
El año de la peste

Por: Mike Davis* /La Jornada
20/04/2020



Entra el monstruo... Coronavirus es la vieja película que hemos estado viendo una y otra vez desde que en 1995 el libro *The Hot Zone*, de Richard Preston, nos presentó al demonio exterminador conocido como ébola, nacido en una misteriosa cueva de murciélagos en África central. Fue solo la primera de una sucesión de nuevas enfermedades que surgían en el “campo virgen” (es el término adecuado) de los inexpertos sistemas inmunes de la humanidad. El ébola fue seguido pronto por la influenza aviar, que brincó a los humanos en 1997, y por el SARS, que surgió a finales de 2002: en ambos casos apareció primero en Guangdong, el centro manufacturero del mundo.

Por supuesto, Hollywood acogió con codicia estos brotes y produjo una serie de películas para emocionarnos y aterrorizarnos. (*Contagio*, de Steven Soderbergh, estrenada en 2011, resalta por su precisión científica y su escalofriante anticipación del caos actual).

Además de los filmes y de incontables novelas estridentes, cientos de libros serios y miles de artículos científicos han respondido a cada brote, muchos de los cuales enfatizan el lastimero estado de la preparación global para detectar y responder a esas nuevas enfermedades.

I.

Así pues, el coronavirus entra por la puerta principal como un monstruo familiar. Secuenciar su genoma (muy similar a su muy estudiado hermano, el SARS) fue pan comido, y sin embargo faltan los segmentos más vitales de información. Los científicos que trabajan día y noche para caracterizar el brote se enfrentan a tres retos colosales.

Primero, la constante escasez de equipos de prueba, en especial en Estados Unidos y África, ha impedido realizar estimaciones precisas de parámetros claves, como tasa de reproducción, tamaño de la población infectada y número de infecciones benignas. El resultado ha sido un caos de cifras.

Segundo, al igual que las influencias anuales, este virus muta al circular entre poblaciones de diferentes

composiciones de edad y estado de salud. La variedad que los estadounidenses tienen más probabilidades de contraer ya es levemente distinta del brote original en Wuhan. Las próximas mutaciones podrían ser benignas o alterar la actual distribución de la virulencia, que aumenta notablemente después de los 50 años de edad. El “catarro corona” de Trump es cuando menos un peligro mortal para la cuarta parte de los estadounidenses, que son de la tercera edad, tienen sistemas inmunes débiles o problemas respiratorios crónicos.

Tercero, aun si el virus se mantiene estable y muta poco, su impacto en los sectores de menor edad podría diferir radicalmente en los países pobres y entre los grupos de alta pobreza. Considérese la experiencia global de la influenza española de 1918-19, la cual se estima que causó la muerte a entre 1 y 2 por ciento de la humanidad. En Estados Unidos y Europa occidental, la cepa original H1N1 fue más letal en adultos jóvenes, lo cual se ha explicado comúnmente como resultado de sus sistemas inmunes, relativamente fuertes, que reaccionaron de más a la infección atacando las células pulmonares, lo cual condujo a neumonía y choque séptico.

Sin embargo, en fechas más recientes algunos epidemiólogos han teorizado que tal vez los adultos mayores tenían “memoria inmune” de un brote anterior de la década de 1890 que les dio protección.

En cualquier caso, la influenza encontró un nicho favorable en campamentos militares y trincheras del campo de batalla, donde segó las vidas de decenas de miles de soldados jóvenes. Este se volvió un factor principal en la batalla de los imperios. El colapso de la gran ofensiva alemana de la primavera de 1918, y por tanto el desenlace de la guerra, se ha atribuido a que los aliados, en contraste con su enemigo, pudieron reemplazar sus ejércitos enfermos con combatientes estadounidenses recién llegados.

En cambio, la influenza española tuvo un perfil diferente en países más pobres. Rara vez se aprecia que casi 60 por ciento de la mortalidad global (por lo menos 20 millones de decesos) ocurrió en el Punjab, Bombay y otras partes del oriente de India, donde las exportaciones de granos a Gran Bretaña y las brutales prácticas confiscatorias coincidieron con una importante sequía.

La escasez resultante de alimentos empujó a millones de personas pobres al borde de la hambruna. Se volvieron víctimas de una sinergia siniestra con la desnutrición, que suprimió su respuesta inmune a la infección y produjo rampantes pulmonías tanto bacterianas como virales. En un caso similar, en Irán, entonces ocupado por los británicos, varios años de sequía, cólera y escasez de alimentos, seguidos por un extenso brote de malaria, fueron la precondition de la muerte de aproximadamente la quinta parte de la población.

Esta historia –en especial las consecuencias desconocidas de las interacciones con la desnutrición y con infecciones existentes– debe precavernos respecto de que el Covid-19 podría seguir una ruta diferente y más letal en los sobrepoblados y enfermizos barrios bajos de África y el sur de Asia. Algunos han afirmado que, como la población urbana de África subsahariana es la más joven del planeta, en la que los mayores de 65 años comprenden solo 3 por ciento de la población (contra 23 por ciento en Italia), el coronavirus solo tendrá un efecto leve.

A la luz de la experiencia de 1918, esta es una extrapolación absurda, al igual que el supuesto de que la pandemia, como la influenza estacional, retrocederá al elevarse la temperatura. (La segunda y más letal oleada de la influenza española llegó a mediados del verano.)

Es más probable, como advirtió Science el 15 de marzo, que África sea una “bomba de tiempo en marcha”. Además de la desnutrición, el combustible de tal explosión viral es el enorme número de personas con sistemas inmunes dañados. El VIH/sida ha matado a 36 millones de africanos de la generación pasada, y los investigadores estiman que existen unos 24 millones de casos actuales, junto con 3 millones o más con la “peste blanca”, la tuberculosis.

En África, 350 millones padecen desnutrición crónica y el número de niños pequeños cuyo crecimiento ha sido coartado por el hambre se ha incrementado por millones desde 2000. El distanciamiento social en vastas ciudades perdidas como Kibera, en Kenia, o Khayelitsha, en Sudáfrica, es una imposibilidad obvia, y más de la mitad de los africanos carecen de acceso a agua limpia y saneamiento básico. Además, cinco de las seis naciones con los peores sistemas de salud del mundo están en África, entre ellos el más populoso, Nigeria. Kenia, país conocido por exportar médicos y enfermeras, tiene exactamente 130 camas de terapia intensiva y 200 enfermeros certificados de cuidados intensivos para recibir la llegada del Covid-19.

Dentro de un año, tal vez estemos mirando con admiración el éxito de China en contener la pandemia, y con horror el fracaso de Estados Unidos, (hago la heroica presunción de que la declaración de China de que la transmisión declina con rapidez es más o menos precisa).

La incapacidad de nuestras instituciones de mantener cerrada la caja de Pandora apenas si causa sorpresa: desde 2000 hemos visto repetidas fallas en la atención a la salud en la línea frontal.

Por ejemplo, las temporadas de influenza de 2009 y 2018 colmaron hospitales en todo Estados Unidos, exponiendo la pasmosa escasez de camas de hospital después de años de recortes en la capacidad de internamiento de pacientes, con tal de elevar las utilidades económicas.

La crisis se remonta a la ofensiva de las corporaciones que llevó a Ronald Reagan al poder y convirtió a destacados miembros del Partido Demócrata en sus cajas de resonancia neoliberales. De acuerdo con la Asociación Estadunidesa de Hospitales, el número de camas disminuyó en un extraordinario 39 por ciento entre 1981 y 1999. El propósito fue elevar las ganancias al incrementar el “censo” (el número de camas ocupadas). Sin embargo, el objetivo gerencial de 80 por ciento de ocupación significó que los hospitales ya no tenían capacidad de absorber el ingreso de pacientes durante las epidemias y las emergencias médicas.

En el nuevo siglo, la medicina de urgencias ha continuado reduciéndose en el sector privado a causa del imperativo de “valor accionario” de incrementar los dividendos a corto plazo, y en el sector público, por la austeridad fiscal y las reducciones en los presupuestos estatales y federales destinados a prepararse para contingencias. En consecuencia, existen solo 45 mil camas de terapia intensiva disponibles para hacer frente al proyectado ingreso de casos graves y críticos de coronavirus, (en comparación, los sudafricanos tienen disponibles tres veces más camas por cada mil personas que los estadounidenses).

Según una investigación de USA Today, “solo ocho estados cuentan con suficientes camas de hospital para atender al millón de estadounidenses de 60 años y más que podrían enfermar de Covid-19”.

Al mismo tiempo, los republicanos han rechazado todos los esfuerzos por reconstruir las redes de seguridad despedazadas por los recortes presupuestarios de 2008. Los departamentos de salud locales y estatales —la primera línea vital de defensa— tienen 25 menos personal hoy que antes del Lunes Negro de hace doce años.

Además, en los diez años anteriores el presupuesto de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades ha caído 10 por ciento en términos reales. Desde la coronación de Trump, los recortes fiscales se han exacerbado.

El New York Times informó en fecha reciente que “21 por ciento de los departamentos locales de salud reportaron reducciones en los presupuestos para el año fiscal 2017”. Trump también cerró la oficina de pandemia de la Casa Blanca, dirección establecida por Obama después del brote de ébola de 2014 para asegurar una respuesta nacional rápida y bien coordinada a nuevas epidemias.

Apenas tres meses antes del brote, también cerró el proyecto PREDICT, sistema de advertencia temprana de pandemias y ayuda exterior establecido a raíz de la crisis de gripe aviar, en 2005.

Según la revista Science, en el curso de los años PREDICT “descubrió más de mil virus de familias virales que contienen zoonosis, entre ellos virus involucrados en brotes recientes, y otros de interés público actual”. En ese total se incluían 160 coronavirus potencialmente peligrosos identificados en murciélagos y otros animales.

Estamos en las primeras etapas de un Katrina médico. Al dejar de invertir en la preparación médica ante emergencias, al mismo tiempo que la opinión de expertos ha recomendado una expansión importante de la capacidad, carecemos de insumos básicos de baja tecnología, así como de respiradores y camas de urgencias. Las existencias nacionales y regionales se han mantenido en niveles muy por debajo de lo que indican los modelos epidémicos.

Por tanto, la debacle de equipos de prueba ha coincidido con una escasez crítica de equipo de protección para los trabajadores de la salud. Los enfermeros militantes, nuestra conciencia social nacional, procuran que todos entendamos los graves peligros creados por existencias inadecuadas de material de proyección, como las mascarillas N95. También nos recuerdan que los hospitales se han convertido en invernaderos para supermicrobios resistentes a los antibióticos, tales como el *S. aureus* y el *C. difficile*, que pueden llegar a ser

asesinos secundarios importantes en los saturados pabellones hospitalarios.

III.

El brote de coronavirus ha expuesto de inmediato la tajante división de clases que Nuestra Revolución (la organización política de Bernie Sanders) ha puesto de relieve en la agenda nacional. En suma, quienes tienen buenos planes de salud y pueden trabajar o dar clases desde su casa están cómodamente aislados, siempre y cuando observen salvaguardas prudentes. Los empleados públicos y otros grupos de trabajadores sindicalizados con cobertura decente tendrán que hacer elecciones difíciles entre el ingreso y la protección. Entre tanto, millones de trabajadores de servicios que ganan bajos salarios, empleados agrícolas, los desempleados y los sin hogar, son arrojados a los lobos.

Como todos sabemos, la cobertura universal, en cualquier sentido significativo, requiere una asignación universal para licencias médicas pagadas. Ese derecho se le niega a 45 por ciento de la fuerza de trabajo en Estados Unidos y por tanto se les obliga virtualmente a transmitir la infección o disminuir sus raciones alimenticias. Del mismo modo, 14 estados gobernados por republicanos se han negado a aprobar la disposición de la Ley de Cuidado Asequible que expande la Medicaid a los trabajadores pobres.

Por eso uno de cada cuatro pobladores de Texas, por ejemplo, carece de cobertura y solo cuenta con la sala de urgencias del hospital público local para buscar tratamiento.

Con Bernie Sanders, como de costumbre, a la cabeza de la ofensiva, los demócratas lograron presionar con éxito a la Casa Blanca y a los legisladores republicanos para que accedieran a las licencias médicas con goce de sueldo como medida de emergencia. Pero, como Sanders destacó de inmediato, la legislación, fruto de un acuerdo, continúa llena de lagunas no reconocidas y sería rescindida tan pronto como la pandemia retroceda.

Con todo, es una importante cabeza de playa para llevar la lucha al siguiente nivel: licencias médicas universales permanentes para toda la fuerza de trabajo. Y a medida que el gobierno, aterrado por la perspectiva de la aniquilación electoral, conceda otras medidas razonables, tales como el control gubernamental sobre la producción de suministros médicos esenciales, surgirán nuevas oportunidades para presionar a favor de la medicina pública en los meses por venir.

Las letales contradicciones de la salud privada en un tiempo de peste son más visibles en la industria de asilos privados, que aloja a 2.5 millones de ancianos estadounidenses, la mayoría derechohabientes de Medicare. Es una industria altamente competitiva, capitalizada sobre bajos salarios, poco personal y reducciones ilegales de costos.

Decenas de miles fallecen cada año porque esas instalaciones no observan procedimientos básicos de control de infecciones y porque el gobierno no finca responsabilidad a sus directivos por lo que solo puede describirse como homicidio deliberado.

A muchos de esos hogares, en particular en los estados del sur, les resulta más barato pagar multas por violaciones sanitarias que contratar personal adicional o proporcionarle capacitación apropiada.

No es sorprendente que el primer epicentro de la transmisión comunitaria fue el Life Care Center, un asilo en el suburbio de Kirkland, en Seattle. Hablé con Jim Straub, un viejo amigo que es organizador de sindicatos en los asilos de ancianos de la zona de Seattle y actualmente escribe un artículo acerca de ellos para The Nation. Straub caracterizó esa instalación como "una de las que menos personal tienen en el estado" y al sistema de asilos del estado de Washington como "el de menos recursos económicos en todo el país... un oasis absurdo de sufrimiento austero en un mar de dinero de la tecnología".

Además, señaló que los funcionarios de salud pública pasaban por alto el factor crucial que explica la rápida transmisión de la enfermedad desde Life Care Center hasta diez otros asilos cercanos: "Los trabajadores de asilos en el mercado inmobiliario más caro de Estados Unidos universalmente tienen varios empleos, por lo regular en múltiples asilos". Afirma que las autoridades no encontraron los nombres y ubicaciones de esos segundos empleos y por consiguiente perdieron control sobre la propagación del Covid-19. Y todavía nadie ha propuesto compensar a los trabajadores expuestos para que permanezcan en casa.

En todo el país, docenas, quizá cientos de más asilos se volverán focos rojos del coronavirus. Muchos trabajadores acabarán eligiendo el banco de alimentos en vez de trabajar en tales condiciones y se quedarán en

casa. En este caso, el sistema podría colapsar y no deberíamos esperar que la Guardia Nacional vacíe las bacinicas.

IV.

La pandemia proclama la necesidad de cobertura universal y licencias médicas con goce de sueldo a cada paso de su avance mortal. Mientras Biden va restando votos a Trump, los progresistas deben unirse, como propone Bernie, en el objetivo de ganar la convención para Medicare para Todos. Los delegados combinados de Sanders y Warren tienen un papel que cumplir en el Fiserv Forum de Milwaukee a mediados de julio, pero el resto de nosotros tenemos un papel de igual importancia en las calles, empezando ahora con las luchas contra la evicción, los despidos y los patrones que se niegan a compensar a los trabajadores en licencia médica. (¿Temor al contagio? Párese a tres metros del siguiente manifestante y eso solo creará una imagen más poderosa en la televisión. Necesitamos reclamar las calles).

Sin embargo, la cobertura universal y las demandas asociadas son solo un primer paso. Es decepcionante que en los debates de las primarias ni Sanders ni Warren resaltaron la abdicación de los consorcios farmacéuticos a la investigación y desarrollo de nuevos antibióticos y antivirales. De las 18 mayores compañías farmacéuticas, 15 han abandonado por completo el campo. Las medicinas para el corazón, los tranquilizantes adictivos y los tratamientos para la impotencia masculina son líderes en utilidades, no las defensas contra las infecciones hospitalarias, las enfermedades de emergencia y los padecimientos tropicales asesinos tradicionales.

Una vacuna universal para la influenza —es decir, una vacuna que ataque las partes inmutables de las proteínas superficiales del virus— ha sido una posibilidad por décadas, pero nunca se ha considerado lo bastante redituable para ser una prioridad.

A medida que la revolución de los antibióticos se revierte, las viejas enfermedades reaparecerán junto con infecciones noveles, y los hospitales se volverán depósitos de cadáveres. Incluso el mismo Trump podría despoticar con oportunismo contra los absurdos costos de la medicina de patente, pero necesitamos una visión más audaz, que se proponga romper el monopolio de los fármacos y proporcione fondos para la producción de medicinas vitales. (En otros tiempos era así: durante la Segunda Guerra Mundial, el ejército reclutó a Jonas Salk y a otros investigadores para desarrollar la primera vacuna contra la influenza). Como escribí hace quince años en mi libro *The Monster at Our Door – The Global Threat of Avian Flu* (El monstruo en la puerta: la amenaza global de la gripe aviar).

El acceso a medicinas vitales, incluidas vacunas, antibióticos y antivirales, debe ser un derecho humano, universalmente disponible sin costo. Si los mercados no pueden ofrecer incentivos para producir tales drogas a bajo costo, entonces los gobiernos y las organizaciones no lucrativas deben asumir la responsabilidad de producirlas y distribuirlas.

La supervivencia de los pobres debe en todos los tiempos ser considerada una prioridad más alta que las utilidades de las grandes farmacéuticas.

La actual pandemia expande el argumento: la globalización capitalista ahora parece biológicamente insostenible en ausencia de una infraestructura de salud verdaderamente internacional. Sin embargo, tal infraestructura nunca existirá hasta que los movimientos de la gente rompan el poder de las grandes farmacéuticas y la atención privada a la salud.

Esto requiere un diseño socialista para la supervivencia humana, que incluya un Segundo Nuevo Trato, pero que vaya más allá de él. Desde los días del movimiento Occupy, los progresistas han puesto con éxito la lucha contra la desigualdad de ingreso y de riqueza en la página uno, un gran logro.

Pero ahora los socialistas deben dar el siguiente paso y, con las industrias de asilos y farmacéuticas como objetivos inmediatos, abogar por la propiedad social y la democratización del poder económico.

Sin embargo, debemos también hacer una evaluación honesta de nuestras debilidades políticas y morales. La evolución hacia la izquierda de una nueva generación y el retorno de la palabra “socialismo” al discurso político nos anima a todos, pero hay un elemento perturbador de solipsismo en el movimiento progresista que es simétrico con el nuevo nacionalismo. Solo hablamos de la clase trabajadora estadounidense y de la historia radical de Estados Unidos (tal vez olvidando que Eugene V. Debs fue internacionalista de corazón). A veces esto se acerca

a una versión izquierdista de “Estados Unidos primero”.

Al enfrentar la pandemia, los socialistas deben encontrar toda ocasión de recordar a otros la urgencia de la solidaridad internacional. En concreto, necesitamos agitar a nuestros amigos progresistas y a sus ídolos políticos para que demanden un incremento masivo de la producción de equipos de prueba, suministros de protección y medicamentos vitales para su distribución gratuita en los países pobres. Toca a nosotros asegurar que la atención universal a la salud se convierta en nuestra política tanto exterior como doméstica.

(*) Reconocido urbanista e historiador, es autor de City of Quartz, Planet of Slums, Nadie es ilegal y The Monster at our Door sobre la gripe aviar, entre otros. Es profesor emérito de la Universidad de California e integrante del comité editorial de New Left Review.
