intermediarias que les prestaban los servicios de gestión de pedidos en línea y reparto a domicilio, bien por la falta de medios para desarrollar su propia infraestructura, o bien por la inviabilidad de alcanzar suficientes ventas por canales propios en un mercado dominado por las plataformas¹³². Sin embargo, las elevadas tarifas y comisiones aplicadas por los intermediarios del comercio electrónico y de reparto de comida —que suelen representar casi un tercio del precio de venta— podían comprometer la viabilidad financiera de las pequeñas empresas¹³³. En vista de ello, no es de extrañar que algunos de los negocios más beneficiados durante la pandemia hayan sido las empresas de comercio electrónico. En 2021, Amazon registró un aumento del 44 por ciento en sus ventas mundiales y unos beneficios récord de 8 100 millones de dólares de los Estados Unidos, lo que supone un incremento del 220 por ciento¹³⁴, y Flipkart, el segundo mayor minorista de comercio electrónico de la India, registró un aumento del 25 por ciento en sus ingresos durante el ejercicio fiscal 2021¹³⁵.

Cumplimiento de los protocolos de SST

La mayoría de las empresas productoras de bienes y servicios clave podían seguir con su actividad, pero estaban obligadas a cumplir los protocolos de seguridad y salud en el lugar de trabajo, no solo para garantizar la seguridad de su personal y clientela, sino también para mitigar la posible propagación del virus en la comunidad. Cuando se declaró la pandemia de COVID-19, la OMS publicó orientaciones sobre medidas de seguridad y salud en el lugar de trabajo¹³⁶, al igual que hicieron la mayoría de los países. Muchas de las directrices eran de aplicación universal, pero algunas solo se adecuaban a los entornos de los países desarrollados, en particular los lugares de trabajo formales. Por ejemplo, se recomienda «dejar claro a los empleados [que se aíslen en casa] que ese tiempo podrá computarse como licencia por enfermedad», una prestación que no existe en todas partes, ni en la legislación ni en la práctica. Además, las empresas informales de los países de ingresos bajos no siempre tienen acceso a instalaciones de agua y saneamiento, lo que dificulta el cumplimiento de las directrices.

Como la naturaleza de la COVID-19 no se comprendió bien hasta varios meses después del inicio de la pandemia, las prácticas recomendadas podían resultar confusas, a la par que difíciles y costosas de aplicar, especialmente para las empresas más pequeñas que carecían de experiencia en medidas de seguridad y salud en el lugar de trabajo¹³⁷. El propietario de un restaurante en el Perú explicó que «[no] teníamos los recursos para implementar, supervisar y monitorear los protocolos [...] tratamos de implementarlo todo lo posible, pero es imposible hacerlo al 100 por ciento [...] el temor era, más que contagiarnos, la municipalidad y sus multas»¹³⁸. En cambio, las empresas de mayor tamaño reconocían que las medidas, aun siendo gravosas y de costosa aplicación, eran un medio para asegurar la continuidad del negocio, como lo demuestra la experiencia de los productores de cítricos en Cabo Occidental (Sudáfrica) (véase el recuadro 2.2).

Al comienzo de la pandemia, algunas empresas tuvieron dificultades para persuadir a los trabajadores de que debían acudir al trabajo. El propietario de un taller de fabricación de ataúdes en el Perú explicó que al personal le preocupaba la continuidad del negocio, y que: «En algún momento pensamos en cerrarlo, pero yo decía cómo nosotros, llegando a analizar, no podemos cerrar, hay una demanda, hay una necesidad, hay una gran necesidad de ataúdes, cómo podemos cerrar si es nuestro rubro, es nuestro trabajo, sería una irresponsabilidad cerrar, entonces conversamos con todos y así acordamos»¹³⁹. También señaló que se habían tomado precauciones para que el personal de servicios funerarios no pudiera entrar en el taller y que se había exigido el uso de mascarillas y gel hidroalcohólico.

En muchos casos, las medidas de cuarentena también afectaron a la dotación de recursos humanos en el lugar de trabajo¹⁴⁰. Un protocolo central en la mitigación del virus consistía en imponer medidas de confinamiento o de cuarentena al personal que diera positivo, que tuviera síntomas o que hubiera estado en contacto con personas contagiadas¹⁴¹. Como parte de la aplicación de esas medidas, varios países establecieron un sistema de rastreo de contactos, a menudo mediante llamadas telefónicas o el uso de aplicaciones¹⁴². El Reino Unido, en respuesta a la pandemia, puso en marcha el programa Test and Trace del sistema nacional de salud, una iniciativa de rastreo de contactos para ayudar a frenar la propagación de la COVID-19 mediante el seguimiento de los usuarios en diferentes instituciones y el envío de notificaciones a quienes hubieran estado en estrecho contacto con una persona que hubiera dado positivo en las pruebas del virus. El programa se aplicó masivamente y resultó eficaz para reducir la propagación de la COVID-19¹⁴³. No obstante, planteó problemas a los empleadores, al intensificar la escasez de trabajadores, especialmente en ocupaciones que requerían un estrecho contacto personal. El impacto en la población ocupada del Reino Unido fue tan grave que la situación se bautizó como «pingdemic», por el envío continuo de alertas COVID-19 a los teléfonos de los ciudadanos¹⁴⁴.

Tras la aparición de las vacunas contra la COVID-19, muchos países establecieron normas que exigían la cooperación de los empleadores para ayudar a controlar el estado de vacunación de sus empleados. Por ejemplo, en los Estados Unidos, cualquier empresa con más de 100 empleados debía acreditar la vacunación de sus empleados o practicar pruebas periódicas¹⁴⁵. En Italia, cuando estaba en vigor el Green Pass, se enviaba a casa sin sueldo a los empleados no vacunados.

Pese a la dificultad y al costo del cumplimiento de ciertas medidas, los protocolos relacionados con la COVID-19 permitieron la continuidad de las actividades empresariales. En el Canadá, por ejemplo, los compradores valoraban positivamente las medidas aplicadas, incluidas las que facilitaban el distanciamiento¹⁴⁶.

Recuadro 2.2. Medidas de seguridad y salud en grandes productores y envasadores de cítricos de Cabo Occidental (Sudáfrica)

La experiencia de grandes productores y envasadores de cítricos de la región de Cederberg, en la provincia sudafricana de Cabo Occidental, da una idea del alcance de las medidas de seguridad y salud en el lugar de trabajo adoptadas para limitar los contagios y garantizar la continuidad de la actividad empresarial. Como en otras partes de Sudáfrica, los productores y envasadores de Cederberg forman parte de la cadena de valor mundial de la fruta fresca, que exporta una gran variedad de cítricos y otros productos principalmente a Europa, pero también a otras partes del mundo. La producción se organiza en grandes plantaciones y plantas de envasado. En las épocas de mayor cosecha, el sector emplea a una fuerza de trabajo de entre varios centenares y varios miles de personas, dependiendo del productor. La mayoría de los trabajadores son migrantes internos, pero también hay migrantes procedentes de Lesotho y Zimbabwe. Algunos trabajadores se alojan en albergues dentro de la misma explotación, si bien la mayoría reside en asentamientos informales, desde donde se desplazan diariamente a las plantaciones y a las instalaciones de envasado en camiones agrícolas proporcionados por el empleador.

Ante la advertencia del Estado de que se cerrarían las empresas clave que incumplieran los protocolos de seguridad y salud relacionados con la COVID-19, la Citrus Growers' Association (CGA), organización que representa a los productores de cítricos, constituyó una Comisión de Respuesta a la COVID-19 (CRC) con el fin de asesorar a sus miembros sobre el cumplimiento de las medidas. Del 15 de abril al 27 de agosto de 2020, la CRC se reunió semanalmente para discutir la respuesta del sector a la COVID-19. El riesgo de que los trabajadores enfermaran y pusieran en peligro a equipos enteros de recolección, plantas de envasado, cámaras frigoríficas y terminales de expedición se consideró de gravedad alta. Otro riesgo era que el Estado restringiera la circulación de los migrantes, impidiéndoles llegar a las explotaciones y plantas¹.

La CRC mantuvo amplias consultas para recopilar las mejores prácticas de aplicación de la normativa sobre la COVID-19, en particular con el Departamento de Agricultura, Reforma Agraria y Desarrollo Rural (DALRRD) y con representantes de la industria frutícola de Australia, España y Nueva Zelanda. Pidió a sus miembros que dieran consejos y compartieran experiencias sobre cómo hacer frente a la COVID-19 en el lugar de trabajo. Finalmente elaboró dos directrices de buenas prácticas para los productores: una para los lugares de trabajo y otra para el transporte de los trabajadores. También envió a sus miembros las directivas gubernamentales más recientes y actualizó sus propias orientaciones basándose en las novedades informativas y legislativas. Entre abril y julio de 2020, la CGA distribuyó a sus miembros 44 informes con directrices, junto con carteles y folletos que los productores podían exponer en los lugares de trabajo.

Recuadro 2.2. (continuación)

Aunque la CRC suspendió sus actividades tras la primera oleada de la pandemia, se volvió a reunir para discutir cómo abordar la variante delta del virus. En esta ocasión se invitó a representantes del DALRRD, del Foro de Exportadores de Productos Frescos, de la Junta de Control de Exportaciones de Productos Perecederos y de AgBIZ a reunirse con la CRC, para propiciar una cooperación más estrecha entre las organizaciones agrícolas y las instituciones gubernamentales. La mayoría de las demás organizaciones de productos básicos, la organización nacional de agricultores (AgriSA) y las organizaciones de comercio ético, como la Iniciativa de Sostenibilidad de Sudáfrica y la Asociación de Comercio Ético del Vino y la Agricultura, brindaron un apoyo similar a sus miembros. Además, en la región de Cederberg se crearon varios grupos locales de WhatsApp, vinculados a AgriSA, a foros de policía comunitaria y al director médico de Cederberg (que transmitió las directrices a través del Departamento de Salud). En resumen, los grandes productores y exportadores de productos básicos recibieron información y orientaciones sustanciales sobre cómo hacer frente a la pandemia.

A pesar de tener acceso a la misma información, los productores respondieron a la pandemia de maneras muy disímiles, desde la extrema cautela hasta el desdén. Un productor (P6) afirmó que había cerrado la verja de su granja tras acabar en el hospital con COVID-19, mientras que otro (P4) cayó «en la cuenta de que la COVID no era ninguna broma» tras la muerte de uno de sus directivos. P4 desarrolló una aplicación de rastreo de contactos para poder ponerlos rápidamente en cuarentena, contrató a un consultor para aplicar estrategias de prevención del riesgo de COVID-19 en su explotación y llevó a cabo un análisis detallado del riesgo específico de COVID-19 en su lugar de trabajo. Otro productor, P3, además de llevar a cabo un análisis de riesgos específico para la COVID-19, designó un equipo de gestión de la COVID-19 (formado por la alta dirección, el departamento de recursos humanos, el controlador de calidad de la planta de envasado y el delegado sindical) y encargó al profesional de enfermería del trabajo que controlara de forma continua las zonas de alto riesgo. En P2, los trabajadores que no llevaban mascarilla en la planta de envasado recibían amonestaciones disciplinarias. En el extremo opuesto del espectro estaba P1, que relató lo siguiente: «Les dije a los trabajadores que es una tontería: si la saliva se queda detrás de la mascarilla, no puede influir en nadie»; tampoco puso en marcha protocolos de distanciamiento social.

Cuando aparecieron las vacunas, todos los productores —salvo P1, que se mostró escéptico— aprovecharon la oportunidad para vacunarse y vacunar a sus trabajadores. En la zona de Citrusdal, los mayores productores organizaron una campaña de vacunación en colaboración con el Departamento de Salud, e invitaron a todos los productores de la zona a participar en ella. En las explotaciones de los productores entrevistados, las tasas de vacunación superaron el 90 por ciento inmediatamente después de la campaña, y P5 presentaba la tasa más elevada, del 99 por ciento. Este productor no solo proporcionó transporte gratuito a los trabajadores para que se desplazaran a los lugares de vacunación, sino que también puso en marcha una amplia campaña de vacunación mediante el envío de mensajes de telefonía móvil a los trabajadores durante toda la epidemia sobre cómo evitar la COVID-19 y, más tarde, sobre las virtudes de la vacunación. Los trabajadores entrevistados confirmaron que se los alentaba a vacunarse y se les proporcionaba transporte gratuito para ir a los lugares de vacunación.

Aunque dos productores (P1 y P5) describieron el impacto de la pandemia en sus negocios como «insignificante», todos los productores señalaron que sus costos de transporte se habían duplicado como consecuencia de la aplicación de las directrices de distanciamiento social. P4 precisó que los costos de aplicación de las distintas medidas ascendían aproximadamente a 1,1 millones de rands sudafricanos (unos 61 000 dólares de los Estados Unidos) en los siguientes conceptos: transporte adicional; contratación de un consultor para supervisar la aplicación de la normativa sobre la COVID-19; fumigación y desinfección de espacios interiores; contratación de un contratista para limpiar y desinfectar a diario los albergues; compra de mascarillas e higienizantes, y compra de cestas de alimentos para los trabajadores enfermos. P3 destinó aproximadamente 1,5 millones de rands (unos 83 000 dólares) a medidas de saneamiento, compra de mascarillas, fumigación de la planta de envasado y contratación de diez limpiadores adicionales para desinfectar las instalaciones. Aunque las medidas eran amplias y costosas, estos grandes productores disponían de la información y los medios financieros necesarios para aplicar los protocolos de seguridad, lo que les permitió continuar con sus operaciones.

¹ CGA, 2021, 22.

Notas

- 1 OIT, 2020o.
- 2 Murti *et al.*, 2021.
- 3 OMS, s. f. a).
- 4 Según la metodología utilizada en este informe, los trabajadores clave son aquellos que ejercen una ocupación clave en un sector clave. Lamentablemente, debido a la falta de datos, no se ha podido incorporar la dimensión sectorial en el análisis de esta sección. Por consiguiente, las categorías de ocupación utilizadas en esta sección son más amplias que en el resto del informe.
- 5 Las limitaciones de los datos complican el cálculo de la mortalidad de trabajadores clave, para el cual se requieren datos actualizados de acceso público sobre la población activa y sobre la mortalidad por ocupación y/o sector detallados. Los tres países cuyos datos cumplían todas estas condiciones eran el Brasil, Inglaterra (Reino Unido) y los Estados Unidos (los datos del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (NVSS) de los Estados Unidos solo proporcionan información sobre la ocupación y el sector a partir de 2020). Inglaterra proporciona conjuntos de datos sobre trabajadores fallecidos enlazados con los datos censales, mientras que no existen datos enlazados en el Brasil y los Estados Unidos. Esta última carencia no resulta especialmente grave, toda vez que la tasa de mortalidad puede calcularse como el cociente entre el número de trabajadores fallecidos (tomado de los datos de mortalidad) y el número de trabajadores vivos (tomado de las encuestas de población activa).
- 6 Los datos relativos a la mortalidad proceden del NVSS de los Estados Unidos, que recopila la información facilitada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); los datos demográficos (número de trabajadores clave, o trabajadores en una ocupación determinada) proceden de la Current Population Survey (CPS) realizada por la Oficina del Censo de los Estados Unidos. La utilización de los dos primeros meses de un año determinado como periodo de referencia para calcular el exceso de mortalidad dista mucho de ser lo ideal. Dos meses no son suficientes y las muertes en enero y febrero sufren variaciones estacionales. No obstante, en este caso es lo mejor que se puede hacer, porque los datos del NVSS anteriores a 2020 no incluyen la ocupación ni el sector.
- 7 Hummer, Rogers y Eberstein, 1998.
- 8 Los controles se realizan mediante una regresión logística en la que la mortalidad es el resultado, el trabajador clave es la variable explicativa, y los controles son la edad, el género y un índice compuesto para el nivel de estudios.
- 9 La diferencia controlada de exceso de mortalidad es la diferencia de mortalidad asociada a los coeficientes de los trabajadores clave. El aumento de la mortalidad asociado a un coeficiente de regresión logística es la variación de la probabilidad de muerte, que viene dada por la función logística evaluada en la probabilidad media de muerte:

$$\Delta p = \frac{1}{1+e^{(\alpha_0+\beta_{clave})}} - \frac{1}{1+e^{(\alpha_0)}}$$
 donde β_{clave} es el coeficiente asociado a los trabajadores clave y α_0 es el argumento que permite obtener la mortalidad media de todos los trabajadores.
- 10 La mortalidad pura por COVID-19 se calcula como las defunciones que tienen como primer código de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) los códigos U071, B342 o U049, divididas por la población pertinente. Se trata de una subestimación de la mortalidad real por COVID-19, dado que puede haber casos no contabilizados por errores de diagnóstico o porque los códigos señalados figuren como causa de muerte secundaria o terciaria.
- 11 Chen *et al.*, 2021.
- 12 Chen *et al.*, 2021.
- 13 Matz *et al.*, 2022. Los datos de Inglaterra son los únicos en que los fallecidos se combinan realmente con los datos del mercado de trabajo procedentes del censo.
- 14 Los autores utilizan el término «trabajadores esenciales» en su estudio. Dado que la definición de este concepto no coincide con la establecida en el presente informe para los trabajadores clave, no se sustituyó el término «esenciales» por «clave» al exponer los resultados del citado estudio.
- 15 Nafilyan *et al.*, 2021.
- 16 Un cociente de riesgo de 1,45 significa que las tasas de mortalidad de los trabajadores clave son un 45 por ciento superiores a las de los demás trabajadores (no 45 puntos porcentuales, sino un 45 por ciento más elevadas).
- 17 La mortalidad por COVID-19 también depende de las condiciones de salud subyacentes que varían según la ocupación. En algunas ocupaciones, el tabaquismo y la obesidad son más frecuentes que en otras. Los estudios aquí analizados no han podido tener en cuenta esas diferencias debido a las limitaciones de los datos.
- 18 DARES, 2021.
- 19 Calvo-Bonacho *et al.*, 2020.
- 20 Al-Kuwari *et al.*, 2021.
- 21 Dean, Venkataramani y Kimmel, 2020; Firouzi Naeim y Rahimzadeh, 2022; Soares y Berg, de próxima publicación.
- 22 Leigh, 1981.
- 23 Weil, 1991.
- 24 Mishel, 2012.
- 25 Firouzi Naeim y Rahimzadeh, 2022.
- 26 Soares y Berg, de próxima publicación.
- 27 El Colegio de la Frontera Norte, 2020.
- 28 Baumeister, 2021.
- 29 La diferencia porcentual de ingresos entre Costa Rica y Nicaragua es aproximadamente la misma que entre los Estados Unidos y México.
- 30 Douglas y Marema, 2020.
- 31 Mano, 2020.
- 32 Estado de California, s. f.
- 33 Datos de ILOSTAT.
- 34 En el Brasil, todos los trabajadores con tarjeta laboral están registrados en el Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED). En concreto, cada vez que se establece o se rompe una relación de trabajo, se registra y se indica el motivo, incluida la defunción del trabajador.
- 35 Pereira Galindo, Pereira Silva y Pedreira Júnior, 2022.
- 36 Véase Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990; Siegrist, 1996; Bakker y Demerouti, 2007.
- 37 Eurofound y OIT, 2019.
- 38 Schaufeli y Taris, 2014.
- 39 OIT, 2021c.
- 40 Qin *et al.*, 2021.
- 41 Elbert, Boniolo y Dalle, 2022.
- 42 Lin Lean, 2022.
- 43 Vosko *et al.*, 2022.
- 44 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 45 Darkwah, 2022.
- 46 Vosko *et al.*, 2022.
- 47 Elbert, Boniolo y Dalle, 2022.
- 48 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 49 Darkwah, 2022.
- 50 Entrevista con Lucrecia, enfermera mexicana, el 24 de agosto de 2021.
- 51 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 52 Manky *et al.*, 2022.
- 53 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 54 Manky *et al.*, 2022.
- 55 Vosko *et al.*, 2022.
- 56 Eurofound y OIT, 2019.

- 57 Eurofound y OIT, 2019.
- 58 Eurofound y OIT, 2019.
- 59 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 60 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 61 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 62 Loustaunau *et al.*, 2021.
- 63 Lin Lean, 2022.
- 64 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 65 En efecto, los indicadores de satisfacción laboral suelen reflejar los sentimientos de una persona sobre su entorno social en el trabajo, en contraposición a sus valoraciones acerca de las condiciones contractuales (Rose, 2003).
- 66 Seppälä y Cameron, 2015.
- 67 D. Singh, de próxima publicación.
- 68 Manky *et al.*, 2022.
- 69 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 70 Vermeerbergen *et al.*, 2021.
- 71 Eurofound y OIT, 2019.
- 72 Hughes, 1958; Press, 2021.
- 73 Manky *et al.*, 2022.
- 74 Vosko *et al.*, 2022.
- 75 D. Singh, de próxima publicación.
- 76 Manky *et al.*, 2022.
- 77 H. Kim *et al.*, 2022.
- 78 Jones, Mudaliar y Piper, 2021.
- 79 Bagcchi, 2020.
- 80 Lin Lean, 2022.
- 81 D. Singh, de próxima publicación.
- 82 Darkwah, 2022.
- 83 Hochschild, 2012.
- 84 Joo y Rhie, 2017.
- 85 Cai *et al.*, 2021.
- 86 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 87 WIEGO, 2021.
- 88 Darkwah, 2022.
- 89 Dev y Rahul, 2022.
- 90 J. Liu *et al.*, 2019.
- 91 Vento, Cainelli y Vallone, 2020.
- 92 CICR, 2020.
- 93 Healthcare in Danger, s. f.
- 94 Bryson y Green, 2015.
- 95 Lin Lean, 2022.
- 96 Manky *et al.*, 2022.
- 97 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 98 Elbert, Boniolo y Dalle, 2022.
- 99 Dev y Rahul, 2022.
- 100 Barello, Palamenghi y Graffigna, 2020.
- 101 La fatiga emocional se define como el agotamiento de los recursos emocionales sin ninguna fuente de reposición.
- 102 Barello, Palamenghi y Graffigna, 2020.
- 103 Sadeghipour, Aghdam y Kabiri, 2021.
- 104 Scatularo *et al.*, 2021.
- 105 Khasne *et al.*, 2020.
- 106 Kapasa *et al.*, 2021.
- 107 M. Kim *et al.*, 2022.
- 108 Ghahramani *et al.*, 2021.
- 109 Janson, Sharkey y Del Cid, 2021.
- 110 Mayer *et al.*, 2022.
- 111 Jooshandeh, 2021.
- 112 Ding *et al.*, 2021.
- 113 Las Encuestas de Empresas del Banco Mundial aportan datos sobre empresas registradas del sector privado con cinco empleados o más. El conjunto de datos excluye los sectores de la agricultura y la salud; la información disponible se refería a 27 países. Véanse más detalles en el anexo.
- 114 A diferencia del análisis relativo a los trabajadores, que se basa en una definición mundial de «clave», la designación de empresas clave se basa en la lista específica de cada uno de los 27 países analizados en el conjunto de datos de las Encuestas de Empresas del Banco Mundial, ya que la capacidad de una empresa para seguir operando se determinó a nivel nacional. Véanse más detalles en el anexo.
- 115 En los primeros meses de la pandemia se declararon brotes de COVID-19 en la industria cárnica de Alemania, la Argentina, Australia, el Brasil, el Canadá, China, Dinamarca, España, los Estados Unidos, Francia, Irlanda, Italia, los Países Bajos, Polonia y el Reino Unido.
- 116 OIT, 2021i.
- 117 FAO, 2020.
- 118 Basado en entrevistas mantenidas con agricultores de Kerala (India) en septiembre de 2021.
- 119 Mahajan y Tomar, 2021.
- 120 Flynn *et al.*, 2021.
- 121 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 122 Nota informativa.
- 123 WIEGO, 2021.
- 124 Darkwah, 2022.
- 125 Darkwah, 2022.
- 126 Alfes *et al.*, 2022.
- 127 OIT, 2021d.
- 128 Manolova *et al.*, 2020.
- 129 Laato *et al.*, 2020.
- 130 Estudio preliminar inédito elaborado para la OIT.
- 131 Lin Lean, 2022.
- 132 Popper, 2020.
- 133 Mitchell, 2021.
- 134 Weise, 2021.
- 135 Statista, s. f.
- 136 OMS, 2020b.
- 137 Shaw *et al.*, 2020.
- 138 Manky *et al.*, 2022.
- 139 Manky *et al.*, 2022.
- 140 Koren y Petó, 2020.
- 141 OMS, 2021.
- 142 Scarpetti, Webb y Hernandez-Quevedo, 2020.
- 143 Wymant *et al.*, 2021.
- 144 Hipwell y Shepherd, 2021.
- 145 Cámara de Comercio de los Estados Unidos, s. f.
- 146 Goddard, 2021.