

MORTÍFERA DESIGUALDAD

Cien años de investigaciones demuestran que la pobreza y la discriminación generan enfermedad. ¿Conseguirá la COVID que la ciencia corrija el problema de una vez por todas? **Por Amy Maxmen.**
Traducido por Lorenzo Gallego Borghini



BRIAN L. FRANK FOR NATURE

Los trabajadores agrícolas se consideran esenciales para la economía estadounidense, pero a cambio han pagado un precio muy caro.

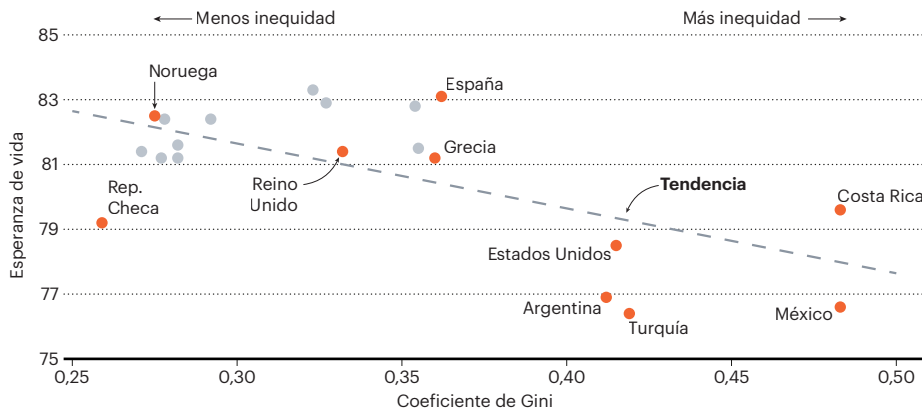
Un día brumoso de noviembre, Hardeep Singh recibe un mensaje del sistema de análisis de COVID-19 de la avícola Foster Farms, informando que su madre, de 63 años, ha dado positivo por coronavirus. La alerta le llega a él porque la mujer, que es operaria en la planta del valle de San Joaquín, en California, no habla inglés y no tiene teléfono móvil. Para Singh, pues, es imposible avisarla, y ella se pasa el resto de la jornada junto a los demás operarios, codo con codo, envasando piezas de pollo. Tampoco le dicen nada sus encargados. De hecho, le asignan más turnos para la misma semana.

Singh no pudo darle la noticia hasta la noche, y la convenció para que no volviese al trabajo, donde podría contagiar a los demás. Pero no consiguió comunicarse con nadie de la empresa hasta pasados cinco días, para preguntar si la madre podía acogerse a una baja remunerada mientras estuviese aislada. La madre de Hardeep Singh se cuenta entre los más de 400 trabajadores de esa planta que tuvieron COVID-19 el año pasado, y es uno de los 90.000 casos vinculados a las industrias agroalimentarias en los Estados Unidos. Como el sector da de comer a los estadounidenses y sostiene en parte la economía del país, sus empleados han tenido consideración de trabajadores esenciales durante la pandemia de COVID-19. Ese importante papel tiene un precio. Un estudio señala que, el año pasado, entre los trabajadores del sector agroalimentario de California, el riesgo de muerte fue casi un 40% más alto que en la población general del estado¹. Y en ese desequilibrio reside otro contraste. La mortalidad de los latinos empleados en el sector agroalimentario fue casi un 60% más alta que en años anteriores, mientras que el incremento entre los blancos apenas llega al 16%.

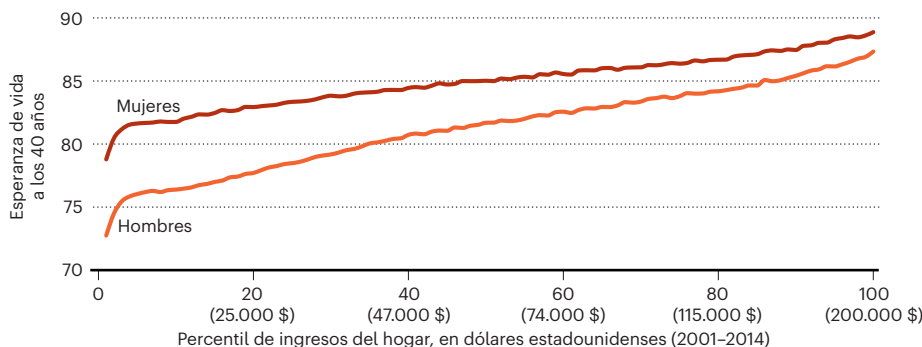
Entre los motivos de esas disparidades están, según los expertos en salud pública, la discriminación, los sueldos bajos, la escasa protección laboral y el acceso insuficiente a la atención sanitaria, a viviendas asequibles y a la educación. Son algunos de los «determinantes sociales de la salud», un concepto del que se habla desde hace al menos 150 años, pero que ha cobrado relevancia durante la pandemia. Lo oímos en boca de Anthony Fauci, el especialista en enfermedades infecciosas que asesora al gobierno de los Estados Unidos, cuando explicaba por qué la COVID-19 afecta mucho más a los negros, los latinos y las poblaciones indígenas. El concepto también ha atraído inyecciones de dinero para investigación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y los Institutos Nacionales de la Salud (NIH). Sin embargo, aunque el estudio académico de los determinantes sociales lleva decenios de andadura, las iniciativas para corregir los problemas profundos son complejas y tienen una gran carga política, por lo que, a la hora de la verdad, ha habido muy pocas.

A MAYOR EQUIDAD, MAYOR ESPERANZA DE VIDA

En todo el mundo, la esperanza de vida tiende a ser más baja en los países que tienen un coeficiente de Gini alto, es decir, donde la renta está distribuida de forma más desigual. Un valor de 1 indica que la desigualdad es absoluta: una sola persona concentra toda la renta del país, mientras que los demás no ganan nada. En cambio, un valor de 0 es indicativo de igualdad plena, cuando la renta está repartida equitativamente en toda la población.



En los Estados Unidos, las rentas altas se correlacionan fuertemente con una mayor esperanza de vida, incluso si se ajustan los percentiles de ingresos para que contengan las mismas proporciones de adultos negros, hispanos y asiáticos.



La lentitud de los cambios es pasmosa si se compara con los avances en infectología, un área de la biomedicina en la que se han aislado patógenos y se han diseñado tratamientos y vacunas que salvan vidas.

Para entender por qué es tan difícil afrontar los determinantes sociales de la salud, he investigado la convulsa reacción al coronavirus del valle de San Joaquín, hogar de cientos de miles de trabajadores agrícolas. La mayoría son nacidos fuera de Estados Unidos, y muchos no tienen permiso de residencia legal, de modo que apenas disfrutan de servicios sociales, como prestaciones por desempleo o atención médica, a pesar de que pagan impuestos. El valle es una de las regiones agrícolas más ricas del mundo, y al mismo tiempo tiene una de las tasas de pobreza más altas de los Estados Unidos. Durante la pandemia, allí se ha evidenciado cómo la desigualdad hace que algunos grupos de personas sean mucho más vulnerables a la enfermedad. «Los llaman esenciales, pero los consideran prescindibles», se lamenta Singh, que cursa una carrera de medicina y salud pública. Pide que no usemos su nombre verdadero, porque teme represalias en el trabajo de sus familiares.

En respuesta a los estragos causados por la COVID-19 en las comunidades marginadas del valle de San Joaquín (véase el mapa), los movimientos sociales han colaborado con

investigadores de la zona, organizando puntos de testeo en el coche e impartiendo educación sobre la enfermedad y las vacunas. No obstante, gran parte de su trabajo no es sanitario, sino que consiste, entre otras cosas, en luchar por los derechos laborales y los subsidios para vivienda. Son intervenciones socioeconómicas de este tipo lo que de verdad hace falta para corregir las disparidades en salud, pero muchos académicos y funcionarios de sanidad son reacios a defenderlas en público, asegura Mary Bassett, epidemióloga de la Universidad Harvard, en Cambridge (Massachusetts), que fue responsable del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York. Esa reticencia debe cambiar, insiste: «Tenemos que ser más rotundos, porque todo eso también nos incumbe».

Cada vez son más los investigadores que, como Bassett, ven el trasfondo político de estos problemas y esperan que la COVID-19 se convierta en un catalizador del cambio. «La pandemia nos ha puesto más presión; para mí, ha traído una sensación de urgencia», afirma Arrianna Marie Planey, especialista en geoepidemiología de la Universidad de Carolina del Norte. No contenta con describir los determinantes sociales, sostiene que los investigadores en salud pública deben hacer más por corregirlos. «Otro estudio que dice que la COVID afecta más a los trabajadores del campo: no me interesa. Lo que quiero es saber



qué hacemos con eso».

Un pasado insalubre

Los determinantes sociales de la salud ya los describió el médico prusiano Rudolf Virchow mucho antes de que se acuñase el término. A mediados del siglo XIX emprendió, por encargo del gobierno, un estudio sobre los brotes de tifus en la Alta Silesia, una región carbonífera situada en la actual Polonia. Virchow documentó el hambre, el analfabetismo, la pobreza y la depresión de los habitantes, en cuya explotación vio la raíz de todos esos males. «La plutocracia, que extrae grandes riquezas de las minas de la Alta Silesia, no reconoce a los altosilesianos como seres humanos, sino que los trata como meros instrumentos», reprochaba en su informe de 1848 sobre la epidemia de tifus. La solución radical que proponía Virchow era que el trabajador participase del «rendimiento del sistema».

El sociólogo estadounidense William Edward Du Bois llegó a idénticas conclusiones a principios del siglo XX, en una serie de trabajos que refutaban de forma categórica las tesis eugenésicas, según las cuales los negros morían más jóvenes por su constitución biológica y sus supuestos vicios antihigiénicos. En los meticulosos estudios que realizó en Filadelfia y Pensilvania, Du Bois descubrió que todas las razas tenían más o menos la misma mortalidad en los distritos urbanos, más aventajados en cuanto a vivienda, educación, empleo y otras variables. La mayor mortalidad entre los negros se concentraba, en realidad, en distritos cuyos indicadores no eran tan buenos. Su conclusión era obvia: lo que importa son las condiciones de vida de la gente, no el color de su piel.

En los cien años siguientes, numerosos estudios denunciaron enérgicamente las raíces sociales y económicas de la mala salud (véase el gráfico «A mayor equidad, mayor esperanza de vida»), pero apenas ha habido respuesta política, explica el epidemiólogo Michael Marmot, director del Instituto de Equidad en Salud del University College de Londres. Por ejemplo, una investigación trascendental realizada en Gran Bretaña en 1980 indicaba que, para remediar las

disparidades epidemiológicas, el gobierno tenía que gastar más en enseñanza pública, sanidad y servicios sociales, subiendo los impuestos a los ricos. El informe Black, bautizado así por Douglas Black —autor principal y uno de los primeros defensores del sistema público de salud británico—, tuvo gran repercusión en los círculos de sanitaristas y motivó que la Organización Mundial de la Salud analizara las disparidades sanitarias en una docena de países. Pero las recomendaciones no obtuvieron apoyo entre los dirigentes de la época². La primera ministra Margaret Thatcher y el presidente Ronald Reagan, por ejemplo, recortaron el gasto público, bajaron los impuestos a los ricos y liberalizaron la legislación mercantil para impulsar sus maltrechas economías. El producto interior bruto de ambos países aumentó, pero también lo hicieron la pobreza y la desigualdad económica.

Muchas tendencias iniciadas en los años 80 han continuado, aunque los partidos gobernantes no sean los mismos. El gobierno de Bill Clinton, por ejemplo, endureció las condiciones para recibir prestaciones sociales. Además, a medida que crecía la brecha entre ricos y pobres, también crecieron las disparidades en salud. En el 2014, el 1% de los varones estadounidenses más ricos vivían 15 años más, por término medio, que el 1% de los varones más pobres³. Según predice un artículo publicado en febrero en *The Lancet*, esas disparidades seguirán ensanchándose⁴. El estudio hace hincapié en la rebaja tributaria de un billón de dólares que aprobó el expresidente Donald Trump para empresas y personas físicas de rentas altas, a la par que reducía las protecciones sociales, la cobertura sanitaria y los reglamentos medioambientales. Bassett, coautora del trabajo publicado en *Lancet*, es tajante: «En Estados Unidos, cuando llegó la COVID, teníamos motivos de sobra para prepararnos para lo peor, porque este país está plagado de carencias». Y menciona unas cuantas: no tiene cobertura sanitaria universal ni bajas laborales remuneradas; el salario mínimo no da para vivir; y hay una gran dependencia de mano de obra inmigrante, en muchos casos sin permisos legales.

Verdades descarnadas

En el secarral del valle de San Joaquín, los temporeros vendimian a ritmo endiablado: les pagan por saco de uva. Una mujer, cuyos ojos asoman por encima de un pañuelo polvoriento, sigue trajinando mientras le pregunto, traductor mediante, si se haría test de coronavirus en el supuesto de que los pagase el propietario del viñedo. «No», me contesta en un susurro, porque si diese positivo no podría permitirse estar sin trabajar. Otro temporero, ancho de espaldas y de manos callosas, la segunda: «Los recolectores no paramos por una pandemia; seguimos trabajando». Los dos piden anonimato porque son inmigrantes mexicanos indocumentados.

Las hileras de nectarinos, granados y

almendros bordean el camino hacia la localidad de Mendota, donde centenares de coches hacen fila ante una planta melonera, esperando su turno para recibir una caja con patatas y verduras. Estos repartos se han vuelto habituales en California, para socorrer a los 800.000 temporeros que viven por debajo del umbral de la pobreza. Bajo un sol de justicia, también se ofrecen test gratuitos de COVID-19 en el aparcamiento, pero ahí no hace cola nadie. Las personas con quienes hablo repiten lo que oí en los viñedos: un positivo sería una amenaza para su supervivencia. En una camioneta desvencijada, una mujer rubia se aferra al volante y confiesa: «Estoy indignada». Pasó la COVID-19 hace unos meses, pero volvió a recolectar lechugas en cuanto tuvo fuerzas suficientes. Le dolián «los huesos», pero no dijo nada al capataz por miedo a que la echaran. «A los trabajadores esenciales nos tienen olvidados», protesta, antes de avanzar un puesto en la cola.

Esos mismos miedos y reproches inundan el Facebook de Tania Pacheco-Werner, especialista en sociología médica y codirectora del Instituto de Política Sanitaria del Valle Central, adscrito a la Universidad Estatal de California, en la ciudad de Fresno. Muchos temporeros conocen a Pacheco porque se instaló en el valle de pequeña, procedente de Ciudad de México, junto con sus padres, que también trabajaban en el campo. Pacheco ha observado el contraste entre las recomendaciones de las autoridades y la realidad de estos trabajadores. Por ejemplo, los CDC prescriben el distanciamiento interpersonal, pero cumplirlo es físicamente imposible en las plantas cárnicas o en los coches que comparten en sus desplazamientos. Esas realidades han conllevado una mortandad mucho más alta entre los negros y los hispanos, que acostumbran a tener empleos precarios e incompatibles con el teletrabajo.

Con conocidos en situación desesperada, Pacheco no podía limitarse a estudiar disparidades. Se puso en contacto con entidades sociales del área de Fresno, la ciudad más poblada del valle, y así supo que los problemas eran generalizados. En mayo ya había más de diez grupos —como la African American Coalition, la Immigrant Refugee Coalition y el movimiento Jakara (que representa a los inmigrantes del estado indio del Punjab)— que exigían a las autoridades locales intervenciones adaptadas a sus necesidades, advirtiendo que la respuesta al coronavirus fracasaría sin su ayuda, porque los colectivos desfavorecidos confían en ellos, pero no en el gobierno. Esa desconfianza es más pertinaz entre los inmigrantes indocumentados, sometidos a una discriminación creciente desde que Trump ganó las elecciones en 2016. Trump denigró a los mexicanos una y otra vez, tachándolos de delincuentes, y aceleró las deportaciones a golpe de decreto. Cuando se difundieron las imágenes de las redadas practicadas por la policía migratoria y aduanera, los temporeros me dicen que sintieron terror.



Los movimientos e iniciativas sociales luchan contra las causas profundas de las disparidades de salud en los Estados Unidos.

Por eso, los funcionarios de sanidad despiertan entre ellos los mismos recelos. «Cuando ves lo mal que los tratan, es lógico que desconfíen», argumenta Pacheco.

Los primeros meses, según refieren Pacheco y sus colaboradores, el gobierno del condado de Fresno, compuesto principalmente por consejeros blancos, hizo oídos sordos a las exigencias de mejorar las condiciones higiénicas en las explotaciones agropecuarias, las instalaciones de envasado y los almacenes. También se opusieron a las compensaciones por enfermedad y a las ayudas económicas para los trabajadores esenciales, además de otras medidas para reducir la propagación del virus. En mayo, por ejemplo, retocaron la norma sobre el uso de mascarillas, dictada por el departamento de salud del condado, restándole fuerza. En una declaración emitida inmediatamente después de la disposición original, un portavoz del condado matizaba: «La orden del departamento de salud es una recomendación, no una obligación».

Terciado el verano de 2020, el conflicto arreció. En reuniones públicas con el consejo de gobierno del condado, algunos protestaron contra los cierres, mientras otros los acusaban de no proteger a las personas pobres que no tienen la libertad de decidir qué riesgos asumen. «¡No lo hacen por gusto!», clamaba un vecino. «¡Trabajan en el envasado, trabajan en el campo!»

Mientras tanto, el departamento de salud pública de Fresno se vio forzado a mediar entre las entidades sociales y las industrias

agropecuarias. La tensión entre los dos bandos es palpable en los emails obtenidos por un proyecto nacional de documentación sobre COVID-19, dirigido por la Universidad de Columbia, en Nueva York. En un mensaje fechado en julio, Tom Fuller, del departamento de salud, les habla a sus compañeros de las conversaciones que ha tenido con los propietarios: «Detecto ciertas suspicacias, y quizá resistencias, hacia los grupos dispuestos a participar en la respuesta del condado contra la pandemia».

El departamento de salud de Fresno apenas tiene margen de maniobra contra las decisiones del consejo, porque sus competencias son limitadas. Además, puntualiza Miguel Arias, del ayuntamiento de Fresno, el consejo controla el presupuesto del departamento y nombra a los directores. «El departamento de salud hace todo lo que el consejo le deja hacer», explica Arias. Por todo el país se dieron dinámicas de poder parecidas, exacerbadas por las protestas contra las medidas. El año pasado hubo al menos 181 funcionarios de sanidad que dimitieron, se jubilaron o fueron despedidos, muchos después de sufrir hostigamiento por hacer su trabajo, según una investigación de Kaiser Health News y Associated Press.

También Arias recibió amenazas. Junto con otros ediles del ayuntamiento, se empeñó en que el consejo hiciera test en las explotaciones y ofreciese bajas remuneradas a los positivos, pero su actitud le acarreó problemas. «Uno de los consejeros me dijo que no me metiera, que no iban a desmontar toda la industria agrícola

en plena cosecha», recuerda. En otra ocasión, una cuadrilla de los Proud Boys, una organización violenta de extrema derecha, le hizo un escrache frente a su casa.

Buddy Mendes, que el año pasado presidía el consejo de gobierno del condado, rechaza las acusaciones de anteponer los intereses de la industria. Lo que pasó, asegura, es que el consejo dudaba del tipo de test rápido que se había propuesto, e insiste en que no se ignoró a los grupos de la comunidad. «No fue hasta agosto que tuvimos a punto los planes de trabajo y los contratos».

Efectivamente, las organizaciones sociales encontraron su baza en agosto, justo cuando explotaba el brote del valle de San Joaquín. El gobernador de California, Gavin Newsom, había aprobado una partida de 52 millones de dólares para financiar la respuesta al coronavirus en la región, con la instrucción de incidir sobre la población hispana, que acumulaba el 60% de los positivos. Durante esa ola, el consejo donó 8,5 millones a las organizaciones, después de que se coaligasen con el campus de Fresno de la Universidad de California en San Francisco (UCSF) para fundar el proyecto «COVID-19 Equity Project». Al cabo de unas semanas, el equipo habilitó una austera iglesia, perteneciente a la congregación Fresno Interdenominational Refugee Ministries, para instalar un centro de diagnóstico.

Acción social

Dos manos sostienen un corazón, en una valla publicitaria frente a la iglesia, con una cita



BRIAN L. FRANK FOR NATURE

Muchos padres del valle de San Joaquín, en California, han tenido que trabajar menos para poder ayudar a sus hijos con la educación a distancia.

del Levítico: «Amarás al extranjero como a ti mismo». Toda la tarde van llegando coches. En el aparcamiento, la gente espera diligentemente su turno para el molesto frotis nasofaríngeo. Kenny Banh, médico de urgencias del hospital UCSF Fresno, se afana en su pijama de quirófano, entusiasmado de ayudar a personas que todavía pueden caminar. Explica que, entre los enfermos de COVID del hospital universitario, las personas de color solían ser las que más graves se ponían. Una de las razones de la alta mortalidad en este colectivo es que no acuden a los servicios sanitarios, porque no tienen seguro, porque no se lo pueden pagar o porque les tienen miedo a los médicos estadounidenses. «Muchos no confían en los médicos, y en algunos aspectos lo entiendo, porque históricamente los han maltratado».

El jardín de la iglesia acoge una sesión formativa del «COVID-19 Equity Project», en la que enseñan a una legión de agentes comunitarios a transmitir las últimas novedades sobre el coronavirus a sus vecinos. Han contratado a 110, que en total dominan 16 idiomas. La inversión de tiempo y dinero implica rechazar a otros investigadores que querían estudiar las inequidades, admite Pacheco, pero consideran que los agentes comunitarios darán más resultados a corto plazo, aun a costa de menos publicaciones y subvenciones. Además, añade Banh, las comunidades del valle están hartas de los científicos que vienen a estudiarlos año tras año. «Haciéndoles preguntas, les hacen creer que luego volverán con algún tipo de ayuda», aclara, pero cuando el cambio no llega nunca, cunde la decepción.

Con todo, es difícil deshacer un siglo de desatención. Las barriadas esparcidas entre las carreteras rurales del valle de San Joaquín se remontan a los alojamientos temporales erigidos para inmigrantes en la década de 1930. Hoy en día, algunos de estos poblados no tienen ni agua potable ni un mísero dispensario. La propia ciudad de Fresno está muy dividida. Los barrios con predominio de población negra, latina y asiática están ubicados en la zona sur; en los mapas de los años 30, aparecen pintados de rojo, para desalentar la concesión de hipotecas por parte de los bancos. Esta práctica hacía bajar los precios de la vivienda en esos distritos y perpetuaba la segregación racial y la desigualdad. En los años 60, los legisladores intentaron mitigar esta costumbre racista, pero partes de la zona sur de Fresno siguen teniendo pocos parques, mala cobertura de internet y menos oferta de alimentos saludables y otras prestaciones.

Según el Instituto de Política Sanitaria del Valle Central, la esperanza de vida en un barrio pudiente de la zona norte supera los 80 años, o sea, 10 años más que en algunos barrios de la zona sur y 20 años más que en los distritos rurales del valle de San Joaquín, donde la media se aproxima a la de muchos países pobres.

En la zona sudoeste de Fresno vive Guadalupe López con su marido y sus tres hijos, en una casa prefabricada sin agua potable. Cuando consiguió entrar en contacto con un grupo que atiende a personas indígenas provenientes de México —el Centro Binacional para el Desarrollo Indígena Oaxaqueño—, estaban a punto de desahuciarla y apenas si se mantenía con una

tortilla al día. «Es una pesadilla», me cuenta, sentadas las dos junto a una cama y un escritorio infantil en su pulcro saloncito. Justo después de terminar la campaña del ajo, a finales de julio, su marido de 34 años tuvo un cuadro severo de COVID-19. Pese a estar ahogándose, se negaba a acudir al hospital por el terror de que fueran a apartarlo para siempre de su familia. ¿Cómo iba Guadalupe —que pide que usemos un seudónimo porque no tienen documentos en regla— a cuidar de sus hijos sin él?

Al final, por recomendación de un amigo, accedió a que lo viera un médico, que le vendió unas inyecciones no autorizadas con la promesa de que le ayudarían a superar la COVID-19. La factura ascendió a 1.500 dólares: todos los ahorros de la familia. Las semanas siguientes, la salud de su marido fue empeorando, y Guadalupe también dio positivo. Ninguno podía ir a trabajar en la cosecha y pronto se encontraron con la despensa vacía. Se pone a llorar cuando recuerda que a sus hijos se les marcaban las costillas de lo delgados que se quedaron.

Los López no podían optar a una prestación federal por desempleo y habían agotado el subsidio estatal de enfermedad. El Centro Binacional les dio una asignación para que pagasen el alquiler. En octubre, el marido volvió al campo, aunque sigue teniendo crisis de fatiga intensa. A Guadalupe se le empañan de nuevo los ojos al describir lo mal que se siente, como trabajadora esencial, en un país que parece desearle la muerte. «Cuando voy al supermercado cubierta de tierra después de trabajar en el campo, los blancos me miran con desprecio, aunque lleve mascarilla y ellos no.

Nos miran como si fuésemos infrahumanos».

Los agentes de salud comunitarios relatan historias semejantes de desesperación. En principio tenían que educar a la comunidad sobre el coronavirus y ayudar en el rastreo de contactos, pero se pasan el rato al teléfono, buscando fondos para padres que no tienen con qué alimentar a sus hijos ni pagar la factura de la luz. «Veo muchísima tristeza cuando hablo con la gente», reconoce Leticia Pérez de Trujillo, de Cultiva La Salud, una entidad de Fresno que colabora con el «COVID-19 Equity Project». Aun así, gracias al trabajo de este grupo, entre otros, cerca de mil personas han recibido subsidios que les permiten comer y dormir bajo techo, y probablemente se hayan evitado unos cuantos contagios. Parte de los fondos del condado se destinaron a pagar bajas laborales a los enfermos, lo cual parece que incrementó la cantidad de personas dispuestas a hacerse los test. En diciembre, frente a la iglesia se formaban colas desde antes del amanecer, así que fue necesario trasladarse a un centro más grande. Pero la situación seguía lejos de estar resuelta.

Durante el rebrote de coronavirus que vivió todo el país en el período navideño, el valle de San Joaquín fue una de las zonas más afectadas. «Los principales focos están entre los trabajadores esenciales», me informa Arias en una llamada telefónica a finales de diciembre. Solo ese mes, murieron de COVID-19 casi 500 personas en el valle. «Hay brotes enormes en las plantas cárnicas y en el centro logístico de Amazon. Los hospitales están saturados y estamos guardando los cadáveres en camiones frigoríficos, porque en la morgue ya no cabe ni uno».

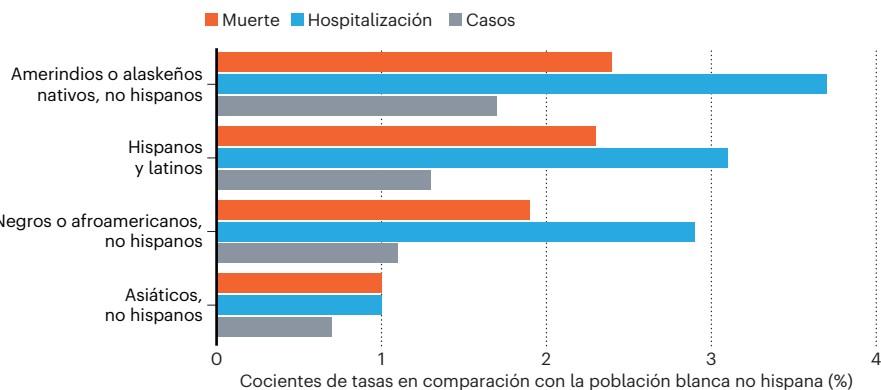
Los límites políticos

A finales del año pasado, por todo el país habían proliferado iniciativas como el «COVID-19 Equity Project» de Fresno, que ahora están volcadas en la distribución equitativa de las vacunas. Pero los proyectos se financian con partidas puntuales; cuando se agoten, gran parte de la labor hacia la eliminación de las disparidades sanitarias recaerá de nuevo sobre el sistema de salud pública, dice Banh.

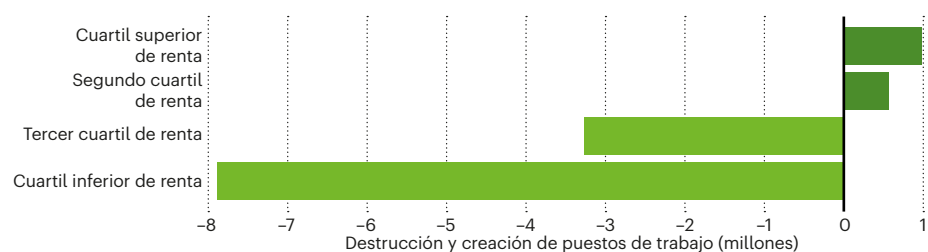
Sin embargo, a diferencia de los movimientos sociales de base, los organismos de salud pública estadounidenses —los CDC y los departamentos de salud— tienden a esquivar los temas políticamente sensibles, como exigir jornales más altos o una reforma migratoria. Los investigadores de centros públicos han descrito bien cuáles son los determinantes sociales de la pandemia, pero los tratan como si fuesen inmutables. Por ejemplo, una investigación publicada en octubre de 2020 en la revista de los CDC, *Morbidity and Mortality Weekly Report*⁵, señala que la mortalidad por COVID-19 es mucho más alta entre los negros e hispanos, posiblemente por el hacinamiento, la discriminación, el trabajo presencial, la prevalencia de patologías previas y el escaso

EL EFECTO DESIGUAL DE LA COVID

En la población negra, latina y amerindia, las hospitalizaciones por COVID-19 triplican la tasa correspondiente a la población blanca no hispana, mientras que las muertes se duplican.



La pandemia acentúa la desigualdad económica. En el 2020, el grueso del desempleo afectó a los trabajadores que menos cobran, mientras que los ámbitos mejor remunerados generaron casi un millón de empleos.



acceso a la asistencia sanitaria (véase también el gráfico «La desigualdad de la COVID»). Ahora bien, en lugar de sugerir soluciones como viviendas asequibles, atención sanitaria universal y protecciones laborales, se recomienda el uso de mascarillas, el lavado de manos y el distanciamiento social.

En otro estudio de los CDC, publicado en línea el 12 de abril⁶, se constata que entre los hispanos y latinos hubo más hospitalizaciones por COVID-19 que en otros grupos etnoraciales. Los autores atribuyen la disparidad a los determinantes sociales y recomiendan que los departamentos de salud distribuyan las vacunas de forma proporcional, pero no sugieren qué hacer para solventar los problemas de base.

Ronald Labonté, salubrista de la Universidad de Ottawa (Canadá), no se sorprende de que los científicos de entidades públicas rehúyan pronunciarse sobre cuestiones políticas, ya que las consecuencias pueden ser nefastas; algunos, de hecho, han recibido amenazas. De la misma manera, prosigue, los salubristas suelen vincular la pobreza y la marginación con la enfermedad, pero no cuestionan el statu quo indagando por qué hay personas pobres y marginadas. Según él, los motivos fundamentales son la opresión, la explotación, la avaricia y las ansias de poder, pero no ve muchos departamentos de salud dispuestos a decirlo.

Eso no significa que no quieran abordar la injusticia sistémica. Un obstáculo es el escaso control que pueden ejercer los departamentos de salud. Por ejemplo, Fuller, del departamento de salud de Fresno, puede recomendar a las empresas protocolos de contención de la COVID-19, pero no imponerlos: «La seguridad

y la salud de los empleados no es competencia nuestra».

En realidad, esa competencia corresponde a la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), el organismo público que inspecciona los puestos de trabajo y verifica que se cumplan las normas de higiene y prevención de riesgos. Pero si el área de salud pública ya dispone de pocos fondos, los recursos de la OSHA son aún más magros, y sus facultades se ven siempre mermadas por los intereses empresariales, precisa el epidemiólogo David Michaels de la Universidad George Washington, que fue director de la OSHA durante el mandato de Barack Obama. El año pasado, el cuerpo de inspectores de la OSHA tuvo la plantilla más pequeña de los últimos 45 años, según el «National Employment Law Project». Quizá por eso, a pesar de que se recibieron más de 13.000 reclamaciones relativas al coronavirus, muy pocas dieron lugar a inspecciones y sanciones. «Nuestra economía se estructura de manera que muchos trabajadores apenas tienen derechos, cobran muy poco y se exponen a peligros que serían inasumibles para los jefes, mientras estos se aprovechan de su trabajo», critica Michaels.

La madre de Singh es testimonio vivo de esa realidad. Dos semanas antes de contraer el coronavirus en Foster Farms, le dijo que, según creía, se habían contagiado 140 de sus compañeros. La planta estaba medio vacía y habían colgado un cartel, en inglés, en el que aparecía el número «140». Singh no supo interpretar bien el resquemor de su madre: «Todos los trabajadores de Foster Farms que conozco hablan español, hmong o punyabí,

y muy pocos saben inglés». Le pidió que le enviase una foto del cartel desde el teléfono de una compañera, pero la compañera se negó porque no quería buscarse problemas. Un par de días después, el cartel había desaparecido, mientras el brote se extendía sigilosamente. En diciembre, el sindicato de trabajadores agrícolas United Farm Workers of America demandó a Foster Farms, en nombre de varios empleados de una planta de Livingston, en California, alegando que Foster Farms no había adoptado las precauciones necesarias para prevenir la propagación de la COVID-19.

La planta que tiene Foster Farms en Livingston representa un caso excepcional, porque es una de las pocas industrias agroalimentarias cerradas por orden de un departamento de salud a raíz de un brote de COVID-19. Salvador Sandoval, funcionario del departamento de salud de Merced —del que depende Livingston—, se alarmó al enterarse de que dos empleados de la planta habían fallecido en julio. La inquietud le llevó a solicitar una lista de todos los trabajadores contagiados: «Bien abajo en esa lista, había más muertos», dice Sandoval.

Tanto él como el epidemiólogo del departamento estaban muy preocupados. Querían que la planta de Livingston cerrase hasta que se pudiese hacer test a todos, pero el gobierno del condado de Merced se oponía, así que pidieron ayuda al departamento de salud de California y a la delegación estatal de la OSHA. A mitad de agosto, llegaron a recibir una llamada de un funcionario federal, conminándolos a mantener abierta la planta, en virtud de la orden ejecutiva de Trump de que todas las industrias cárnicas siguiesen funcionando. Pero el pequeño departamento de Merced perseveró. A finales de ese mes, cuando ya habían muerto ocho trabajadores, la planta de Livingston cerró parcialmente durante seis días para hacer tareas de limpieza y test a todos los empleados. Sandoval reconoce que no les fue nada fácil: «Nos costó sangre, sudor y lágrimas».

En declaraciones a *Nature*, Foster Farms asegura que la compañía vela por la salud y el bienestar de sus empleados y ha implantado durante la pandemia todos los protocolos anti-COVID oportunos, incluido un exhaustivo sistema de testeo. En febrero, empezaron a vacunar a sus empleados de California. Respecto a las quejas de algunos trabajadores, afirman que «desde marzo de 2020, se anima a los empleados a exponer todas las dudas que tengan sobre su salud y seguridad en relación con la COVID-19».

Proteger la salud pública

Es innegable que los brotes en las industrias cárnicas han sido fatídicos. En un artículo publicado en *Proceedings of the National Academy of Sciences*⁷, se indica que, solo en la primera mitad de 2020, hubo 310.000 casos y 5.200 muertes por los brotes originados en plantas agropecuarias, que luego se

propagaron por las poblaciones circundantes.

En esas cifras se entrevé un problema mayor. Los especialistas en salud pública tienen razón cuando dicen que carecen de competencias para actuar sobre las empresas, pero cuando no pueden contrarrestar los intereses privados, se desvirtúa una de las principales funciones de esa disciplina: proteger a los más vulnerables ante la enfermedad. Es lo que afirman historiadores como Graham Mooney, de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, que se especializa en salud pública: «Sabemos el impacto que tienen el desempleo, la precariedad, la falta de transporte, las deficiencias educativas y el racismo. Por eso, si la salud pública es incapaz de influir en estas problemáticas, se queda en nada».

Georges Benjamin, director ejecutivo de la Asociación Estadounidense de Salud Pública, comparte esa opinión y añade que es el momento de promover cambios sociales y económicos, ahora que la urgencia de reformas se ha hecho patente por la pandemia. Recuerda cómo la gran depresión de los años 30 dio paso al New Deal, un programa de recuperación dotado de seguros de desempleo, reformas habitacionales y otras prestaciones sociales, durante la presidencia de Franklin Roosevelt. Para Benjamin, es hora de forjar un nuevo pacto social en el país: «Que todo el mundo pueda gozar de un salario digno, vivienda asequible, servicios de salud y un ambiente seguro».

Un mes después de mi charla con Benjamin, el presidente Joe Biden propuso un plan económico, con una dotación de dos billones de dólares, que recuerda al New Deal. También tiene reminiscencias del trabajo de Virchow sobre la situación en la Alta Silesia en la década de 1850, ya que contempla mejoras en los salarios, las condiciones laborales, las escuelas públicas y los planes de vivienda, que deberán sufragarse, en parte, con subidas de impuestos a las empresas. De aprobarse, defienden sus partidarios, el plan podría revertir 40 años de creciente desigualdad en los Estados Unidos.

El 31 de marzo, la Asociación Estadounidense de Salud Pública emitió un comunicado a favor de la propuesta de Biden, subrayando que es indispensable corregir las disparidades en salud. Hay más científicos que se atreven a pedir cambios políticos. Cuando le pedí a Fauci que detallase mejor sus afirmaciones sobre determinantes sociales, me contestó que las disparidades están arraigadas en el racismo sistémico y la desigualdad económica, y que es hora de afrontarlas: «Los científicos tenemos la responsabilidad social de hablar de estos temas; somos los que bajamos a las trincheras y atendemos a las personas, analizando de primera mano los datos sobre las disparidades». Los autores del artículo del *Lancet* sobre los problemas sanitarios de Estados Unidos son más prescriptivos⁴. Mencionan soluciones, como subir los salarios y adoptar una reforma migratoria, y describen lo que podrían hacer los investigadores para

promover estos cambios, con argumentos que atraigan apoyos, etiquetas en redes sociales y coaliciones inéditas, por ejemplo con grupos de activistas. Para Planey, la especialista en epidemiología geográfica, los académicos deberían aprender a redactar informes que los políticos entendiesen en tres minutos. Para que tengan más gancho, deberían incluir en ellos los costes de las soluciones, además de los beneficios. «Se creen que, solo con aportar datos científicos, los escucharán; pero las cosas no funcionan así», concluye.

Habrà que ver si el campo de la salud pública consigue alzar más la voz para reclamar cambios políticos con mayor contundencia. En este sentido, varios investigadores jóvenes me comentan que les han aconsejado no hablar en público de temas políticos sensibles hasta que no tengan una plaza fija.

Pero el *statu quo* no ayudará a salir adelante a Singh y a su familia, cuyas penurias económicas se han recrudecido desde que su madre dejó el trabajo en marzo. «Desde que tuvo el COVID, anda cansada y no puede mantenerse en pie durante turnos tan largos», explica Singh. Los años de trabajo manual también le han dejado dolores crónicos en las cervicales y la espalda. Han recibido ayudas temporales: el movimiento Jakara, uno de los grupos que integran el «COVID Equity Project» de Fresno, les entregó cupones para alimentos, que les permiten afrontar el gasto en comida, y les pagó una mensualidad de alquiler.

En los estudios que cursa Singh en una de las más destacadas facultades de salud pública de los Estados Unidos, las asignaturas abordan el vínculo entre pobreza y enfermedad, pero él se declara frustrado: «Hay muchísimos estudios sobre disparidades socioeconómicas e inequidad en salud, pero ¿qué estamos haciendo para erradicarlas o, aunque sea, reducirlas?» Sugiere que los investigadores deberían colaborar con entidades comunitarias que trabajen en la defensa de colectivos marginados. «Publicar otro artículo diciendo que los jornaleros del campo corren mayor riesgo de tener COVID no va a solucionar nada», sentencia el joven. «¿Acaso no queremos evitarlo?»

Amy Maxmen es periodista en *Nature* y vive en Oakland (California). La redacción de este artículo ha sido posible gracias a las subvenciones concedidas por el Pulitzer Center y la beca «Knight Science Journalism» del Instituto de Tecnología de Massachusetts (MIT).

1. Chen, Y.-H. et al. Original sin revisar publicado en medRxiv: <https://doi.org/10.1101/2021.01.21.21250266> (2021).
2. Gray, A. M. *Int. J. Health Serv.* **12**, 349-380 (1982).
3. Chetty, R. et al. *J. Am. Med. Assoc.* **315**, 1750-1766 (2016).
4. Woolhandler, S. et al. *Lancet* **397**, 705-753 (2021).
5. Gold, J. A. W. et al. *Morb. Mortal. Wkly Rep.* **69**, 1517-1521 (2020).
6. Romano, S. D. et al. *Morb. Mortal. Wkly Rep.* **70**, 560-565 (2021).
7. Taylor, C. A., Boulous, C. y Almond, D. *Proc. Natl Acad. Sci. USA* **117**, 31706-31715 (2020).