

Coronavirus: "en un año de peste"

MIKE DAVIS :: 31/03/2020

Dentro de un año podremos mirar con admiración el éxito de China en contener la pandemia, pero con horror el fracaso de EEUU

A medida que el coronavirus se propaga rápidamente por todo el mundo, superando nuestra capacidad de prueba y mucho más de tratamiento, el monstruo tan esperado finalmente está en la puerta. Y con el capitalismo global tan impotente ante esta crisis biológica, nuestra reivindicación debe ser una infraestructura internacional de salud pública propiamente dicha.

Coronavirus es la vieja película que hemos estado viendo una y otra vez desde que el libro de 1994 de Richard Preston, *The Hot Zone*, nos presentó al demonio exterminador, nacido en una misteriosa cueva de murciélagos en África Central, conocido como Ébola. Fue solo el primero de una sucesión de nuevas enfermedades que estallaron en el "campo virgen" (ese es el término apropiado) de los sistemas inmunes inexpertos de la humanidad. Al ébola pronto le seguiría la gripe aviar, que saltó a los humanos en 1997, y el SARS que surgió a fines de 2002: en ambos casos apareció primero en Guangdong, el centro mundial de la industria manufacturera.

Hollywood, por supuesto, abrazó con lujuria estos brotes y produjo una veintena de películas para excitarnos y asustarnos. (*Contagio* de Steven Soderbergh, lanzada en 2011, destaca por su ciencia precisa y espeluznante anticipación del caos actual.) Además de las películas y las innumerables novelas espeluznantes, cientos de libros serios y miles de artículos científicos han respondido a cada brote, muchos enfatizan el estado espantoso de la preparación global para detectar y responder a tales enfermedades nuevas.

Caos de números

El coronavirus entra por la puerta principal como un monstruo familiar. La secuenciación de su genoma (muy similar a su bien estudiada hermana SARS) fue pan comido, pero aún faltan los datos más importantes. A medida que los investigadores trabajan día y noche para caracterizar el brote, se enfrentan a tres grandes desafíos.

Primero, la continua escasez de kits de prueba, especialmente en los EEUU y África, ha impedido estimaciones precisas de parámetros clave como la tasa de reproducción, el tamaño de la población infectada y el número de infecciones benignas. El resultado ha sido un caos de números.

En segundo lugar, como las gripes anuales, este virus está mutando a medida que atraviesa poblaciones con diferentes composiciones de edad y condiciones de salud. La variedad que los estadounidenses tienen más probabilidades de sufrir ya es ligeramente diferente de la del brote original en Wuhan. Una mutación adicional podría ser benigna o podría alterar la distribución actual de la virulencia, que ahora aumenta bruscamente después de los cincuenta años. La "gripe corona" de Trump es, como mínimo, un peligro mortal para la

cuarta parte de los estadounidenses que son ancianos, tienen un sistema inmunitario débil o problemas respiratorios crónicos.

Tercero, incluso si el virus permanece estable y poco mutado, su impacto en las cohortes de edades más jóvenes podría diferir radicalmente en los países pobres y entre los grupos de alta pobreza. Considere la experiencia global de la gripe española en 1918-19, que se estima que mató del 1 al 2 por ciento de la humanidad. En los EEUU y Europa occidental, el H1N1 original fue más mortal para los adultos jóvenes. Esto generalmente se ha explicado como resultado de su sistema inmune relativamente más fuerte que reaccionó de forma exagerada a la infección atacando las células pulmonares, lo que provocó neumonía viral y shock séptico. Sin embargo, más recientemente, algunos epidemiólogos han teorizado que los adultos mayores pueden haber tenido "memoria inmune" de un brote anterior en la década de 1890 que les dio protección.

En cualquier caso, la gripe encontró un nicho favorito en los campamentos del ejército y en las trincheras del campo de batalla, donde arrasó con decenas de miles de jóvenes soldados. Esto se convirtió en un factor importante en la batalla de los imperios. El colapso de la gran ofensiva alemana de primavera de 1918, y por lo tanto el resultado de la guerra, se atribuyó al hecho de que los Aliados, en contraste con su enemigo, podrían reponer a sus ejércitos enfermos con las tropas estadounidenses recién llegadas.

Pero la gripe española en los países más pobres tenía un perfil diferente. Raramente se aprecia que casi el 60 por ciento de la mortalidad mundial (es decir, al menos veinte millones de muertes) ocurrió en Punjab, Bombay y otras partes del oeste de India, donde las exportaciones de granos a Gran Bretaña y las prácticas brutales de requisición coincidieron con una gran sequía. La escasez de alimentos resultante llevó a millones de personas pobres al borde de la inanición. Se convirtieron en víctimas de una sinergia siniestra entre la desnutrición, que suprimió su respuesta inmune a la infección, y la neumonía bacteriana y viral desenfrenada. En un caso similar en el Irán ocupado por los británicos, varios años de sequía, cólera y escasez de alimentos, seguidos de un brote generalizado de malaria, crearon las condiciones para la muerte de aproximadamente un quinto de la población.

Esta historia, especialmente las consecuencias desconocidas de las interacciones con la desnutrición y las infecciones existentes, debería advertirnos de que COVID-19 podría tomar un camino diferente y más mortal en los tugurios densos y enfermizos de África y el sur de Asia. Con casos que ahora aparecen en Lagos, Kigali, Addis Abeba y Kinshasa, nadie sabe (y no lo sabrá durante mucho tiempo debido a la ausencia de pruebas) cómo puede sinergizar con las condiciones y enfermedades locales de salud. Algunos han afirmado que debido a que la población urbana de África es la más joven del mundo, la pandemia solo tendrá un impacto leve. A la luz de la experiencia de 1918, esta es una extrapolación tonta, como lo es el supuesto de que la pandemia, como la gripe estacional, retrocederá con un clima más cálido. (Tom Hanks acaba de contraer el virus en Australia, donde todavía es verano).

Un Katrina sanitario

Dentro de un año podremos mirar con admiración el éxito de China en contener la pandemia, pero con horror el fracaso de EEUU. (Supongo heroicamente que la declaración de China de una transmisión que disminuye rápidamente es más o menos precisa). La

incapacidad de nuestras instituciones para mantener cerrada la caja de Pandora, por supuesto, no es una sorpresa. Desde el año 2000 hemos visto repetidamente fallos en la atención médica de primera línea.

Tanto la temporada de gripe de 2009 como la de 2018, por ejemplo, abrumaron a los hospitales de todo el país, exponiendo la impactante escasez de camas de hospital después de años de reducciones de la capacidad de hospitalización generadas por las ganancias. La crisis se remonta a la ofensiva corporativa que llevó a Reagan al poder y convirtió a los principales demócratas en sus portavoces neoliberales. Según la Asociación Estadounidense de Hospitales, el número de camas de hospitalización disminuyó en un extraordinario 39 por ciento entre 1981 y 1999. El objetivo era aumentar las ganancias al aumentar el "censo" (el número de camas ocupadas). Pero el objetivo de la gerencia de una ocupación del 90 por ciento significaba que los hospitales ya no tenían la capacidad de absorber la afluencia de pacientes durante epidemias y emergencias médicas.

En el nuevo siglo, la medicina de emergencia continuó reduciéndose en el sector privado por el imperativo del "valor para los accionistas" de aumentar los dividendos y las ganancias a corto plazo, y en el sector público por la austeridad fiscal y los recortes en los presupuestos estatales y federales. Como resultado, solo hay 45.000 camas de UCI disponibles para hacer frente a la inundación proyectada de casos graves y críticos de coronavirus. (En comparación, los surcoreanos tienen más de tres veces más camas en relación con la población que los estadounidenses). Según una investigación de *USA Today*, "solo ocho estados tendrían suficientes camas de hospital para tratar a 1 millón de estadounidenses de 60 años o más que podrían enfermar con COVID-19".

Estamos en las primeras etapas de un Katrina médico. Al desinvertir en la preparación médica de emergencias, cuando toda opinión experta ha recomendado una mayor expansión de su capacidad, carecemos de suministros elementales y camas de emergencia.

Las reservas nacionales y regionales se han mantenido en niveles muy por debajo de lo que indican los modelos epidémicos. Por lo tanto, la debacle del kit de prueba ha coincidido con una escasez crítica de equipos de protección básicos para los trabajadores de la salud. Las enfermeras en primera línea, nuestra conciencia social nacional, se aseguran de que todos comprendamos los graves peligros creados por las reservas inadecuadas de suministros de protección como las mascarillas N95. También nos recuerdan que los hospitales se han convertido en invernaderos para las superbacterias resistentes a los antibióticos como *C. difficile*, que pueden convertirse en los principales asesinos secundarios en salas de hospitales superpobladas.

La división social

El brote ha expuesto instantáneamente la marcada división de clases en la atención médica que "Nuestra Revolución" ha puesto en la agenda nacional. En resumen, aquellos con buenos planes de salud que también pueden trabajar o enseñar desde casa están cómodamente aislados siempre que cumplan con precauciones prudentes. Los empleados públicos y otros grupos de trabajadores sindicalizados con cobertura decente deberán tomar decisiones difíciles entre ingresos y protección. Mientras tanto, millones de trabajadores de servicios de bajos salarios, empleados agrícolas, desempleados y personas sin hogar están

siendo arrojados a los lobos.

Como todos sabemos, la cobertura universal en cualquier sentido significativo requiere una prestación universal para los días de enfermedad pagados. Actualmente, al 45% de la fuerza laboral se le niega ese derecho y, por lo tanto, se ve prácticamente obligada a transmitir la infección o colocar un plato vacío en casa. Asimismo, catorce estados republicanos se han negado a promulgar la disposición de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio que expande Medicaid a los trabajadores pobres. Por eso uno de cada cuatro tejanos, por ejemplo, carece de cobertura y solo tiene la sala de emergencias en el hospital del condado para buscar tratamiento.

Las contradicciones mortales de la atención médica privada en un momento de peste están más expuestas en la industria de hogares de ancianos con fines de lucro, que almacena 2,5 millones de estadounidenses mayores, la mayoría de ellos en Medicare. Es una industria altamente competitiva capitalizada en salarios bajos, falta de personal y reducción ilegal de costos. Decenas de miles mueren cada año por la negligencia de las instalaciones de los procedimientos básicos de control de infecciones, y por el fracaso de los gobiernos en responsabilizar a la administración por lo que solo puede describirse como homicidio deliberado. Muchos hogares, particularmente en los estados del sur, encuentran más barato pagar multas por violaciones sanitarias que contratar personal adicional y brindarles la capacitación adecuada.

No es sorprendente que el primer epicentro de transmisión comunitaria en los EEUU fue el 'Life Care Center', un hogar de ancianos en el suburbio de Kirkland en Seattle. Hablé con Jim Straub, un viejo amigo que es un organizador sindical en los hogares de ancianos del área de Seattle, y que actualmente escribe un artículo sobre ellos para *Nation*. Él caracterizó la residencia como "una de las peores del estado" y todo el sistema de asilos de ancianos de Washington "como la más subfinanciada del país: un oasis absurdo de sufrimiento austero en un mar de dinero tecnológico".

Además, señaló que los funcionarios de salud pública estaban pasando por alto el factor crucial que explica la rápida transmisión de la enfermedad desde Life Care Center a otros diez hogares de ancianos cercanos: "Los trabajadores de hogares de ancianos en el mercado de alquiler más caro de EEUU trabajan universalmente en múltiples trabajos, generalmente en múltiples hogares de ancianos". Afirma que las autoridades no pudieron encontrar los nombres y ubicaciones de estos segundos trabajos y, por lo tanto, perdieron todo el control sobre la propagación de COVID-19. Y nadie todavía propone compensar a los trabajadores expuestos por quedarse en casa.

En todo el país, docenas, probablemente cientos más, de hogares de ancianos se convertirán en puntos calientes de coronavirus. Muchos trabajadores eventualmente elegirán el banco de alimentos en lugar 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 los orinales.

Solidaridad internacional

La pandemia transmite la necesidad de cobertura universal y prestación de desempleo con

cada paso de su avance mortal. Mientras Biden da pellizcos a Trump, los progresistas deben unirse, como propone Bernie, para ganar en la convención demócrata Medicare para Todos. Los delegados sumados de Sanders y Warren tienen un papel que desempeñar dentro del Foro Fiserv de Milwaukee a mediados de julio, pero el resto de nosotros tenemos un papel igualmente importante en las calles, comenzando ahora con las luchas contra los desahucios, los despidos y los empleadores que rechazan la compensación a trabajadores con licencia. (¿Miedo al contagio? Quédate a dos metros del próximo manifestante, y transmitirá una imagen más poderosa en la televisión. Pero tenemos que recuperar las calles).

Pero la cobertura universal y las reivindicaciones asociadas son solo un primer paso. Es decepcionante que en los debates de las primarias, ni Sanders ni Warren destacaron el abandono de las grandes compañías farmacéuticas de la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos y antivirales. De las dieciocho compañías farmacéuticas más grandes, quince han abandonado totalmente el campo.

Los medicamentos para el corazón, los tranquilizantes adictivos y los tratamientos para la impotencia masculina son líderes de ganancias, no las defensas contra las infecciones hospitalarias, las enfermedades emergentes y los asesinos tropicales tradicionales. Una vacuna universal contra la influenza, es decir, una vacuna que se dirige a las partes inmutables de las proteínas de la superficie del virus, ha sido una posibilidad durante décadas, pero nunca lo suficientemente rentable como para ser una prioridad.

A medida que la revolución antibiótica se revierta, reaparecerán viejas enfermedades junto con nuevas infecciones, y los hospitales se convertirán en mortuorios de cadáveres. Incluso Trump puede oponerse de manera oportunista a costes de recetas absurdos, pero necesitamos una visión más audaz que busque romper los monopolios farmacéuticos y proporcionar la producción pública de medicamentos vitales. (Este solía ser el caso: durante la Segunda Guerra Mundial, el Ejército alistó a Jonas Salk y otros investigadores para desarrollar la primera vacuna contra la gripe). Como escribí hace quince años en mi libro *The Monster at Our Door - The Global Threat of Avian Flu* :

"El acceso a medicamentos vitales, incluidas vacunas, antibióticos y antivirales, debe ser un derecho humano, disponible universalmente sin coste alguno. Si los mercados no pueden proporcionar incentivos para producir a bajo coste tales medicinas, entonces los gobiernos y las organizaciones sin fines de lucro deberían asumir la responsabilidad de su fabricación y distribución. La supervivencia de los pobres debe considerarse en todo momento una prioridad más alta que las ganancias de la gran industria farmacéutica".

La pandemia actual amplía el argumento: la globalización capitalista ahora parece ser biológicamente insostenible en ausencia de una verdadera infraestructura de salud pública internacional. Pero tal infraestructura nunca existirá hasta que los movimientos populares rompan el poder de Big Pharma y la atención médica con fines de lucro.

Esto requiere un diseño socialista independiente para la supervivencia humana que vaya más allá de un Segundo New Deal. Desde los días de Occupy, los progresistas han puesto con éxito la lucha contra la desigualdad de ingresos y riqueza en la mesa, un gran logro. Pero ahora los socialistas deben dar el siguiente paso y, con las industrias farmacéuticas y

de atención médica como objetivos inmediatos, abogar por la propiedad social y la democratización del poder económico.

Pero también debemos hacer una evaluación honesta de nuestras debilidades políticas y morales. Tan emocionado como he estado por la evolución hacia la izquierda de una nueva generación y el regreso de la palabra "socialismo" al discurso político, hay un elemento perturbador del solipsismo nacional en el movimiento progresista que es simétrico con el nuevo nacionalismo. Hablamos solo de la clase trabajadora estadounidense y la historia radical de EEUU (quizás olvidando que Debs era un internacionalista de los pies a la cabeza). A veces esto se acerca a una versión de izquierda de "América Primero".

Al abordar la pandemia, los socialistas deben encontrar cada ocasión para recordar a otros la urgencia de la solidaridad internacional. Concretamente, debemos agitar a nuestros amigos progresistas y sus ídolos políticos para exigir una ampliación masiva de la producción de kits de prueba, suministros de protección y medicamentos vitales para su distribución gratuita a los países pobres. Depende de nosotros asegurarnos de que Medicare para Todos se convierta en política exterior y nacional.

** Profesor del Departamento de Pensamiento Creativo en la Universidad de California.*
www.jacobinmag.com

<https://www.lahaine.org/mundo.php/coronavirus-en-un-ano-de>