
Recuperación del COVID-19:
desarrollar la Preparación
para Futuras Pandemias y
Comprender la Participación
Ciudadana en los Estados
Unidos y el Reino Unido

Comprender la reticencia a las vacunas entre los trabajadores de primera línea

*La influencia de los representantes sindicales
y de la comunidad*

Febrero de 2023

Sian Moore
Calvin Burns
Nigel Carter
Christina Clamp
Wesley Martin
Eklou Amendah

Acerca de los autores

La profesora Sian Moore es profesora de Relaciones de Empleo y Gestión de Recursos Humanos en el Centro de Investigación de Empleo y Trabajo de la Universidad de Greenwich. La profesora Christina Clamp es profesora de Sociología en el Centro para Cooperativas y CED de la Universidad de Southern New Hampshire. Ekou R. Amendah es profesor asistente de Marketing en la Universidad de Southern Maine. El Dr. Nigel Carter es becario de investigación en el Centro de Investigación de Empleo y Trabajo de la Universidad de Greenwich. El Dr. Calvin Burns es profesor sénior de Psicología Ocupacional en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de Greenwich. Wesley Martin es asistente de investigación en la Universidad de Southern New Hampshire.

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Academia Británica por su apoyo en este estudio y, en especial, la asistencia de Flora Langley. Ante todo, agradecemos a aquellos que dedicaron tiempo a participar en entrevistas o grupos focales como parte de la investigación.

Acerca de Recuperación del COVID-19: desarrollar la preparación para futuras pandemias y comprender la participación ciudadana en los Estados Unidos y el Reino Unido

Este programa es el resultado de una alianza entre la Academia Británica, el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales (SSRC) y la Red de Ciencia e Innovación en los Estados Unidos (SIN USA) con el objetivo de otorgar fondos a diez estudios transatlánticos centrados en el compromiso con la vacuna contra el COVID-19 en el Reino Unido y los Estados Unidos. Sigue un estudio piloto que explora los niveles de compromiso con la vacuna en cuatro lugares de los EE. UU y el Reino Unido, mientras que el programa más amplio abarcó múltiples lugares de estudio. El programa fue financiado por el Departamento de Negocios, Energía y Estrategia Industrial del Reino Unido.

Índice

1.0	Introducción	4
2.0	Resumen	5
3.0	El estudio y los métodos de investigación	9
4.0	Descripción general comparativa	12
4.1	El impacto diferencial del COVID-19	12
4.2	Vacunación	13
4.3	El marco político	14
4.4	Respuestas de los empleadores	15
5.0	Conclusiones de la investigación	17
5.1	La importancia del trabajo y el lugar de trabajo	17
5.2	Revisión del subsidio por enfermedad ocupacional y reglamentario	18
5.3	Narrativas generales: Confianza en el Gobierno	21
5.4	Desestimación de la vacunación obligatoria	23
5.5	Migrantes y refugiados	25
5.6	Confianza	25
5.7	Legado de racismo y discriminación	27
5.8	Cuestionamiento de la racialización de las conductas ante la vacunación	28
5.9	Extensión comunitaria	28
6.0	Conclusiones	31
	Referencias	32
	Acerca de la Academia	33

1.0 Introducción

En el presente estudio, se explora cómo se manifiestan las desigualdades estructurales consolidadas hace mucho tiempo que definieron las experiencias de trabajo durante el COVID-19 en las decisiones que toman los trabajadores de primera línea respecto a la vacunación. Se hace hincapié en los trabajadores de raza negra o de minorías étnicas (BME,) y de raza negra, indígenas o de color (BIPOC)¹ debido a su predominancia entre los trabajadores de primera línea durante la pandemia y, por consiguiente, su vulnerabilidad desproporcionada ante el COVID-19. No obstante, al concentrarse en el trabajo, se espera abordar los peligros de racializar la vacunación. Se ubica a los trabajadores y a los lugares de trabajo en las comunidades más amplias y se explora la interacción de las influencias del trabajo y la comunidad. Una comparación entre los Estados Unidos y el Reino Unido nos permite interrogar los contextos definidos por factores del lugar, culturales, sociales, políticos y económicos. También nos permite comparar infraestructuras de salud y bienestar y sistemas sanitarios que dependen de la cultura, y explicar el modo en que estos determinan las respuestas de los trabajadores a las vacunas. En este estudio, se analizan los factores que determinan la reticencia a la vacunación (según la definición del Grupo Asesor Científico para Emergencias [SAGE]: “reticencia hace referencia a la demora en la aceptación o rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de servicios de vacunación”) en el contexto del trabajo y el lugar de trabajo y las normas organizativas y las expectativas sobre la vacunación. Se explora la función que cumplen los sindicatos y las organizaciones comunitarias en la negociación o mediación de la vacunación y en la participación de los trabajadores y la comunidad en los programas de vacunación, de modo que se puedan detectar posibles tensiones. En EE. UU., esto incluye a las comunidades sin hogar, conformadas de manera desproporcionada por personas de color.

Es posible que la bibliografía sobre el COVID-19 pase por alto la salud y seguridad ocupacional y laboral y el papel fundamental que desempeñan los empleadores y los representantes de salud y seguridad de los sindicatos en la salud pública. En este estudio, se abordan los intentos de empleadores y Gobiernos de imponer la vacunación para los trabajadores, ya sea de forma directa o indirecta, en especial para los trabajadores sanitarios y de atención social. Se analizan las respuestas de los trabajadores y sindicatos a tales iniciativas y las consecuencias para las relaciones laborales y la salud y seguridad ocupacional a largo plazo. A pesar de que los Gobiernos nacionales desistieron de su política de vacunación obligatoria, algunos trabajadores han abandonado sus empleos de manera voluntaria e involuntaria ante la amenaza de coacción, y los empleadores han utilizado la eliminación del subsidio por enfermedad ocupacional y del seguro de salud como mecanismos coercitivos. La eliminación de los requisitos de aislamiento voluntario en el Reino Unido ha dado lugar a más preguntas acerca de la imposibilidad de los trabajadores de bajos ingresos de reunir los requisitos para cobrar el subsidio por enfermedad. La investigación se llevó a cabo en dos ciudades comparables: Mánchester, Nuevo Hampshire, en los Estados Unidos, y Oxford, en el sudeste de Inglaterra.

¹ Los términos BME y BIPOC se utilizan para referirse a personas de raza negra y de minorías étnicas en el Reino Unido y a personas de raza negra, indígenas y de color en los Estados Unidos.

2.0 Resumen

La importancia del trabajo y el lugar de trabajo

Para comprender la conducta ante la vacunación, no se pueden ignorar las experiencias de los trabajadores de primera línea durante el COVID-19 y su exposición al virus. Los encuestados en Oxford (Reino Unido) y Mánchester (EE. UU.) demostraron la segregación ocupacional basada en la etnia, ya que los trabajadores BME y BIPOC tenían más probabilidades de trabajar durante la pandemia y de hacerlo a partir de contratos no convencionales en los que no se les pagaba si no iban a trabajar. El lugar de trabajo es un lugar clave de contagio y prevención, por lo que es central para la salud pública. La percepción de que el Gobierno y los empleadores no protegieron a los trabajadores de primera línea, sumado a una sensación de infravaloración asociada, parece haber determinado la conducta posterior ante la vacunación. Esta afirmación cuenta con el respaldo de los datos de una encuesta del Reino Unido, que indican que la percepción del riesgo económico en relación con el trabajo es un determinante importante de las actitudes ante la vacunación contra el COVID-19. Además, la confianza en la gestión y la percepción de seguridad en el entorno laboral influyen sobre las actitudes hacia la vacunación y señalan la importancia de las políticas de salud y seguridad en el lugar de trabajo. A partir de esta encuesta, se demuestra la necesidad de contar con variables relacionadas con el trabajo para analizar la reticencia a la vacunación.

Revisión del subsidio por enfermedad ocupacional y reglamentario

Muchos trabajadores de primera línea no pudieron recurrir a subsidios ni licencias por enfermedad adecuados cuando presentaron síntomas y debieron seguir trabajando por motivos económicos, a menudo bajo la presión de los empleadores. Las personas que trabajaban con contratos no convencionales tenían derechos laborales limitados o nulos. Nuevamente, la exposición existente al contagio afectó la orientación posterior hacia la vacunación. Las políticas coercitivas más recientes de los empleadores de EE. UU. y el Reino Unido, como eliminar el subsidio por enfermedad para quienes no estén vacunados, parecen ser especialmente perniciosas en un contexto donde la inexistencia de un subsidio por enfermedad adecuado contribuyó a la propagación del virus. A partir de la experiencia con el COVID-19, se teme que su eliminación conduzca a que los empleados no quieran informar que están contagiados o a que no se tomen licencia por enfermedad.

Confianza en el Gobierno

Los niveles bajos de confianza en el Gobierno limitan la capacidad de fomentar conductas que contribuyan con la salud pública, y la politización de la vacunación supone una barrera especial. Los participantes de esta investigación hicieron énfasis en que la reticencia a la vacunación refleja, ante todo, el nivel de confianza. Según la descripción de un encuestado de Oxford, *“se trata de la relación de uno con el Estado y la salud pública”*, y otro de Mánchester hizo hincapié en que *“la confianza es el denominador básico para brindar cualquier servicio”*. A partir de la encuesta, se sugiere que ni las percepciones de los trabajadores de primera línea sobre el conocimiento de los funcionarios públicos ni la confianza en las autoridades afectaron las actitudes hacia la vacunación.

Desestimación de la vacunación obligatoria

Tanto en EE. UU. como en el Reino Unido, los Gobiernos han desestimado la vacunación obligatoria, ya que sugieren que no es una respuesta viable a la reticencia a la vacunación. En EE. UU., el cambio refleja una polarización política, mientras que, en el Reino Unido, el mercado laboral es un factor clave, específicamente por la gran escasez de personal en el área de atención social y sanitaria que ya lo precedía, pero que se agudizó con el COVID-19. Los sindicatos del Reino Unido rechazaron la vacunación obligatoria. Las respuestas de los sindicatos de EE. UU. fueron más variadas, pero reafirmaron su derecho a negociar el mandato para garantizar que no se violen los contratos. En ambos países, los sindicalistas señalaron que se encontraron con una línea muy fina entre tener que fomentar y brindar información sobre la vacunación y brindar apoyo a quienes se oponían.

La amenaza o la realidad de la vacunación obligatoria condujeron a que algunos trabajadores de Oxford y Mánchester abandonaran sus empleos en el área de atención social y sanitaria o a que se vacunaran para poder continuar trabajando. Los trabajadores de atención social señalaron que los empleadores ignoraron el requisito de vacunación anterior debido a la escasez de personal.

Migrantes y refugiados

Tanto en Oxford como en Mánchester, los trabajadores migrantes indocumentados y las comunidades de refugiados tenían inquietudes particulares acerca de la vacunación. El “entorno hostil” del Reino Unido y la “imposibilidad de recurrir a fondos públicos” desalentó a los trabajadores migrantes de vacunarse. De modo similar, en Mánchester, se señaló que las personas indocumentadas temían que se les pidiera identificación. Aquí fue fundamental cambiar a centros de vacunación locales que no solicitaran registro ni documentación.

Legado de racismo y discriminación

En las comunidades BME y BIPOC, tanto en Mánchester como en Oxford, la desconfianza ya estaba arraigada en la historia. Los encuestados citaron los experimentos médicos llevados a cabo con poblaciones y comunidades de raza negra, incluido el estudio Tuskegee de sífilis y los ensayos con zidovudina llevados a cabo con africanos con diagnóstico de VIH positivo. La desconfianza se intensificó con experiencias y percepciones de racismo más recientes. Abordar la desigualdad residual en la atención médica es un desafío clave.

Cuestionamiento de la racialización de las conductas ante la vacunación

Si bien el legado de racismo fomentó la desconfianza, al mismo tiempo, varios encuestados de ambos países pusieron en tela de juicio la idea de que las comunidades BME y BIPOC son más propensas a ser reticentes a la vacunación y sintieron que el discurso estaba racializado. En EE. UU., se pueden citar los mismos factores políticos en términos de la población blanca.

Extensión comunitaria

Los encuestados de Mánchester y Oxford brindaron pruebas de campañas de extensión de la salud pública para promover la vacunación. Las campañas más eficaces hacían hincapié en acceder a “servicios difíciles de alcanzar”, en lugar de apuntar a las llamadas “comunidades más reticentes” y en informar, en lugar de promover. Se consideró importante acercar la vacunación a la comunidad, en lugar de esperar que esta se dirija a centros de vacunación, y se destacó la eficacia de la oportunidad de iniciar un diálogo honesto con profesionales de la salud locales relacionados con las comunidades.

Oxford y Mánchester

La investigación se llevó a cabo en dos ciudades comparables en términos de características sociodemográficas: Oxford, en el Reino Unido, y Mánchester, en Estados Unidos.

Mánchester es la ciudad más grande de Nuevo Hampshire, con 116 000 habitantes. Es una ciudad diversa, ya que el 10% de la población es hispana o latina¹. Como ciudad de entrada, su población incluye a muchos migrantes y refugiados. Según el censo de EE. UU de 2020, las personas nacidas fuera del país representan el 14,5% de la población. Es posible que este número sea inferior al real, ya que es menos probable que las personas sin papeles legales participen en el censo. Mánchester alberga al 39% de la población sin hogar de Nuevo Hampshire, compuesta desproporcionadamente por personas de color.

Oxford es una ciudad de diversidad étnica de 151 000 habitantes, conocida como una ciudad universitaria histórica, pero también como la cuna de la vacuna de AstraZeneca. Los hombres de Northfield Brook, uno de los distritos electorales más pobres de Oxford, mueren, en promedio, 15 años antes que sus homólogos que viven en el distrito North, una de las áreas más ricas de la ciudad, lo que demuestra las desigualdades sociales y sanitarias.

Armas caminantes

Oxford, Reino Unido

“Decían que cuando tenías tos o tenías dolor de cabeza, no tenías que ir a trabajar porque podías tener Covid. Pero algunos de nosotros teníamos todos esos síntomas y, así y todo, veníamos a trabajar, porque, como ya dije, a veces uno debe elegir: ¿mi tra bajo o las facturas? Porque solo te pagan cuando trabajas; cuando no trabajas, no te pagan. Entonces, creo que algunas de las repercusiones fueron que las personas perdieron sus empleos, otros perdieron la vida y otros se deprimieron porque no había a qu ién acudir. Y luego creo que, sin palabras, de manera silenciosa, te decían sutilmente: “Debes venir a trabajar o pierdes el empleo”. Entonces entiendes que la mayoría de las personas que trabajan en estos lugares de atención son, en realidad, migrantes. Y como migrante, también es posible que no miren tus papeles o que esa persona sea tu patrocinador. Otros se contagiaban Covid, tres días después volvían a trabajar, a la semana volvían a enfermarse, y luego regresaban. Ya sabes, entraban y salían, entra ban y salían. El jefe los llamaba y les decía: “No, tienen que venir a trabajar, falta personal, vengan”. Pero uno podía ver que no estaban bien.

En algunos casos, cuando alguien está contagiado, es evidente que lo está. Pero algunos somos armas camina ntes; nunca es posible saber si estoy enferma o no. Así que, en ese momento, algunas personas quizás pudieron librarse porque realmente no tenían síntomas y necesitaban trabajar. Hasta que llegaron estas pruebas de PCR. Ahora se sabe, porque te sometes a una prueba hoy y, si a la semana siguiente faltan dos o tres personas por enfermedad, se sabe que están contagiados”.

–Trabajadora de atención social de Oxford

Manchester, EE. UU.

“¿Quién se enfermó? Las personas que estuvieron expuestas al virus; los que debieron venir a trabajar para poder cobrar el salario. Había muchas personas en el trabajo, y si te enfermabas, debías irte. Y debías irte porque no podías ir a trabajar enferm o y contagiar a todos. Algunos tenían días de vacaciones, otros no. Yo diría que la mayoría no tenía. Nuestro sistema de empleo en los Estados Unidos está dividido en dos. Tenemos los empleos que son empleos buenos y sindicalizados. Aunque el salario sea bajo, tienes beneficios, vacaciones, licencia y todo eso. Luego tenemos los empleos en los que te pagan solo cuando vas a trabajar. Si no vas, no te pagan. Es casi a voluntad propia, y hay muchas personas en esa situación. Y cuando eso sucede, afecta a l as personas de manera desproporcionada. Si trabajas en un lugar donde, si te enfermas, ya te estás exponiendo, donde haces el trabajo que los demás no quieren hacer y donde te presentas a trabajar mientras otros se quedan en su casa. Y si luego te enfermas, te sancionan por enfermarte. De algún modo, esto es injusto, porque no puedes volver a trabajar. Así que, sí, la población inmigrante de orígenes diversos se vio afectada de otra manera. Y diría que no se trata de la raza, sino más bien de los estándar es económicos y la condición económica”.

–Administrador de un programa de salud gubernamental, Nuevo Hampshire

3.0 El estudio y los métodos de investigación

En el estudio en el que se basa la presente divulgación informativa para políticas, se hicieron las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las narrativas y los diálogos en torno a la vacunación en los lugares de trabajo y en la comunidad en general?
- ¿Cuáles son los factores que determinan la aceptación de las vacunas o la reticencia a ellas en el caso de los trabajadores de primera línea?
- ¿Cómo se viven y perciben las normas organizativas sobre la vacunación y cómo afectan el reclutamiento, las medidas disciplinarias y el abandono del lugar de trabajo?
- ¿Cómo negocian los sindicatos las normas organizativas sobre la vacunación?
- ¿Cuánto han intentado los sindicatos y las organizaciones comunitarias influir sobre las actitudes y respuestas a la vacunación y cómo lo han hecho?
- ¿Qué papel desempeñan los representantes de salud y seguridad y los activistas comunitarios en la tarea de influir sobre las actitudes y respuestas a la vacunación y cómo se ha manifestado?
- ¿Cuáles son los factores clave que influyen en la aceptación de las vacunas y cuáles son los medios más eficaces para lograr que los trabajadores participen en los programas de vacunación?

Métodos de investigación

La investigación es un estudio comparativo que se concentra en cuatro sectores que emplean a trabajadores de primera línea en Oxford, en el Reino Unido, y en Mánchester, Nuevo Hampshire, en EE. UU. Los cuatro sectores son los siguientes:

- El sector de la atención social.
- El sector sanitario.
- El transporte público.
- Los servicios de emergencia.

La investigación se basa en lo siguiente:

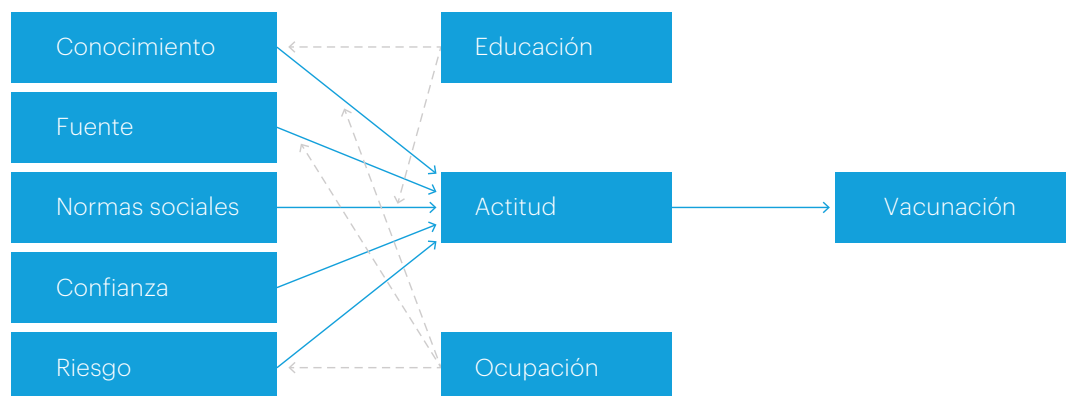
- Pruebas documentales de políticas relacionadas con la vacunación.
- Entrevistas con participantes clave.
- Entrevistas semiestructuradas y exhaustivas con trabajadores de cada sector.
- Grupos focales de trabajadores de cada sector y de activistas comunitarios y sindicales.

Se les ofrecieron tarjetas de regalo de £25 o \$35 a los encuestados por participar en las entrevistas y grupos focales. Esto refleja que, probablemente, sean personas que tienen salarios bajos y poco tiempo libre.

Una encuesta en línea para trabajadores de primera línea reclutados por medio de grupos focales y entrevistas, cuyo fin fue obtener 120 respuestas tanto en Mánchester como en Oxford. Esta encuesta está basada en un modelo de reticencia a la vacunación en trabajadores que se vale de la teoría del comportamiento planificado (TCP)², como se observa en la Figura 1. La TCP es una teoría psicológica que relaciona actitudes, normas subjetivas y el control percibido de la conducta con las intenciones conductuales. Se desarrollaron preguntas sobre variables independientes (riesgo económico, confianza afectiva, entorno social, seguridad en el entorno laboral, confianza en la gestión, riesgos para la salud, conocimiento oficial público, confianza en las autoridades y el conocimiento de las personas sobre el COVID-19) y variables dependientes (la actitud de las personas hacia las vacunas contra el COVID-19 y las medidas de vacunación) para evaluar las hipótesis.

El análisis inicial de la encuesta se basa en 170 trabajadores, de los cuales 87% eran del Reino Unido y el 13% eran de EE. UU. En este último país, las personas tardaron mucho más en responder, por lo que el análisis es preliminar. La mayoría de los encuestados (81%) se identificaron como trabajadores de primera línea. De ellos, el 38% eran mujeres y el 61%, hombres. Trabajaban principalmente en el área de atención social y sanitaria (44%) o en transporte (36%). El 5% trabajaba en servicios de emergencia. Poco menos de la mitad (48%) habían obtenido un resultado positivo en pruebas de detección de COVID-19. La prueba de fiabilidad (prueba del alfa de Cronbach) demuestra una medida de coherencia interna y buenos puntajes de fiabilidad. Si bien los números son pequeños y predominan los encuestados del Reino Unido, el análisis preliminar indica la importancia de incluir medidas del riesgo económico para trabajar en los modelos de reticencia a las vacunas. Los resultados individuales clave se encuentran explicados en las conclusiones.

Figura 1: Modelo de la reticencia a la vacunación en los trabajadores



En el análisis de datos del material de las entrevistas y los grupos focales, se combinaron interpretaciones comparativas amplias de los diferentes casos con un análisis profundo y completo de cada caso. Para el análisis inicial del material, se utilizó una codificación temática con el apoyo del software NVivo para identificar patrones de significado generales entre los conjuntos de datos. Además, todo el equipo de investigación llevó a cabo un análisis inductivo colectivo para garantizar que los métodos de codificación temática no separaran las unidades de significado del contexto en el que habían surgido y destacaron las narrativas sobre la vacunación.

2 Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behaviour. In Albarracín, D.; Johnson, B.T.; Zanna M.P. (Eds.), *The handbook of attitudes*, Lawrence Erlbaum Associates.

Tabla 1: Las entrevistas

Sectores	Participantes clave		Entrevistas con trabajadores		Grupos focales	
	EE. UU.	Reino Unido	EE. UU.	Reino Unido	EE. UU.	Reino Unido
Atención social	1	1	3	4	1	1
Sector sanitario	4	2	1	4	1	1
Servicios de emergencia	2	1	1	1	0	1
Transporte	1	1	0	3	0	1
Organizaciones comunitarias	3	4	-	-	1	1
Total	11	9	5	12	3	5

En el Reino Unido, los participantes clave incluyeron a un dirigente nacional encargado de la igualdad del Congreso de Sindicatos, dirigentes nacionales de sindicatos de trabajadores del transporte y bomberos, un miembro del equipo de organización de los trabajadores de atención social de Citizens UK, un representante de una red de apoyo para trabajadores de atención social, un gerente de hospital y representantes de un grupo comunitario BME local y de una asociación nacional de enfermeros BME.

En EE. UU., los participantes clave incluyeron a un administrador superior de uno de los dos hospitales de Mánchester, un administrador superior de una clínica médica financiada por el Gobierno federal, dirigentes sindicales, personal de agencias de vivienda, un oficial de policía superior, un jefe de bomberos y representantes de organizaciones de mujeres refugiadas y migrantes.

En EE. UU., debido a que los hospitales no están sindicalizados, fue más difícil acceder a los trabajadores. Por el contrario, en el Reino Unido, se reclutó una gran cantidad de encuestados por medio de los sindicatos reconocidos en los hospitales del Servicio Nacional de Salud (NHS).

En EE. UU., casi tres cuartos de los encuestados eran mujeres, mientras que, en el Reino Unido, la relación entre hombres y mujeres era más pareja. Todos los encuestados del Reino Unido eran personas BME, salvo dos excepciones. En EE. UU., solo un poco menos de dos tercios eran BIPOC.

La investigación estuvo sujeta a la aprobación ética de la Universidad de Greenwich y del Comité de Ética en la Investigación de la Universidad del Sur de Nuevo Hampshire. Se llevó a cabo de conformidad con el principio de consentimiento informado y se garantizó el anonimato y la confidencialidad. A fin de proteger los datos, se observó el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y los protocolos de la Universidad de Greenwich y de la Universidad del Sur de Nuevo Hampshire. No se mencionan los nombres de las organizaciones del estudio de caso.

4.0 Descripción general comparativa

4.1 El impacto diferencial del COVID-19

Los trabajadores esenciales de primera línea estuvieron expuestos al COVID-19 de manera desproporcionada, tanto en EE. UU. como en el Reino Unido. Las pruebas sugieren que, en ambos países, los trabajadores BME, BIPOC y migrantes tenían más probabilidades de ser trabajadores esenciales o de primera línea, por lo que eran más vulnerables al contagio. En EE. UU, en un informe de *The Guardian*, se identificaron 3600 muertes de trabajadores sanitarios entre mediados de marzo de 2020 y abril de 2021, con una representación desproporcionada de afroestadounidenses.³ Más de un tercio de los trabajadores sanitarios que fallecieron nacieron fuera de los Estados Unidos. De las muertes de trabajadores sanitarios en EE. UU. identificadas por país de origen, el 18% corresponden a filipinos.

Según la organización The Covid Tracking Project (Proyecto de Seguimiento del Covid) y el Centro de Investigaciones Antirracistas de la Universidad de Boston, las personas hispanas y latinas de Nuevo Hampshire eran quienes tenían más probabilidades de haber contraído COVID-19, mientras que las personas negras o afroestadounidenses eran quienes tenían más probabilidades de morir por la enfermedad. Los hispanos y latinos presentaron 7308 casos cada 100 000 personas, mientras que las personas blancas se registraron 2189 casos cada 100 000. Las personas de raza negra presentaron 65 muertes cada 100 000 personas, que es la proporción más alta entre todas las categorías raciales. Las cifras reflejaron tendencias nacionales: las personas de comunidades de color tenían el triple de probabilidades de contagiarse que las personas blancas y el doble de probabilidades de morir.⁴

En el Reino Unido, la Salud Pública de Inglaterra (PHE) informó que el 63% de los trabajadores sanitarios que fallecieron de COVID-19 eran de raza negra, asiáticos y de minorías étnicas (BAME).⁵ Las cifras de la fundación Runnymede Trust revelaron que un tercio de las personas BME (33%) trabajaban fuera de sus hogares, en comparación con la cifra más cercana a un cuarto en el caso de las personas blancas (27%).⁶ Apenas menos de tres de cada diez personas BME (28%) eran trabajadores esenciales, en comparación con casi dos tercios en el caso de las personas blancas (23%). Los grupos de personas negras tenían particularmente más probabilidades de ser clasificados como trabajadores esenciales (34%), con el mayor porcentaje entre las personas de origen africano. En este grupo, casi cuatro de diez personas eran trabajadores esenciales (37%). En un estudio llevado a cabo en 2020 por la Fundación de Hospitales de la Universidad de Oxford (OUH), se registró que los camilleros y el personal de limpieza tenían las tasas de contagio más altas y que, por consiguiente,

3 The Guardian (2021) *Our key findings about US healthcare worker deaths in the pandemic's first year*, Release date: 8 April 2021.

4 New Hampshire Charitable Foundation (2021) *New Community Health Workers Will Help With COVID Response in Manchester*, Release Date: 12 February 2021.

5 Public Health England (2020) *Beyond the Data: Understanding the Impact of COVID-19 on BAME Communities* (publishing.service.gov.uk)

6 Runnymede Trust (2020), *Over-Exposed and Under-Protected, The Devastating Impact of COVID-19 on Black and Minority Ethnic Communities in Great Britain*, Release date: August 2020.

el personal BME tenía mayores riesgos, con el cargo laboral como representación del origen socioeconómico. En la segunda ola, las muertes se concentraron en las personas de las partes más pobres de la ciudad.⁷

4.2 Vacunación

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU. (CDC) informaron que, al 28 de febrero de 2022, el 73,4% de las personas mayores de 12 años en EE UU. había recibido dos dosis de la vacuna.⁸ En la misma fecha, la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido (ONS) informó que el 85,2% de las personas mayores de 12 años había recibido dos dosis de la vacuna.⁹ Si bien estos datos sugieren que los índices de vacunación son altos en ambos países, hay diferencias en cuanto a la aceptación de las vacunas según la etnia y la ocupación.

Los CDC calcularon el porcentaje de personas mayores de 18 años en grupos étnicos de EE. UU. que tenían el esquema de vacunación completo (es decir, dos dosis).¹⁰ Informó que el grupo de personas asiáticas presentó mayores probabilidades de vacunarse (96,4%), mientras que el grupo de pueblos nativos de EE. UU. y nativos de Alaska presentó las probabilidades más bajas (71,6%). También se calculó el porcentaje de grupos de personas hispanas y latinas (83,2%), hawaianas nativas o de otras islas del Pacífico (NHOPI) (83,6%), blancas (82,6%) y negras (80,3%). Estos datos sugieren una diferencia marcada en los índices de vacunación entre los estadounidenses asiáticos y otros grupos, pero no necesariamente entre los grupos de personas hispanas y latinas, NHOPI, blancas y negras. Si bien los grupos de personas blancas presentaron índices más elevados que los grupos de personas negras en ambos países, en EE. UU., la diferencia fue menor (10%) que en el Reino Unido (17%).

La ONS investigó el porcentaje de personas mayores de 18 años en grupos étnicos del Reino Unido que habían recibido tres vacunas.¹¹ El grupo de personas británicas blancas (68,4%) fue el que presentó más probabilidades de haber recibido tres vacunas, seguidos del grupo de personas indias (65,3%) y chinas (64%). Los grupos de personas africanas de raza negra (37,9%), pakistaníes (37,8%) y caribeñas de raza negra (33,9%) presentaron las probabilidades más bajas de haber recibido tres vacunas, mientras que la mitad del grupo de personas “blancas de otro origen” (50,4%) sí las recibieron. Si bien las cifras de la ONS¹² confirman que algunos grupos étnicos fueron más reticentes a la vacunación, también se demuestra que la proporción de adultos que recibieron tres vacunas fue más baja en el caso de quienes viven en áreas desfavorecidas, de quienes nunca han trabajado o han estado desempleados por mucho tiempo y de quienes se identifican como musulmanes, en comparación con otras religiones.

También se encontraron diferencias en los índices de vacunación entre los grupos ocupacionales del Reino Unido. Los datos de la ONS demuestran que los trabajadores de los sectores de hotelería, servicios personales y transporte presentaron menores probabilidades de haber recibido una vacuna que los trabajadores de otros sectores.¹³

7 Oxford University Hospitals NHS Trust (2020), Varying risk of COVID-19 to health workers revealed, <https://www.ouh.nhs.uk/news/article.aspx?id=1312>, Release date 30 June 2020.

8 Centers for Disease Control and Prevention (2022) *COVID-19 Vaccinations in the United States*, Release date: 28 February 2022.

9 GOV.UK Coronavirus (COVID-19) in the UK (2022) *Latest reported vaccination uptake*, Release date: 28 February 2022.

10 Centers for Disease Control and Prevention (2022) *Demographic Trends of People Receiving COVID-19 Vaccinations in the United States*, Release date: 28 February 2022.

11 Office for National Statistics (2022) *Coronavirus (COVID-19) latest insights: Vaccines*, Release date: 28 February 2022.

12 *ibid*

13 Office for National Statistics (2022) *Coronavirus (COVID-19) Infection Survey technical article: Analysis of characteristics associated with vaccination uptake*, Release date: 15 November

Más del 80% de los profesionales sanitarios de entre 40 y 64 años habían recibido tres vacunas. Las ocupaciones con la proporción más baja de personas con tres vacunas fueron el comercio básico y otras relacionadas (58,3%) y los oficios de la edificación y construcción (62,3%). Los datos de una fundación del NHS del Reino Unido demostraron índices de vacunación contra el COVID-19 bastante más bajos entre los trabajadores sanitarios pertenecientes a minorías étnicas (71% de los trabajadores blancos, en comparación con el 59% de los trabajadores sudasiáticos y el 37% de los trabajadores de raza negra).¹⁴ Otras pruebas sugieren que es posible que las personas que trabajan en cargos de atención al público mal remunerados eviten la vacunación.¹⁵

4.3 El marco político

En enero de 2022, la Corte Suprema de los Estados Unidos rechazó el plan del presidente Biden de imponer la vacunación obligatoria o pruebas de detección para 100 millones de trabajadores, aproximadamente dos tercios de la fuerza laboral estadounidense, incluidos los trabajadores del Gobierno federal. Todas las empresas de EE. UU. con más de 100 empleados habrían estado obligadas a garantizar que su personal estuviera totalmente vacunado o que se sometiera a pruebas de detección de COVID-19 semanales. La Corte Suprema de los Estados Unidos permitió que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) procedieran con la directiva en estados que cuestionaron la norma.¹⁶ La norma del CMS se aplica a los trabajadores sanitarios que trabajan para proveedores certificados por Medicare y Medicaid. Esto incluye a casi 50 000 proveedores y 17 millones de trabajadores sanitarios. Los empleados del Gobierno central también están incluidos, ya que la administración de Biden insiste en que los Gobiernos estatales sigan la directiva. Algunos estados exigieron la vacunación para docentes y el personal escolar. Algunas empresas, como McDonald's, Delta Air Lines, United Airlines y Tyson Foods, exigen la vacunación o pruebas de detección regulares para sus empleados en EE. UU. No obstante, Starbucks rescindió sus planes de vacunación obligatoria.

En EE. UU., la vacunación está muy politizada, con narrativas en torno a la libertad personal. Los gobernadores de estados liderados por republicanos se comprometieron a cuestionar las órdenes ejecutivas en los tribunales junto con el gobernador de Texas, Greg Abbott, y describieron las normas como “un ataque a los asuntos privados”.¹⁷ En el Reino Unido, ha habido un consenso amplio entre los principales partidos políticos, y la problemática está menos politizada. El Gobierno enmendó la Ley de Atención Social y Sanitaria de 2008 para exigir la vacunación para los trabajadores de hogares de asistencia a partir de noviembre de 2021 en Inglaterra. En julio 2021, se estimó que los hogares de asistencia perderían 40 000 miembros del personal debido a la implementación de la política de vacunación obligatoria. A partir de los debates con los participantes clave, se sugiere que este temor se materializó y que se ha producido una suerte de éxodo. No obstante, el 31 de enero, el Gobierno del Reino Unido eliminó la vacunación como una condición para trabajar en hogares de asistencia y dio marcha atrás en sus planes de vacunación obligatoria para el personal del NHS en Inglaterra (los Gobiernos delegados de Escocia, Gales e Irlanda del Norte no tenían planes de imponer un mandato). El cambio se efectuó tres días antes del plazo del 3 de febrero para que el personal no vacunado que tuviera contacto directo

14 Razai M., Kankam, H., Majeed, A., Esmail, A. and Williams, D. (2021) *Mitigating ethnic disparities in COVID-19 and beyond*, *BMJ* 2021;372:m4921 <https://doi.org/10.1136/bmj.m4921>

15 Razai, M., Osama, T., McKechnie, G., Majeed, A. (2021) *COVID-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups*, *BMJ* 2021;372:n513 <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n513.full.pdf>

16 SHRM (2021) *Health Care Worker Vaccination Deadlines Extended in Some States*, Release Date: 21 January 2022.

17 *BMJ* 2021;374:n2238 *COVID-19: US imposes mandatory vaccination on two thirds of workforce*, Release Date: 13 September 2021.

con pacientes se vacunara con la primera dosis o se arriesgara a perder el empleo. La decisión se tomó ante las amenazas de los organismos médicos de que la política gubernamental exacerbaría la falta de personal crónica en los servicios sanitarios, ya que provocaría que miles de miembros del personal perdieran sus empleos. El ministro de Salud, Sajid Javid, citó los cambios en los riesgos por la variante ómicron y señaló que la población ya estaba más protegida contra las hospitalizaciones. Las cifras del Gobierno demostraron que el 5% del personal del NHS continuó sin vacunarse (80 000).¹⁸ Los datos del NHS de Inglaterra demostraron que, para el 13 de enero de 2022, el 91,5% de los trabajadores sanitarios de fundaciones del NHS habían recibido dos dosis de una vacuna contra el COVID-19.¹⁹

4.4 Respuestas de los empleadores

Una encuesta llevada a cabo en febrero de 2022 por el *New York Times* con los 500 empleadores más importantes de EE. UU. reveló que 75 de los 120 que respondieron exigieron la vacunación para algunos de sus trabajadores, 36 defirieron a mandatos gubernamentales a nivel local, estatal y federal, y 18 no planearon imponer mandatos. Hubo otras ocho corporaciones que no respondieron, pero que habían exigido a algunos trabajadores sanitarios empleados que observaran los mandatos federales. Dentro de las empresas que exigieron la vacunación, siete exigieron las dosis de refuerzo, cinco indicaron que ofrecerían pruebas de detección regulares como alternativa, y 12 informaron que tomarían medidas disciplinarias o despedirían a los trabajadores no vacunados.²⁰ Muchos de los empleadores grandes modificaron las condiciones del subsidio por enfermedad para los empleados no vacunados.²¹ Delta Air Lines impuso un recargo mensual de \$200 en el seguro para los empleados que contaran con el plan de seguro de la empresa y que no estuvieran vacunados. Otros limitaron el regreso a la oficina a solo los trabajadores vacunados y exigieron que todos los nuevos empleados se vacunen. Columbia Sportswear les exigió a los trabajadores no vacunados que se tomen licencia sin goce de sueldo y comenzó procesos de despido. No obstante, Tyson Foods, la empresa empacadora de productos cárnicos, negoció con los sindicatos para ofrecer licencia por enfermedad con goce de sueldo para incentivar la vacunación junto con los Trabajadores Unidos de la Industria Alimenticia y Comercial (UFCW). Señaló que es el primer acuerdo nacional en EE. UU. que ofrece licencia por enfermedad con goce de sueldo para los trabajadores de esta industria. En Nuevo Hampshire, al igual que en los demás estados, el sindicato de bomberos exigió que el Gobierno brindara dinero para el subsidio por enfermedad para que no tuvieran que utilizar la licencia por enfermedad.

En el Reino Unido, en el contexto de las inasistencias y la falta de personal, los empleadores también tomaron medidas para eliminar el subsidio por enfermedad para el personal no vacunado. En enero, Morrisons, Wessex Water, Next, Ocado e Ikea eliminaron el subsidio por enfermedad para los trabajadores no vacunados que debieran aislarse después de estar expuestos al COVID-19, por lo que dependerían del subsidio por enfermedad reglamentario (SSP). Se ha cuestionado la legalidad de esta tendencia, en particular en términos de la Ley de Igualdad del Reino Unido, ya que el hecho de vacunarse o no puede deberse a un embarazo o a creencias religiosas o filosóficas. No obstante, otras personas dudan de que se pueda cuestionar a los empleadores por motivos de discriminación, ya que es “poco probable que [la reticencia a la vacunación] se considere una creencia protegida a los fines de

18 BMJ 2022;376:o269 COVID-19: Government abandons mandatory vaccination of NHS staff, Release Date: 01 February 2022.

19 Nursing Times (2022) Former CNO backs calls to delay mandatory COVID-19 vaccines, Release Date: 21 January 2022.

20 The New York Times (2022) Who's Requiring Workers to Be Vaccinated?, Release Date: 23 February 2022.

21 NBC News (2022) From Amex to Walmart, here are the companies mandating the Covid vaccines for employees, Release Date: 25 January 2022.

la Ley de Igualdad”. Se teme que esto conduzca a que los empleados no quieran informar que están contagiados o a que no se tomen licencia por enfermedad.²² Al igual que en EE. UU., hay casos en los que los sindicatos del Reino Unido han negociado una mejora en el subsidio por enfermedad como resultado del COVID-19. Por ejemplo, el Sindicato de Ferrocarriles, Embarcaciones Marítimas y Transporte (RMT) exigió el pago total desde el primer día para el personal de limpieza que trabaja para contratistas privados en los trenes subterráneos de Londres.

5.0 Conclusiones de la investigación

5.1 La importancia del trabajo y el lugar de trabajo

Las experiencias de los trabajadores de primera línea que trabajaron durante la pandemia del COVID-19 fueron importantes en la determinación de la conducta ante la vacunación. Los encuestados manifestaron que se sintieron desprotegidos e infravalorados durante ese período. En Mánchester, un administrador de un edificio comunitario comentó que algunos inquilinos trabajaban en espacios reducidos en la fábrica y no todos utilizaban mascarillas en todo momento. Algunos de ellos se contagiaron COVID-19 más de una vez. El Sindicato Internacional de Empleados de Servicios (SEIU) señaló que a algunos trabajadores de conserjería se les pidió que reutilizaran la misma mascarilla durante períodos de ocho días para limpiar las habitaciones de pacientes con COVID-19. En Oxford, se informó que, inicialmente, el personal de los hogares de asistencia y el personal contratado por agencia trabajaban sin el equipo de protección personal (EPP) adecuado.

Tanto en Oxford como en Mánchester, hubo indicios de segregación ocupacional según la raza y la etnia. Los trabajadores BME y BIPOC tenían más probabilidades de ser considerados trabajadores esenciales o clave. Una pastora que representa a mujeres de la comunidad de migrantes y de refugiados en Nuevo Hampshire comentó lo siguiente:

“En primer lugar, hubo muchas cosas que afectaron a la comunidad. Cuando los casos de Covid estaban muy altos, lo que realmente temíamos era... Porque las personas africanas estaban trabajando mucho, porque decían que les daban el doble, ¿sabes? Y la mayoría de las personas se negaban a ir a trabajar, pero las personas africanas estaban trabajando mucho. Y en algunos lugares, no los ayudaban a protegerse, ¿sabes? Solo los dejaban”. (USKI3)

En Oxford, un trabajador del sector de transporte comentó lo siguiente:

“La comunidad negra y de minorías étnicas se ha visto muy afectada. En primer lugar, porque la mayoría de las personas están en la primera línea: el personal de limpieza, los enfermeros... Porque el NHS emplea a muchas personas de raza negra y de minorías étnicas. Y luego por el alojamiento en el que viven, porque normalmente comparten alojamiento. Nuestra cultura hace que debas quedarte, quizás, con tu madre y tus demás hermanos y todo. Y la mayoría de las personas ganan salarios bajos, lo que implica que se quedarán en áreas intergeneracionales”. (UKFG3)

La muerte de camilleros BME en una de las fundaciones hospitalarias de Oxford en los inicios de la pandemia fue un factor determinante para varios encuestados del sector sanitario. De modo similar, otro encuestado recordó las muertes de 60 trabajadores sanitarios filipinos en el Reino Unido. También se percibió un trato diferencial hacia los trabajadores durante la pandemia. En el área sanitaria en Oxford, se comentaba que se obligaba a los enfermeros BME a trabajar en primera línea y a quedar más expuestos al COVID-19. Los trabajadores de atención social BME

sentían que los empleadores presionaban menos a los trabajadores blancos para ir a trabajar y que los amenazaban menos con recortarles horas si rechazaban turnos específicos. En un hospital de Oxford, se señaló que, a través de una inspección, se descubrió que había problemas con el distanciamiento social entre el personal de limpieza, mal remunerado y probablemente compuesto por trabajadores migrantes, quienes contaban con áreas e instalaciones para cambiarse y lavarse mucho más pequeñas que los enfermeros del mismo hospital, que probablemente eran blancos o británicos.

Los encuestados hicieron referencia a la diferenciación contractual. Los trabajadores BME, BIPOC y migrantes tenían más posibilidades de trabajar con contratos fuera del sistema oficial o con contratos de agencias, mientras que los trabajadores blancos que trabajaban a su lado estaban empleados directamente. En todo EE. UU., el SEIU señaló el incrementado del uso de empresas de personal y del trabajo por contrato para reemplazar a los trabajadores de tiempo completo. En el Reino Unido, quienes trabajaban en servicios con contratación fuera del sistema oficial o privatizados y con contratos no convencionales se vieron especialmente afectados, ya que tenían menos derechos laborales y no se les pagaba si se enfermaban. En el sector de transporte, un encuestado mencionó el uso de trabajadores contratados por agencia en puestos de atención al cliente a los que no se les pagaba si no iban a trabajar. Señaló la ansiedad que sentían los trabajadores empleados directamente que trabajaban a su lado, ya que los trabajadores contratados por agencia debían viajar de una ubicación a otra, con el riesgo de propagar el virus.

Los encuestados sintieron que los trabajadores sin derechos, en especial si el inglés no era su lengua materna, a menudo temían perder sus trabajos y, por consiguiente, temían ser honestos acerca de sus síntomas de COVID-19, rechazar trabajo o cuestionar a sus empleadores. Un trabajador del área de atención social informó que los colegas temían unirse a sindicatos. En Oxford, un representante sindical comentó que unos trabajadores de Timor Oriental habían visto que despedían a sus colegas si planteaban inquietudes, y puso énfasis en las dificultades que puede tener una persona con un contrato de cero horas y que depende de que su empleador le dé horas para poder plantear problemas de salud y seguridad.

Esta encuesta sugiere la importancia de la salud y seguridad en el lugar de trabajo para determinar las actitudes de los trabajadores hacia la vacunación, y que la confianza afectiva en la gestión ($p = 0,015$) y las percepciones de seguridad en el entorno de trabajo ($p = 0,4$) son significativas.

5.2 Revisión del subsidio por enfermedad ocupacional y reglamentario

Las experiencias en el trabajo de primera línea están íntimamente relacionadas con el acceso al subsidio y la licencia por enfermedad, tanto en EE. UU. como en el Reino Unido. Muchos encuestados informaron que los trabajadores de primera línea y peor remunerados iban a trabajar cuando presentaban síntomas debido a la limitación de su derecho a acceder al subsidio por enfermedad ocupacional y reglamentario, el último de los cuales es inadecuado para mantener a sus familias. Este era el caso particular de las personas que tenían contratos no convencionales. En EE. UU., se esperaba con cada vez más frecuencia que las personas con COVID-19 utilizaran días de licencia sin goce de sueldo si se quedaban sin días de licencia por enfermedad. En el recuadro de la página 4, un administrador de un programa de salud gubernamental de Nuevo Hampshire reflexiona acerca de la concentración de personas migrantes en los empleos de primera línea mal remunerados y, por consiguiente, sin subsidio por enfermedad.

El administrador de un edificio comunitario para familias de bajos recursos de Mánchester reiteró la presión a la que estaban sometidos los trabajadores para volver a trabajar después del COVID-19 y utilizó el ejemplo de un trabajador de fábrica de Bosnia que trabajaba entre 50 y 60 horas por semana y pasó ocho semanas en el hospital con el virus. Debido a que era el sostén de la familia, regresó a trabajar, pero por un máximo de 25 horas semanales porque no podía pasar mucho tiempo parado y tenía problemas para respirar. Luego se contagió COVID-19 por segunda vez y se quedó sin trabajo: *“Entonces, las personas que no estaban necesariamente en las mejores condiciones de salud realmente tuvieron dificultades a largo plazo, y vemos que algunos se contagian Covid más de una vez porque deben regresar a trabajar”*. Un encuestado del SEIU sugirió que los supervisores y gerentes emitían mensajes contradictorios acerca de cuánto tiempo ausentarse al trabajo y que muchos trabajadores se sintieron presionados a regresar antes de tiempo, en especial cuando había falta de personal en el servicio. El sindicato exigió que se cubrieran los costos de las habitaciones de hotel y del cuidado de niños para los trabajadores que debían alejarse de sus familias para continuar trabajando en la atención sanitaria. Por otro lado, un oficial del Departamento de Policía de Mánchester confirmó que, si los agentes debían hacer cuarentena, en un principio, la ciudad les daba 14 días que no afectaban sus días de licencia por enfermedad. Posteriormente, dicho tiempo comenzó a restarse de la licencia familiar y médica, pero se implementó un enfoque más general que animaba a los oficiales a tomarse licencia por enfermedad si debían hacerlo sin sufrir consecuencias negativas.

En el recuadro de la página 4, una trabajadora de atención social de Oxford brinda una descripción desgarradora de tener que trabajar con COVID-19 y del modo en que la falta de protección y derechos laborales para los trabajadores del área fomentó la propagación de virus, lo que explicaría por qué se produjeron tantas muertes en los hogares de asistencia. La falta de personal implicaba que tenía que cubrir a sus colegas cuando se enfermaban, y expresó firmemente la presión que tenían para trabajar cuando tenían síntomas, en especial en el caso de los trabajadores migrantes, y el miedo de plantear un problema. Su empleador le pagó £40 por cada uno de los tres períodos de enfermedad por COVID-19. Describe a los trabajadores de atención social como *“armas caminantes”* y manifiesta que la falta de disponibilidad de pruebas de detección en las primeras etapas de la pandemia condujo a que las personas trabajaran con síntomas. Otros trabajadores del sector informaron que quizás ni siquiera reúnen los requisitos para recibir el subsidio por enfermedad reglamentario mínimo. Un activista comunitario de Oxford dijo que un grupo de trabajadores de Timor Oriental trabajaron durante la pandemia sin acceso al subsidio por enfermedad. En un caso, había nueve personas que compartían una casa y todos iban a trabajar con COVID-19 porque *“tenían que pagar el alquiler”*. Un representante sindical de Oxford también observó que los trabajadores migrantes no iban a hacerse pruebas de detección porque no podían sobrevivir económicamente si el resultado daba positivo y tenían que faltar a trabajar:

“Y allí es realmente donde se derrumba todo el sistema. Porque si uno no puede llegar a fin de mes, continúa trabajando aunque no se sienta bien. Eso no es bueno para la persona, pero, obviamente, tampoco es bueno desde el punto de vista de la salud pública. Y eso nunca se trató como un problema de salud pública, pero quedó absolutamente claro durante la pandemia que sí lo es. Y es por ello que los trabajadores peor remunerados eran los que más estaban en riesgo. Tenían el nivel de riesgo más alto porque, cuando uno trabaja en condiciones que no permiten que las iniciativas de salud pública tengan un impacto significativo, se trata de un problema de salud pública”. (UKKI2)

Un camillero de uno de los hospitales de Oxford comentó que, mientras que a los camilleros que estaban empleados directamente se les pagaba normalmente si se enfermaban, los porteros contratados por agencia no tenían acceso al subsidio por enfermedad ocupacional y dependían del SSP, que no era suficiente para vivir, lo que conducía a que fueran a trabajar enfermos. Señaló la injusticia de que el personal empleado directamente y el personal contratado por agencia debieran trabajar juntos, pero recibieran un trato diferente. También dijo que había rumores de que la fundación quería reemplazar a todo el personal empleado directamente con camilleros contratados por agencia porque sus derechos laborales hacían que fueran “demasiado costosos”. Los encuestados también relacionaron el desgaste laboral como un resultado de trabajar con COVID-19 y COVID-19 prolongado. Los trabajadores de atención social hablaron del silencio acerca del COVID-19 prolongado, particularmente por parte de los empleadores, que están ansiosos por retenerlos en el trabajo.

Varios encuestados relacionaron explícitamente las experiencias de los trabajadores de primera línea, incluida la falta de EPP y subsidios por enfermedad, con las conductas posteriores ante la vacunación. Como lo explicó un trabajador de atención social de Oxford:

“Después de haber simplemente dedicado tiempo a hablar con las personas, creo que se trata más de que si sientes que tu empleador no te cuida y luego te dice: ‘Venga y haga esto porque queremos cuidarlo para protegerlo’, piensas: ‘Bueno, nunca se preocupó por mí, ¿por qué debo creer que ahora hace esto por mí?’. ¿Tiene sentido? Sin embargo, debe haber una relación de confianza bilateral entre los residentes y las instituciones, el sector público, para que esto funcione. Y cuando siempre has sentido que no te cuidaban y que solo estabas allí para hacer tu trabajo y no protestar, ¿por qué creerías de pronto que lo que te están ofreciendo es para beneficiarte a ti y no a otras personas?” (UKW5)

Un asesor hospitalario y representante sindical de Oxford también habló del impacto de la relación de empleo unilateral en la que los trabajadores BME de primera línea sintieron que no se estaba cuidando su salud ni seguridad durante la pandemia, lo que condujo a sospechas cuando *“de repente nos pidieron que nos apuremos y vayamos primeros”* a vacunarnos. También propuso que el personal BME *“tuvo experiencias racistas cuando accedieron ellos mismos a la atención sanitaria. Y no solo comprendo ese nivel de desconfianza, sino también la pregunta que se viene a la mente: ‘¿Qué está intentando obtener de mí el empleador que quiere que me vacune?’”*. (UKK12). Un gerente superior de una fundación médica de Oxford sugirió que la exposición de los trabajadores de primera línea al contagio durante la pandemia pudo haber fomentado la idea de que eran inmunes:

“Estaba hablando con algunos colegas y amigos y su argumento es el siguiente: ‘Si estoy usando el EPP, mascarilla y guantes, no puedo contagiar a otras personas ni puedo contagiarme porque estoy protegido con el EPP’. Y dijeron que durante el auge del COVID-19, durante la primera y segunda ola, no tenían la vacuna y no contagiaron ni se contagiaron. Y ese es su argumento”. (UKK14)

Los datos de la encuesta indican que la percepción del riesgo económico determina las actitudes hacia la vacunación, con una relación inversa entre la aceptación de la vacuna y la percepción del riesgo económico ($p = 0,016$). Esto sugiere que los trabajadores que estaban preocupados por no recibir el subsidio por enfermedad o por no poder trabajar debido al COVID-19 eran más propensos a tener actitudes negativas hacia la vacunación. La conclusión de estos resultados es que es poco probable que la vacunación obligatoria funcione. Casi la mitad de los encuestados

(48,8%) indicaron que les preocupaba o les preocupaba mucho que no recibieran el subsidio por enfermedad si se contagiaban COVID-19, y solo un poco menos de dos tercios (62,3%) indicaron que no podían trabajar si sucediera.

5.3 Narrativas generales - confianza en el Gobierno

A partir de la encuesta, se sugiere que ni las percepciones de los trabajadores de primera línea sobre el conocimiento de los funcionarios públicos ni la confianza en las autoridades afectaron las actitudes hacia la vacunación. En cambio, el entorno social y la influencia de los pares son más importantes ($p = 0,001$). La politización de la vacunación en EE. UU. se refleja en los datos de la entrevista. Como lo expresó un sindicalista de Mánchester:

“En mi opinión, la reticencia a la vacunación proviene de un par de fuentes o motivos diferentes. Desafortunadamente, el motivo principal es político. En este momento, somos un país dividido. Y, dependiendo de qué lado te ubiques, posiblemente esto determine algunas de tus actitudes hacia las vacunas y la reticencia a la vacunación”. (USKI8)

El enfoque más consensuado adoptado por los diferentes partidos políticos señala que esta polarización no se dio en el Reino Unido, pero el desempeño del Gobierno ante el COVID-19 sí determinó las narrativas e influyó en la confianza de estos encuestados. Un participante del sector del transporte público comentó lo siguiente:

“La falta de confianza en este Gobierno específico es muy grande en todos los sectores. Y vemos una y otra vez que demuestran quiénes son realmente y que no son de fiar. Creo que hay muchas personas ahora que simplemente desconfían, y creo que escuché a un académico médico hablar acerca de esto. Dijo que, cuando se tiene un Gobierno como este que hace que las personas desconfíen, es bastante dañino para la salud pública. Así que, honestamente, creo que estamos viviendo tiempos muy alarmantes”. (UKFG4)

En EE. UU., ha habido más conflictos industriales por la vacunación, incluida la rescisión de contratos municipales en Nueva York y protestas de los bomberos y la policía. Un jefe de bomberos de Nuevo Hampshire escuchó que se habían retirado 3000 de 12 000 bomberos en la ciudad de Nueva York *“porque el ultimátum fue: ‘Se vacunan, o renuncian, o se retiran’*”. Algunos sindicatos de EE. UU. son más prudentes en su respuesta que los del Reino Unido, ya que no quieren anteponerse a sus miembros al defender la vacunación. Si bien varios sindicatos fomentaron la vacunación, el SEIU, que representa a los trabajadores del sector sanitario y público, y el Sindicato de Obreros Siderúrgicos Unidos (USW) se opusieron a las medidas obligatorias. Algunos tribunales y agencias estatales concluyeron que los empleadores gubernamentales estatales y locales no tienen la obligación de negociar con los sindicatos acerca del mandato de la vacunación porque es una emergencia sanitaria urgente. En respuesta a ello, los sindicatos afirmaron su derecho de negociar acerca del mandato, aunque estén a favor de la vacunación obligatoria o aunque no cuenten con una política, a fin de garantizar que no se violen los contratos.²³ Un sindicalista de EE. UU. identificó la tensión entre los miembros que estaban a favor y la promoción de la vacunación.

“Aún queda un grupo conformado por, quizás, el 35% de las personas, que no quieren que su empleador ni el Gobierno los obligue a hacer nada. No es nuestra obligación controlar la vida de las personas, sino proteger sus derechos conforme al contrato y proteger los derechos civiles, si podemos. Pero obligar a las personas no es nuestro trabajo; ellos tienen la capacidad para tomar sus propias decisiones. Es una situación muy difícil cuando crees: ‘Tan solo ve a ponerte la maldita vacuna y ponte la mascarilla’, pero a veces es difícil decírselo a las personas. Si pide mi opinión, los miembros... Yo les doy mi opinión y nunca hubo dudas acerca de mi opinión sobre las cosas. Pero represento a personas que hacen cosas todo el tiempo y sacudo la cabeza con incredulidad y hago lo mejor que puedo para mitigar las circunstancias que sea que surjan posteriormente”. (USKI7)

En el Reino Unido, la reticencia de los sindicatos nacionales a defender la vacunación obligatoria reflejó inquietudes acerca de la falta de personal residual y relacionada con el COVID-19 en la atención social y sanitaria. Un gerente superior de una fundación médica de Oxford manifestó este temor:

“La pregunta es si nosotros y el Gobierno podemos darnos el lujo de perder a los 70 000 a 80 000 trabajadores sanitarios. ¿Qué sucederá con el NHS? Y yo estoy vacunado, tengo la dosis de refuerzo y he hecho muchas campañas, pero respeto el parecer y las opiniones de las personas. A fin de cuentas, son sus derechos humanos, y mi opinión es que deben respetarse. Por supuesto, debemos educarlos y animarlos. Exactamente lo mismo sucede con nuestros pacientes. No podemos obligarlos a recibir un tratamiento simplemente porque creemos que es el tratamiento adecuado para ellos”. (UKKI4)

Durante la defensa de un programa de educación y aliento, los sindicatos a nivel nacional afirmaron que poner la vacunación como condición para el empleo constituía una violación de los derechos humanos y de los trabajadores. Un representante de un sindicato nacional del Reino Unido percibió que, con la vacunación obligatoria, la responsabilidad por la salud y seguridad en el lugar de trabajo pasaba de recaer sobre los empleadores a recaer sobre las personas. El grupo focal de Oxford de trabajadores del sector del transporte público, un sector muy sindicalizado, reflexionaron acerca del modo en que los representantes sindicalistas habían “concientizado a los trabajadores” para que cuestionaran la gestión de la salud y seguridad y para “mantenerlos encaminados” durante la pandemia. Como lo dijo un participante: *“Fueron insistentes acerca del modo en que mi organización lidiaba con el Covid. Realmente siento que, si no tuviéramos un sindicato en mi lugar de trabajo, se habrían perdido vidas con la pandemia”*. (UKFG3)

Al igual que en Mánchester, los sindicatos locales señalaron las dificultades de tener que fomentar la vacunación, pero también apoyar a quienes rechazaban la vacunación obligatoria. Un participante de un grupo de focal perteneciente a un grupo BME autoorganizado de Oxford dijo que en la reunión regional del sindicato se debatió la vacunación como “condición para el empleo” (término utilizado por el Gobierno del Reino Unido) y se llegó a la conclusión de que no se podía adoptar una postura ni la otra:

“[El sindicato] no quiere obligar realmente a sus miembros; queremos que ellos decidan. Así que esa es la información que les comunicamos a nuestros miembros. Sin embargo, cuando el Gobierno tomó esta decisión draconiana de promulgar una ley que obligaba a todas las personas a vacunarse, aquellas que no se habían vacunado comenzaron a desesperar. Hacían muchas preguntas, en especial dirigidas a los representantes [sindicales]. Fue una época muy traumática, hasta ahora. Pero esto no me afecta directamente porque ya me vacuné contra

el Covid. Pero las personas que no querían vacunarse sintieron que se las estaba intimidando y obligando a hacerlo. Así es como se sienten las personas. No creo que hubiera mucho que [los representantes sindicales] pudieran decir sobre la condición para el empleo. Como el Gobierno lo planteó como una ley, ninguno [de los representantes sindicales] estaba en posición de aceptarlo o rechazarlo. No puedes decir: “No te vacunes”, porque estarías dando un consejo que podría tener como consecuencia que la persona quede desempleada o que la bajen de categoría. Tampoco deberías estar en una posición en la que puedas alararlos y animarlos a que se vacunen, porque eso también estaría mal. No creo que hubiera ningún representante sindical en posición de poder hacer algo al respecto, además de quizás simplemente brindar apoyo emocional a quien quizás estuviera teniendo dificultades para tomar una decisión. La decisión continúa siendo suya; no sería sensato que un representante o dirigente sindical se mostrara a favor de una postura o la otra”. (UKFG2)

Un segundo miembro del grupo focal informó que el sindicato había debatido acerca de la política de la condición para el empleo con los gerentes de la fundación y acerca de cómo brindar apoyo al personal no vacunado, como ofrecer sesiones espontáneas para las personas que no estaban seguras y que tenían dudas. Otro encuestado de Oxford hizo hincapié en que los sindicatos desempeñaron un papel importante en la tarea de brindar de información debido a su independencia de los intereses del empleador. En el grupo focal del transporte público, un participante comentó que sintió que la postura de su sindicato sobre la vacunación, inicialmente, no tuvo en cuenta factores culturales:

“Creo que hablamos de la importancia de contar con representantes de salud y seguridad que representen a todos los sectores demográficos del sindicato. Creo que, al principio, decían algo como: ‘Sí, todos los miembros deberían vacunarse, bla, bla, bla’. Porque, quizás, no estaban teniendo en cuenta las diferentes perspectivas culturales. Y eso se rechazó rápidamente. Sé que sucedió dentro de mi sindicato, obviamente, porque represento a los miembros de raza negra, asiáticos y de minorías étnicas. Algunos de nosotros asistimos a una de las reuniones del distrito. Allí dijimos: ‘Oigan, eso no les corresponde a ustedes ni nos corresponde a nosotros. No puede parecer que estamos forzando esa narrativa, no estamos aquí para eso. Como dijeron, está la Salud Pública de Inglaterra o quien sea para encargarse de eso. Tenemos que representar a todos los miembros, quieran o no, y no nos corresponde ni estamos en una posición para poder cuestionar o imponer nuestras opiniones personales sobre nuestros miembros’. Pero creo que es algo que tenía que señalarse, porque no se daban cuenta de los matices para lidiar con determinadas comunidades que quizás tenían esa sospecha y desconfianza”. (UKFG3)

5.4 Desestimación de la vacunación obligatoria

Posteriormente, ambos Gobiernos nacionales desestimaron la vacunación obligatoria y tampoco se impuso un mandato en Nuevo Hampshire, ya que este formó parte del grupo que cuestionó a la presidencia de Biden en relación con el problema. Por lo tanto, parecía menos probable que los trabajadores de Mánchester sintieran que sus empleos estaban en riesgo. Se detectó una excepción en el grupo focal de trabajadores sanitarios de EE. UU., donde se señaló que, en un hospital, se impuso la vacunación obligatoria para los trabajadores sanitarios a partir de enero de 2022. Aquí algunos empleados habían presentado resistencia y algunos de ellos renunciaron antes de la implementación del mandato. Aquellas personas que se opusieron tuvieron que recurrir a Recursos Humanos y fueron sometidos a una revisión a cargo de un comité que podía conceder la exención por motivos éticos o religiosos, o bien debido a

inquietudes acerca del entorno en el lugar de trabajo. En el caso de a quienes no se les concedió la exención, “una gran cantidad de miembros del personal”, se rescindió su contrato y el hospital lo interpretó como una renuncia voluntaria. Como lo dijo un participante, “*las personas no estaban contentas*”. En otra organización, un encuestado informó que su empleador ofrecía un incentivo de \$500 o cinco días de vacaciones adicionales con goce de sueldo si el personal se vacunaba.

Algunos encuestados de Oxford señalaron que, antes del cambio en la política gubernamental, el consejo local había enviado una notificación por escrito a los empleadores de atención social donde indicaban que los trabajadores del área debían estar vacunados. Posteriormente, la fundación médica del NHS les envió cartas individuales a los trabajadores para comunicarles que debían vacunarse con la primera dosis antes del 3 de febrero de 2022, e hicieron énfasis en que no los volverían a contratar si se negaban y no quedaban exentos. Los trabajadores lo percibieron como una amenaza contra su trabajo, y los miembros del sindicato se acercaron a este para que los aconsejaran. Varios trabajadores abandonaron sus empleos ante la amenaza de la vacunación obligatoria o se vacunaron a regañadientes para mantenerlos, sintiendo que se lo habían impuesto. Al mismo tiempo, se comentó que la situación complicada de los mercados laborales y la falta de personal tanto en Mánchester como en Oxford provocaron que los empleadores de atención social se negaran a exigir el cumplimiento del mandato y que hubo casos en los que hicieron caso omiso de los requisitos. En EE. UU., se señaló que muchos trabajadores sanitarios se fueron del sector después de la pandemia debido al agotamiento laboral y el trauma. Un gerente superior de un centro médico de Mánchester reflexionó acerca del impacto que tuvo la falta de personal en el enfoque adoptado por los empleadores para abordar la vacunación:

“La falta de personal es tan grave en este momento que la posibilidad de perder 20, 30, 40 o 50 enfermeros es impensable. Así que tuvimos que encontrar una manera creativa para escuchar a nuestros empleados. Llevamos a cabo sesiones de conversación para oír por qué no querían vacunarse o por qué no querían implementar una política obligatoria. Y, como puedes imaginarte, dijeron de todo. Algunos fueron más desagradables que otros. Pero la cuestión del embarazo y el parto fue un asunto importante. Lo oímos e implementamos nuestra política para ayudar a abordar el tema”. (USKI8)

Una trabajadora de atención social de Oxford observó que, teóricamente, si ella y sus colegas no se sometían regularmente a pruebas de detección de COVID-19, luego no las incluirían en la lista de turnos. No obstante, los empleadores “hacían la vista gorda” si el personal se negaba a hacerse las pruebas:

“Quieren cubrir los turnos. Solo quieren que hagamos el trabajo. Los turnos deben quedar cubiertos de una manera u otra; porque muchas personas no lo quieren y muchos se fueron. Conozco a muchas personas que se fueron; realmente hay falta de personal. Solo quieren cubrir los turnos, por lo que, si puedes cubrirlo... Y como no tienen a muchas personas, explotan a los pocos que tienen y que están allí”. (UKW5)

Otro trabajador de atención social confirmó que, si bien exigían la vacunación para postularse para empleos en el sector y estaba especificado en los formularios de solicitud, los empleadores eran menos estrictos con los empleados actuales.

5.5 Migrantes y refugiados

Tanto en Oxford como en Mánchester, se informó que los trabajadores migrantes indocumentados tenían inquietudes particulares acerca de la vacunación. Según lo observado, el “entorno hostil” del Reino Unido y la “imposibilidad de recurrir a fondos públicos” desalentó a los trabajadores migrantes a registrarse en el NHS o para vacunarse. Aquí fue fundamental cambiar a centros de vacunación que no solicitaran registro ni documentación. De modo similar, en Mánchester, se informó que, dentro de la comunidad migrante, la desconfianza en la vacuna se vio agravada por el temor al Gobierno.²⁴ Las personas indocumentadas temían que se les pidiera una identificación, como señaló un trabajador en un centro médico de Mánchester:

“Tenemos compañeros que no tienen la documentación para estar aquí, por lo que realmente estaban preocupados. ‘Esta es una vacuna del Gobierno, y si voy a vacunarme, ¿me deportarán cuando descubran que estoy indocumentado?’. En un principio, pedían una licencia de conducir o alguna forma de identificación. Y algunas de las personas indocumentadas que están aquí utilizan otro documento de identidad para trabajar, con otro nombre como nombre legal para trabajar, distinto a su nombre real. Entonces, estaban preocupados. ‘¿Qué nombre debo dar cuando vaya a vacunarme?’ y ‘Si doy este nombre, la vacuna va a quedar a ese nombre y no a mi nombre real’. Fue muy angustiante para algunas personas, en especial en relación con la documentación”. (USKI6)

Como respuesta, la organización llevó a cabo un vasto trabajo de extensión para comunicarles a los trabajadores migrantes que no se les pediría identificación ni documentación y que su nombre no figuraría obligatoriamente en las tarjetas de vacunación. Este encuestado también reconoció la función de los líderes comunitarios en la tarea de tranquilizar a las personas. Estaba claro que exigir el registro en línea para la vacunación no funcionaba, ya que el acceso a la tecnología es otro factor. Nuevamente, lo más eficaz fue abrir centros de vacunación en la comunidad a los que las personas pudieran simplemente acercarse y vacunarse.

5.6 Confianza

Los grupos focales brindaron diferentes opiniones sobre la vacunación e iniciaron un debate agitado con personas que señalaban diferencias dentro de sus familias y hogares. Las conductas reflejaron un espectro de factores individuales y estructurales, como lo explicó un miembro de un grupo focal de Oxford:

“Estaba pensando en el acceso a las vacunas, pero no solo en el acceso en términos de poder ir a un lugar donde una persona te inyecta una vacuna en el brazo, sino también en el acceso a información relevante. Pero se trata de tu relación con el estado y la salud pública y lo que eso implica para seguir las pautas gubernamentales y todas esas cosas”. (UKFG1)

La reticencia se definió en términos de elección personal y control sobre el cuerpo de uno, pero también se extendió a los derechos humanos y de los trabajadores. Un representante sindical de Nuevo Hampshire sugirió que, tal vez, los miembros de los sindicatos podrían oponer más resistencia, ya que verían la coacción de los empleadores en el contexto de los derechos de los trabajadores y de las relaciones industriales más generales:

“Cuando las personas cuentan con la representación de un sindicato, tienen una postura más marcada: ‘No pueden obligarnos a hacer eso, ¿o sí?’. Y eso es lo que las personas plantean ahora: ‘¿Pueden obligarte?’. Las personas se nos acercan y dicen: ‘No pueden despedirme, ¿o sí?’. Y uno les dice: ‘Bueno, no. Sí pueden despedirte; pero si puedo recuperar tu empleo es otra historia’. Esto es lo mismo que preguntar: ‘¿Pueden obligarme a hacerlo?’ Bueno, no sé. Definitivamente no irán a tu casa a vacunarte; no pueden obligarte a hacerlo; pero, ¿cuáles son las repercusiones si no lo haces? Si es una empresa privada y son dueños de la propiedad, pueden decirte: ‘No te quiero en mi propiedad’. Es un asunto legal complicado, realmente lo es. La mayoría de nuestros miembros están vacunados, pero la minoría de las personas tienen derecho a disentir. Entonces, debes respetar el derecho de las personas a disentir, siempre y cuando no sea perjudicial para quienes pertenecen a la mayoría. Y ahí es donde intervenimos e intentamos mitigar las medidas tomadas contra ellos”. (USKI7)

Las narrativas acerca de la reticencia a la vacunación, tanto en Oxford como en Mánchester, se caracterizaron por la falta de confianza. Un gerente superior de un centro médico de Mánchester lo explicó de la siguiente manera:

“La confianza es el denominador básico para brindar cualquier servicio a la población. No importa si se trata de atención primaria, salud del comportamiento, vacunas, o cualquiera que sea el servicio. Si no se tiene una relación de confianza, se observará reticencia automáticamente”. (USKI8)

Los encuestados del Reino Unido expresaron que la desconfianza surge de la ambigüedad de la respuesta inicial del Gobierno a la pandemia. Los escándalos políticos en torno a su sistema de seguimiento y las ganancias percibidas por las empresas privadas a partir del COVID-19, incluidas aquellas que fabricaron la vacuna, no ayudaron. Una sindicalista comentó que su escepticismo surgió de lo que entendió como la privatización del NHS por parte del Gobierno, mientras que un trabajador de atención social identificó que fueron “las intenciones ocultas de las grandes empresas farmacéuticas”.

Una parte de los encuestados sugirió que hubo falta de confianza en la ciencia de la vacuna y temor a posibles efectos secundarios, como en la fertilidad y el embarazo. En ambos países, varias personas creían que el desarrollo de la vacuna había sido demasiado rápido y con investigación insuficiente y que podría haber efectos a largo plazo. En Oxford, los encuestados sintieron que los medios reflejaban el alarmismo del Gobierno acerca del impacto del virus. En EE. UU., les preocupaba que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) del país no había aprobado la vacuna.

Un número reducido de participantes habló de la desinformación por medio de las redes sociales, pero también por medio de los canales de televisión de la comunidad. En Mánchester, un grupo focal del sector sanitario señaló que se creía que la vacuna podría alterar la composición genética y que era parte de una estrategia del Gobierno federal para obtener información sobre la población. Una trabajadora de un centro de COVID-19 del Departamento de Salud de Nuevo Hampshire de ascendencia africana, habló de la reticencia en la comunidad africana. Se refirió a la influencia del expresidente del Poder Judicial de Sudáfrica, Mogoeng Mogoeng, quien, basándose en convicciones religiosas, consideró que la vacuna era satánica y que modificaba el ADN. Ella fue una de las pocas en la familia que se vacunó y repitió el chiste que hacen en su comunidad: “*Estamos esperando oír que moriste porque te pusiste esa cosa*”. La representante de un proyecto de viviendas comunitarias indicó que, en el caso de los católicos, las objeciones se basaban en la creencia de que la vacuna

estaba hecha con células de fetos abortados, y lo atribuyó a la cobertura de los canales de televisión de la comunidad latina. Como respuesta, el proyecto apuntó a la información difundida por WhatsApp, mensajes de texto, correo electrónico y canales de medios de habla española.

Los encuestados también percibieron escepticismo acerca de las vacunas de refuerzo debido a que ellos y otras personas cercanas contrajeron variantes de COVID-19 después de la vacunación inicial. Se creía que la vacunación “*continuaría para siempre y que no tendría fin*”. En uno de los grupos focales de Mánchester, un trabajador de viviendas públicas expresó que los mensajes iniciales hicieron que las personas pensaran que no se contagiarán de COVID-19 después de la vacunación y, el hecho de que sí se contagiaron (aunque no necesitaron hospitalización) reforzó las opiniones de las personas antivacunas.

5.7 Legado de racismo y discriminación

En las comunidades BME y BIPOC, tanto en Mánchester como en Oxford, la desconfianza ya estaba arraigada en la historia. Los encuestados citaron los experimentos médicos llevados a cabo con poblaciones y comunidades de raza negra, incluido el estudio Tuskegee de sífilis (mencionado por los participantes del Reino Unido) y los ensayos con zidovudina llevados a cabo con africanos con diagnóstico de VIH positivo. Algunos observaron reticencia en las comunidades BME y BIPOC, particularmente en las personas de África. Una participante de un grupo focal basado en una organización de mujeres africanas en Mánchester dijo que temían que se impusiera la vacunación en África:

“No confían, porque dicen: ‘Esto no es para las personas negras’ o ‘Si te vacunas, te convertirás en un fantasma’. Hay muchas razones, en especial gracias a los medios y las redes sociales. Dicen que están llevando la vacuna a África. Si no encontraron una vacuna aquí en Estados Unidos, ¿qué vacuna encontraron para llevar a África? Y comenzamos a concientizar a los demás. No confían en la vacunación por todas esas cosas que hicieron. No confiamos en lo que dice el Gobierno. Y las personas, a veces, no confían en la medicina. Comienzan a decir: ‘Solamente quieren matar a los negros’”. (USFG1)

Un voluntario de una organización comunitaria africana de Oxford comentó algo similar:

“Solo sé, de hablar con las personas, que muchos se negaron completamente a vacunarse debido a la desconfianza, al racismo y a los ensayos que han llevado a cabo anteriormente con nosotros y cosas así. Las personas piensan: ‘Aquí vamos de nuevo, se trata de matar a todas las personas negras’. Así que, obviamente, existen esos tipos de sentimientos, que son bastante acertados y que son válidos. Debido a que siempre sentimos eso, que dirán: ‘Pruébenlas primero en ellos y vean qué sucede’. Tenemos una gran desconfianza que nunca pudimos superar”. (UKKI3)

Los encuestados también se opusieron a nombrar las variantes del COVID-19 como “sudafricana” o “india”, ya que lo perciben como una forma de racialización. La desconfianza residual incrementó con experiencias y percepciones de racismo más recientes. Un participante del grupo focal del transporte público de Oxford, al igual que otros, mencionó la desproporción en las muertes de mujeres BME durante el parto:

“Creo que hay una falta de confianza. Creo que hay determinadas comunidades que desconfían de los profesionales médicos o de la medicina moderna. Y creo que cuando lees los informes que se han publicado últimamente, ves que las mujeres tienen el cuádruple o quíntuple de probabilidades de morir en el parto que otras mujeres. Pienso que la atención que uno recibe puede estar bastante racializada. Y creo que hay una falta de confianza; las personas sienten que realmente no confían en ello. Y porque, históricamente, ha habido tantos incidentes en los que se nos ha utilizado o sometido a experimentos, etcétera. He oído muchos comentarios como: ‘¿Por qué insisten tanto? Nunca hacen nada por nosotros’. Los niños dicen: ‘Esperen un momento, nunca hacen nada para beneficiarnos a nosotros’. Comienzas a ver al Gobierno con recelo, como: ‘Ah, ¿quieren que seamos los primeros?’”. (UKFG4)

5.8 Challenging the racialisation of vaccine behaviour

Si bien el legado de racismo fomentó la desconfianza, al mismo tiempo, varios encuestados de ambos países pusieron en tela de juicio la idea de que las comunidades BME y BIPOC son más propensas a ser reticentes a la vacunación, y algunos sintieron que el debate había sido racializado. Algunos encuestados del Reino Unido (blancos de clase media) mencionaron la resistencia a las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola, pero también la reticencia en algunos grupos migrantes de Europa del Este. En EE. UU., se podrían citar los mismos factores políticos en términos de la población blanca. Un oficial del Departamento de Policía de Mánchester describió una protesta antivacunas en una clínica de vacunación pediátrica por parte de un grupo reducido de *“lo que generalmente definiríamos como las poblaciones defensoras del Proyecto de Estados Libres de un frente de población de tipo libertaria. Y esa población, al menos desde lo que podemos ver, es principalmente blanca”*. En el Reino Unido, un asesor hospitalario y representante sindical de Oxford afirmó: *“Los mayores propagadores han sido, en realidad, los grupos antivacunas organizados de ultraderecha que están muy bien conectados y muy bien financiados”*. Un conductor de autobús BME de Oxford estuvo de acuerdo:

“Nos acusaban de que era nuestra comunidad. Pero, si entrabas a las redes sociales y veías las marchas contra la vacunación obligatoria, la mayoría eran personas blancas. Así que no sé dónde estaban etiquetando comunidades con eso, cuando había un consenso mucho mayor de personas caucásicas en estas marchas”. (UKW7)

5.9 Extensión comunitaria

En general, los trabajadores sanitarios que estaban empleados directamente sostuvieron que acceder a las vacunas era relativamente fácil. En EE. UU., los empleadores deben ofrecer licencia con goce de sueldo, y los encuestados que pertenecen a sindicatos pusieron énfasis en la importancia de garantizar que los trabajadores no sufrieran pérdidas económicas. En Mánchester, las clínicas vespertinas contaban con trabajadores municipales que no podían asistir durante el día.

En ambas ciudades, el acceso era más complicado para los trabajadores que tenían contratos no convencionales y precarios y que, a menudo, trabajan muchas horas y estaban agotados. Estos contratos no permiten tomarse licencia con goce de sueldo, porque a los trabajadores se les paga por el tiempo de trabajo o por la presencia en el lugar de trabajo. Los trabajadores describieron largas filas para vacunarse y mencionaron tener que desplazarse hasta las clínicas. Un camillero hospitalario de

Oxford indicó que él y sus colegas podían tomarse licencia con goce de sueldo para vacunarse o someterse a una prueba de detección, pero que esto no se aplicaba a los trabajadores contratados por agencia, quienes tenían que hacerlo en su propio tiempo. También se citó la falta de acceso a sistemas de correo electrónico de empleadores que brindaran información sobre la vacunación como limitación para el personal manual y con contratos fuera del sistema oficial.

Los encuestados de Mánchester y Oxford brindaron pruebas de campañas de extensión de la salud pública para promover la vacunación. En Mánchester, la ciudad contrató a cuatro trabajadores sanitarios adicionales de comunidades multilingües para poder acercarse a quienes se vieron afectados por el COVID-19 de manera desproporcionada. Las campañas más eficaces hacían hincapié en acceder a “servicios difíciles de alcanzar”, en lugar de apuntar a las llamadas “comunidades más reticentes” y en informar, en lugar de promover. Estas campañas se concentraban en la educación, la comunicación y el debate abierto. En Oxford, el proyecto *Why Vaccinate* (Por qué vacunarse) convocó a organizaciones comunitarias, profesionales de la salud y políticos y activistas locales para compartir información e iniciar un diálogo honesto. Una iniciativa consistió en una reunión en línea de la comunidad BME con aproximadamente 30 médicos y trabajadores sanitarios BME de diferentes especialidades, donde las personas podían hacer preguntas específicas acerca de la vacunación. La relación estrecha entre los sindicatos y la comunidad facilitó esta intervención, que luego se utilizó como base para la estrategia de extensión de las fundaciones del NHS. Una activista comunitaria contó que este proyecto la ayudó a superar su reticencia y le dio espacio para poder animar a otros:

“Sé que el proyecto Why Vaccinate (Por qué vacunarse) marcó una diferencia, ya que hay personas que dicen: ‘No iba a vacunarme, pero ahora lo haré’. Yo era una de las personas que eran escépticas. Creo que pude convencer a los demás porque yo era una de las escépticas. Yo pensaba: ‘Ni modo’. Pero vi que el médico decía que estaba vacunado y que otros médicos decían: ‘Yo me vacuné y me siento bien’. Así que, sí, para mí, eso también me convenció de vacunarme. No me vacuné hasta ese punto. Yo no estaba participando como vacunada en el proyecto; ¡estaba participando como escéptica! También permitió respetar a las personas en términos de no desestimar a los demás, como si uno estuviera imaginando cosas. No estábamos diciendo que las personas resolverían los problemas del pasado, pero que lo reconozcan ayuda mucho”. (UKK11)

De modo similar, el SEUI organizó una serie de reuniones informativas en el ayuntamiento por Zoom, lideradas por líderes sindicales, con el fin de dialogar abiertamente con profesionales de la salud locales.

Algunos encuestados hicieron hincapié en la importancia de organizar campañas personalizadas y específicas para la cultura. En determinados casos, se convocó a líderes comunitarios o de opinión pertenecientes al personal o las comunidades, quienes pudieron comunicarse con éxito en las lenguas de la comunidad. Durante un proyecto de viviendas comunitarias en Mánchester, se distribuyó información en ocho idiomas. Si bien, inicialmente, el transporte había sido un problema, posteriormente, se montaron clínicas en camionetas para asistir sin cita previa en la comunidad. Esto condujo a que los representantes líderes del Departamento de Salud concluyeran: “Ah, es necesario acercarlo a los vecindarios; no podemos esperar que las personas vengan a nosotros”. Debido a que no todos los inquilinos saben conducir, el administrador de un edificio comunitario afirmó lo siguiente:

“Me esfuerzo mucho por asegurarme de conseguir tantos recursos como sea posible a una distancia accesible a pie para todos nuestros inquilinos que aún dudan o dicen: ‘No sé a dónde ir’”. (USK19)

De modo similar, una organización sin fines de lucro que representa a mujeres refugiadas y migrantes montó clínicas móviles en su oficina, y la pastora se vacunó para dar el ejemplo. En Mánchester, según se informó, las personas sin hogar son quienes oponen más resistencia a aprovechar los servicios. Por consiguiente, se implementaron programas en los campamentos de personas sin hogar de Mánchester. Las pruebas sugieren que, salvo una o dos excepciones (en Mánchester, iglesias pentecostales y hawaianas), las iglesias, mezquitas y redes de fe fueron organismos clave que fomentaron la vacunación gracias a la confianza que inspiraban. Las iglesias comunitarias locales promovieron la vacunación en sus congregaciones, e incluso se montaron clínicas en algunas iglesias. También se vacunó a personas en un festival del Orgullo local. El Departamento de Salud Pública de Mánchester se asoció con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Nuevo Hampshire, el Granite State Organizing Project (Proyecto de Organización del Estado del Granito), NeighborWorks del sur de Nuevo Hampshire y Fresh Start Farms (una cooperativa de agricultores con miembros migrantes y refugiados) para organizar una feria donde se explicaba la vacunación en el contexto de problemas sanitarios más generales.

6.0 Conclusiones

A partir de la investigación, se sugiere que, posiblemente, la similitud entre los factores que subyacen a la reticencia a la vacunación en Mánchester y Oxford, a pesar de las diferencias en los sistemas de salud nacionales, refleje la dependencia excepcional de fondos públicos para abordar el COVID-19 en ambos países. La variación clave es el grado de influencia de la polarización política sobre las conductas ante la vacunación en EE. UU. Es posible que este contexto político conduzca a una mayor convergencia entre los índices de vacunación de algunos grupos blancos y BIPOC en EE. UU., lo que refleja la intransigencia de las personas blancas republicanas. Si bien en EE. UU. prevalecen los factores políticos, en el Reino Unido, predominan los factores del mercado laboral, como la falta de personal en la atención social y sanitaria. Este parece haber sido el motivo de la marcha atrás con la vacunación obligatoria y puede tener consecuencias para la salud pública y las pandemias futuras.

Si bien los sindicatos han desempeñado un papel fundamental en la salud y seguridad en el lugar de trabajo durante el COVID-19, se encontraron con una línea muy fina entre tener que fomentar la vacunación y oponerse a las medidas obligatorias y brindar apoyo a quienes se negaban a vacunarse. En ambos países, los empleadores introdujeron medidas coercitivas mediante la eliminación del subsidio por enfermedad para quienes no estuvieran vacunados. Es posible que esto se considere pernicioso, ya que el acceso a los derechos laborales durante la pandemia fue limitado para muchos trabajadores. Algunos encuestados relacionaron explícitamente la experiencia de los trabajadores de primera línea que trabajaron durante el COVID-19 con la reticencia a la vacunación, en especial en el caso de aquellos que tenían contratos no convencionales, a menudo trabajadores BME y BIPOC. Los datos cualitativos sugieren que no hay una relación positiva entre el riesgo de contagio de COVID-19 y las actitudes de los trabajadores hacia la vacuna, debido a su exposición. Una trabajadora de atención social de Oxford se describió a sí misma y a sus colegas como “armas caminantes”. El acceso al subsidio y la licencia por enfermedad es fundamental para que los empleados informen que están contagiados y así prevenir la propagación del virus en el lugar de trabajo. Los datos de la encuesta del Reino Unido indican que las percepciones del riesgo económico están asociadas con actitudes negativas hacia la vacuna por parte de los trabajadores de primera línea. Las experiencias positivas de salud y seguridad en el lugar de trabajo parecen estar asociadas a conductas más positivas ante la vacunación.

Tanto en Mánchester como en Oxford, los trabajadores migrantes y refugiados tuvieron problemas particulares, debido a la inseguridad de su condición para trabajar y el temor a la documentación y el registro. En ambas ciudades, el legado de racismo determinó las percepciones de las comunidades BME y BIPOC, agravadas por experiencias más recientes. Al mismo tiempo, en este estudio enfocado en los trabajadores de primera línea, se cuestiona la racialización de la reticencia a la vacunación, y se propone la función de las desigualdades estructurales existentes que la entrecruzan. Los encuestados brindaron ejemplos de medidas para abordar la reticencia que fueron eficaces en ambas ciudades, es decir, las que se concentraron en abordar los “servicios difíciles de alcanzar”, en lugar de apuntar a las llamadas “comunidades más reticentes” y en informar, en lugar de promover. Como lo explicó un dirigente del SEIU, fue necesario iniciar un diálogo honesto para abordar la *“muy válida reticencia a la vacunación que proviene de cuestiones culturales profundas en comunidades particulares y no invalidarla ni ignorarla, sino hablarlo de forma directa”*. (USKI10)

Referencias

-
- Burns, C., Mearns, K., McGeorge, P. (2006). *Explicit and implicit trust within safety culture*. Risk Analysis, 26(5), 1139-1150; Reason, J. (1997). *Managing the risks of organizational accidents*. Ashgate.
-
- Cai, M., Moore, S., Ball, C., Flynn, M. (2022) *The role of Health and Safety Representatives in COVID-19: 22 February 2022*.
-
- Chaudhuri, K., Chakrabarti, A., Chandan, J.S. et al. (2022). *COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: a longitudinal household cross-sectional study*. BMC Public Health 22, 104 (2022).
-
- Dorling, D. (2021) *Who are the unvaccinated and what is happening to them?: Retrieved 7 March 2022*.
-
- Freeman, D. et al. (2020) *COVID-19 vaccine hesitancy in the UK: The Oxford coronavirus explanations, attitudes and narratives survey (Oceans) II*. Psychological Medicine, 1-15.
-
- Frick, K. (2011). *Worker influence on voluntary OHS management systems – A review of its ends and means*. Safety Science, 49(7), 974-987.
-
- Gollust SE, et al. (2018). *What Causes Racial Health Care Disparities? A Mixed-Methods Study Reveals Variability in How Health Care Providers Perceive Causal Attributions*. Inquiry. 2018 Jan-Dec;55:46958018762840.
-
- Kata, A. (2012). *Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm – An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement*, Vaccine, 30(25), 3778-3789.
-
- MacKenna B, Curtis HJ, Morton CE, et al. *Trends, regional variation, and clinical characteristics of COVID-19 vaccine recipients: a retrospective cohort study in 23.4 million patients using OpenSAFELY*.medRxiv 2021. [Preprint.] <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.25.21250356>
-
- Martin CA, Marshall C, Patel P, et al. (2021) *Association of demographic and occupational factors with SARS-CoV-2 vaccine uptake in a multi-ethnic UK healthcare workforce: a rapid real world analysis*. MedRxiv [Preprint]. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.11.21251548v2>
-
- Mnookin, S. (2011). *The Panic Virus: A True Story of Medicine, Science and Fear*. Simon & Schuster.
-
- Public Health England (2020) *Beyond the Data: Understanding the Impact of COVID-19 on BAME Communities* (publishing.service.gov.uk)
-
- Runnymede Trust (2020), *Over-Exposed and Under-Protected, The Devastating Impact of COVID-19 on Black and Minority Ethnic Communities in Great Britain*, Release date: August 2020.
-
- Razai M., Kankam, H., Majeed, A., Esmail, A. and Williams, D. (2021) *Mitigating ethnic disparities in COVID-19 and beyond*, BMJ 2021;372:m4921 <https://doi.org/10.1136/bmj.m4921>
-
- Razai, M., Osama, T., McKechnie, G., Majeed, A. (2021) *COVID-19 vaccine hesitancy among ethnic minority groups*, BMJ 2021;372:n513 <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n513.full.pdf>
-
- SSHAP (2021) *What can social science research teach us about COVID-19 vaccine deployment?: 15 September 2021*.
-
- Streefland P, Chowdhury AM, Ramos-Jimenez P. (1999). *Patterns of vaccination acceptance*. Soc Sci Med. 1999 Dec;49(12):1705-16.
-
- Wolf, K. et al. (2021) *Ethnic differences in SARS-CoV-2 vaccine hesitancy in United Kingdom healthcare workers: Results from the UK-REACH prospective nationwide cohort study*, THE LANCET Regional Health Europe, 9, 100180, October 01, 2021.

Acerca de la Academia

La Academia Británica es una corporación independiente y autorregulada compuesta por casi 1000 miembros en el Reino Unido y 300 en el extranjero, elegidos en reconocimiento de su carácter distinguido como académicos e investigadores. Sus objetivos, facultades y marco de gobierno se establecen en el acta constitutiva y sus estatutos, según lo aprobado por el Consejo Privado. La Academia recibe financiación pública del presupuesto de Ciencias e Investigación, asignado mediante una beca del Departamento de Negocios, Energía y Estrategia Industrial (BEIS). También recibe apoyo de fuentes privadas y recurre a sus propios fondos. Los puntos de vista y conclusiones aquí expresados no necesariamente cuentan con el respaldo de los miembros individuales, pero se recomiendan como un aporte al debate público.

La Academia Británica es la academia nacional del Reino Unido en humanidades y ciencias sociales. Movilizamos estas disciplinas para comprender el mundo y dar forma a un futuro más brillante.

Los desafíos complejos de la actualidad —desde la inteligencia artificial hasta el cambio climático, desde la generación de prosperidad hasta la mejora del bienestar— solo se pueden resolver si profundizamos nuestra percepción de las personas, culturas y sociedades.

Invertimos en investigadores y proyectos en el Reino Unido y en el extranjero, involucramos al público con ideas y debates nuevos, y reunimos a becarios, gobiernos, empresas y la sociedad civil para influir en las políticas en beneficio de todos.

La Academia Británica
10-11 Carlton House Terrace
Londres SW1Y 5AH

Asociación benéfica registrada n.º 233176

thebritishacademy.ac.uk
Twitter: @BritishAcademy_
Facebook: TheBritishAcademy

Publicado en febrero de 2023

© The authors. Esta es una publicación de acceso abierto con licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 Unported License

Para citar este informe: Academia Británica (2023), *Understanding Vaccine Hesitancy Amongst Frontline Workers: The influence of trade union and community representatives* (Comprender la reticencia a las vacunas entre los trabajadores de primera línea: la influencia de los representantes sindicales y de la comunidad), La Academia Británica, Londres

doi.org/10.5871/c19-recovery/S-M-C-B-N-C-CC-W-M-E-A-Spanish

Diseño de Only