

NEW LEFT REVIEW 122

SEGUNDA ÉPOCA

MAYO - JUNIO 2020

PANDEMIA

MIKE DAVIS	Entra en escena el monstruo	11
AI XIAOMING	Diario de Wuhan	20
MARCO D'ERAMO	La epidemia del filósofo	28
N. R. MUSAHAR	Medidas de inanición en la India	34
ROHANA KUDDUS	Limoncillo y plegarias	42
MARIO SERGIO CONTI	Pandemonio en Brasil	50
VIRA AMELI	Sanciones y enfermedad	57
R. TAGGART MURPHY	Oriente y Occidente	67

ARTÍCULOS

MICHAEL DENNING	El <i>impeachment</i> como forma social	75
OWEN HATHERLEY	El gobierno de Londres	93
SHAOHUA ZHAN	La cuestión de la tierra en China	131

CRÍTICA

CHRIS BICKERTON	La persistencia de Europa	153
TERRY EAGLETON	Ciudadanos de Babel	161
LOLA SEATON	¿Ficciones reales?	168
JOHN MERRICK	Dorando la Gran Bretaña de posguerra	182

WWW.NEWLEFTREVIEW.ES

© New Left Review Ltd., 2000

Licencia Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

INSTITUTO
25M
DEMOCRACIA

ts
d traficantes de sueños

[SUSCRÍBETE](#)

MIKE DAVIS

ENTRA EN ESCENA EL MONSTRUO

EL CORONAVIRUS ES la vieja película que hemos estado viendo una y otra vez desde que Richard Preston nos presentó en *The Hot Zone* (1994) al demonio exterminador conocido como ébola, nacido en una misteriosa cueva de murciélagos en África Central¹. Fue la primera de una sucesión de nuevas enfermedades que estallaron en el «campo virgen» (ese es el término apropiado) de los sistemas inmunes no experimentados de la humanidad. El ébola fue seguido pronto por la gripe aviar, que saltó a los humanos en 1997, y el síndrome respiratorio agudo grave o síndrome respiratorio agudo severo, también conocido por sus siglas en inglés SARS (*severe acute respiratory syndrome*), que surgió a fines de 2002; ambos aparecieron inicialmente en Guangdong, el centro fabril mundial. Hollywood, por supuesto, abrazó con pasión esos brotes y produjo una veintena de películas para excitarnos y asustarnos (*Contagio*, de Steven Soderbergh, lanzada en 2011, destaca por su ciencia precisa y su espeluznante anticipación del caos actual). Además de esas películas y las innumerables novelas horripilantes, cientos de libros serios y miles de artículos científicos han respondido a cada brote, enfatizando muchos de ellos el miserable estado de preparación global para detectar y responder a esas nuevas enfermedades.

¹ Ha habido mucha confusión sobre la terminología científica: el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus ha llamado al virus SARS-COV-2, mientras que COVID-19 designa el brote actual. Una versión anterior de este artículo apareció en el sitio web de *Jacobin*, el 14 de marzo de 2020; se ha ampliado y actualizado para la *NLR*.

I

Así pues, el COVID-19 entra por la puerta principal como un monstruo familiar. La secuenciación de su genoma (muy similar al de sus hermanas tan estudiadas) fue bastante simple, pero aún faltan los datos más importantes. A medida que los investigadores trabajan día y noche para caracterizar al virus, se enfrentan a tres grandes desafíos. Ante todo, la continua escasez de equipos de prueba, especialmente en Estados Unidos 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 cifras. En segundo lugar, como las gripes anuales, el virus está mutando a medida que avanza a través de poblaciones con diferentes composiciones de edad y condiciones de salud. La variedad que los estadounidenses tienen más probabilidades de contraer ya es ligeramente diferente de la del brote original en Wuhan. Nuevas mutaciones podrían ser benignas, o podrían alterar la distribución actual de la virulencia que ahora aumenta bruscamente después de los 50 años. De cualquier manera, la «gripe corona» de Trump es, como mínimo, un peligro mortal para la cuarta parte de los estadounidenses que son ancianos y tienen un sistema inmunológico débil o sufren problemas respiratorios crónicos.

En tercer lugar, incluso si el virus permanece estable y muta poco, su impacto en los grupos de edades más jóvenes podría diferir radicalmente en los países pobres y entre los grupos de mayor pobreza. Considérese la experiencia global de la gripe española en 1918-1919, que se estima que mató entre el 1 y el 2 por 100 de la humanidad. En Estados Unidos y Europa occidental, el virus H1N1 original de 1918 fue más letal para los adultos jóvenes, lo cual se ha relacionado generalmente con su sistema inmunitario relativamente fuerte, que reaccionaba de forma exagerada a la infección atacando las células pulmonares, provocando cuadros de neumonía viral y *shock séptico*. Más recientemente, sin embargo, algunos epidemiólogos han teorizado que los adultos mayores pudieron haber estado protegidos por la «memoria inmune» de un brote anterior registrado en la década de 1890.

La gripe española encontró su nicho favorito en los campamentos del ejército y las trincheras del campo de batalla, donde tumbó a decenas de miles de jóvenes soldados, lo cual se convirtió en un factor importante en la batalla de los imperios. El colapso de la gran ofensiva alemana de

la primavera de 1918 y, por lo tanto, el resultado de la guerra, se atribuyó al hecho de que los Aliados, a diferencia de su enemigo, podían reponer a sus ejércitos enfermos con tropas estadounidenses recién llegadas. Pero en los países más pobres la gripe española tenía un perfil diferente. Rara vez se subraya el hecho de que casi el 60 por 100 de la mortalidad mundial, quizá 20 millones de muertes, ocurrieron en Punjab, Bombay y otras partes del oeste de India, donde las exportaciones de grano a Gran Bretaña y las brutales prácticas de requisita 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 gripe y la desnutrición, que suprimió su respuesta inmune a la infección y produjo neumonías desenfrenadas, tanto bacterianas como virales. 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, condicionaron la muerte de una quinta parte de la población.

Esta historia, especialmente las consecuencias desconocidas de las interacciones con la desnutrición y las infecciones existentes, debería advertirnos de que el COVID-19 podría seguir un camino diferente y más mortal en las áreas urbanas hiperdegradadas, densamente pobladas y devastadas por la enfermedad, de África y el sur de Asia. Con los 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) qué tipos de sinergias pueden crearse con las enfermedades y condiciones locales de salud. Algunos han afirmado que debido a que la población urbana de África es la más joven del mundo –los mayores de 65 años sólo representan el 3 por 100 de la población, en comparación con el 23 por 100 en Italia–, la pandemia solo tendrá un impacto leve. A la luz de la experiencia de 1918, se trata de una extrapolación insensata, como lo es la suposición de que la pandemia, como la gripe estacional, retrocederá al llegar el verano.

Más probablemente, como advirtió *Science* el pasado 15 de marzo², África es «una bomba de relojería». Además de la desnutrición, el combustible para una explosión viral es la gran cantidad de personas con sistemas inmunes debilitados. El VIH/SIDA ha matado a 36 millones de africanos en la última generación y los investigadores estiman que actualmente hay 24 millones de casos, a los que se suman al menos 3 millones de personas

² Linda Nordling, «“A ticking time bomb”: Scientists worry about coronavirus spread in Africa», *Science*, 15 de marzo de 2020.

que padecen la «peste blanca», la tuberculosis. Unos 350 millones de africanos padecen desnutrición crónica y el número de niños pequeños cuyo crecimiento se ha visto afectado por el hambre ha aumentado en millones desde 2000. El distanciamiento social en megaáreas urbanas hiperdegradadas como Kibera en Kenia o Khayelitsha en Sudáfrica es una imposibilidad obvia, mientras que más de la mitad de los africanos carece de acceso a agua limpia y saneamiento básico. Además, cinco de los seis países con la peor atención médica del mundo se encuentran en África, incluido el más poblado, Nigeria. Kenia, un país conocido por exportar enfermeras y médicos, tiene exactamente ciento treinta camas de cuidados intensivos y doscientas enfermeras especializadas en combatir la llegada del COVID-19.

2

Dentro de un año podremos contemplar con admiración el éxito de China en contener la pandemia y horrorizarnos por el fracaso de Estados Unidos (supongo atrevidamente que la declaración de China del rápido declive de la transmisión es más o menos correcta). La incapacidad de las instituciones estadounidenses para mantener cerrada la caja de Pandora no es una sorpresa. Desde 2000 hemos visto repetidos fallos en la atención médica de primera línea. Las temporadas de gripe de 2009 y 2018, por ejemplo, desbordaron a los hospitales de todo el país, exponiendo la drástica escasez de camas hospitalarias después de años de reducciones en la capacidad de hospitalización inducidas por la avidez de ganancias. La crisis se remonta a la ofensiva empresarial que llevó a Reagan al poder y convirtió a la dirección del Partido Demócrata en portavocía neoliberal. Según la American Hospital Association, el número de camas hospitalarias disminuyó un extraordinario 39 por 100 entre 1981 y 1999. El objetivo de esta reducción era aumentar las ganancias al aumentar el «censo» (el número de camas ocupadas). Pero el objetivo de la dirección empresarial de los hospitales de una ocupación del 90 por 100 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 estadounidense continúa reduciéndose en el sector privado por el imperativo del «valor para el accionista» de aumentar los dividendos y las ganancias a corto plazo y en el sector público por la austeridad fiscal y las reducciones en los

presupuestos de formación. En consecuencia, sólo hay cuarenta y cinco mil camas de cuidados intensivos disponibles para lidiar con la inminente inundación de casos críticos de coronavirus (en comparación, los surcoreanos tienen tres veces más camas disponibles que los estadounidenses por cada mil personas). Según una investigación realizada por *USA Today*, «solo ocho estados tendrían suficientes camas de hospital para tratar al millón de estadounidenses de 60 años o más que podrían enfermar por el COVID-19». Al mismo tiempo, los Republicanos han rechazado todos los esfuerzos para reconstruir las redes de seguridad destrozadas por los recortes presupuestarios, consecuencia de la recesión de 2008. Los departamentos de salud locales y estatales, la primera línea vital de defensa, tienen hoy el 25 por 100 menos de personal que antes del Lunes Negro de hace doce años. Durante la última década, el presupuesto de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades dependiente del Departamento de Salud ha caído un 10 por 100 en términos reales. Desde la coronación de Trump, los déficits fiscales no han hecho más que exacerbarse. *The New York Times* informó recientemente que el 21 por 100 de los departamentos de salud locales informaron de reducciones en los presupuestos para el ejercicio fiscal 2017.

Trump también cerró la oficina de pandemias de la Casa Blanca, una dirección creada por Obama después del brote de ébola de 2014 para garantizar una rápida respuesta nacional bien coordinada a las nuevas epidemias y tres meses antes del brote cerró el proyecto PREDICT, un sistema de alerta pandémica temprana y un programa de ayuda exterior creado después de la crisis de la gripe aviar en 2005. Según *Science*, el PREDICT había «descubierto más de mil virus de familias virales susceptibles de zoonosis, incluidos los virus involucrados en brotes recientes y otros de preocupación continua para la salud pública». Ese total incluía ciento sesenta coronavirus potencialmente peligrosos identificados en murciélagos y otros animales.

Estamos, por lo tanto, en las primeras fases de un huracán Katrina médico. Después de haber desinvertido en la preparación médica de emergencia mientras que la opinión de todos los expertos recomendaba una mayor expansión de la capacidad, Estados Unidos carece ahora de suministros básicos, así como de trabajadores de la salud pública y camas de emergencia. Las reservas nacionales y regionales se han mantenido en niveles muy por debajo de los indicados por los modelos epidémicos. Así, la debacle de los equipos de prueba ha coincidido con una escasez

crítica de equipos de protección básicos para los trabajadores y trabajadoras de la salud. Las enfermeras militantes, nuestra conciencia social nacional, procuran 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 de superbacterias resistentes a los antibióticos como la *C. difficile*, que pueden convertirse en los principales asesinos secundarios en salas de hospitales superpobladas.

3

El brote ha expuesto instantáneamente la marcada división de clases en el cuidado de la salud que Our Revolution —el grupo de base de campaña nacido de la candidatura electoral en 2016 de Bernie Sanders— ha incluido en la agenda nacional. En resumen, los que disponen de buenos planes sanitarios y que también pueden trabajar desde casa estarán protegidos, suponiendo que sigan las medidas de protección necesarias. Los empleados públicos y otros trabajadores sindicalizados con cobertura decente deberán tomar decisiones difíciles entre sus ingresos y su salud. Mientras tanto, millones de trabajadores del sector servicios retribuidos con bajos salarios, empleados agrícolas, desempleados y personas sin hogar serán arrojados a los lobos. Como todos sabemos, la cobertura universal en cualquier sentido significativo requiere una dotación universal para pagar los días de baja. En la actualidad, se niega ese derecho al 45 por 100 de la fuerza de trabajo estadounidense, que por lo tanto, se ve obligada a transmitir la infección o verse ante un plato vacío en la mesa. Asimismo, catorce estados republicanos se han negado a promulgar las disposiciones de la *Affordable Care Act* de Obama que amplía el Medicaid para los trabajadores pobres. Por eso uno de cada cuatro tejanos, por ejemplo, carece de cobertura y solo puede buscar tratamiento en la sala urgencias del hospital del condado.

Con Sanders como siempre al frente, el Partido Demócrata presionó con éxito a la Casa Blanca y a los Republicanos del Congreso para que aceptaran la baja por enfermedad como medida de emergencia. Pero, como Sanders señaló de inmediato, la legislación de compromiso sigue llena de lagunas no reconocidas y puede rescindirse tan pronto como retroceda la pandemia. No obstante, es una cabeza de playa importante para llevar la lucha al siguiente nivel: días de baja por enfermedad permanentes y

universales para toda la fuerza de trabajo. Y a medida que el gobierno de Trump, aterrorizado por la perspectiva de la derrota electoral, acepta otras medidas sensatas, como el control del gobierno sobre la producción de suministros médicos clave, surgen nuevas oportunidades para presionar en defensa de la medicina pública en los próximos meses.

Las contradicciones mortales de la atención médica privada en un momento de epidemia son más visibles en el sector de las residencias de ancianos con fines de lucro, que almacena 2,5 millones de estadounidenses mayores, la mayoría de ellos gracias al programa de Medicare. Se trata de un sector altamente competitivo, cuyo modelo empresarial se basa en la imposición de salarios bajos, la falta de personal y la reducción ilegal de costes. Decenas de miles de personas mueren cada año debido a las deficiencias de las instalaciones encargadas de atender a los procedimientos básicos de control de infecciones y al fracaso de los gobiernos estatales en responsabilizar a los gestores de las mismas por lo que sólo puede describirse como homicidio involuntario. Para muchas residencias, particularmente en los estados del sur, es más barato pagar multas por violaciones sanitarias que contratar personal adicional y brindarle la capacitación adecuada. No es sorprendente que el primer epicentro de transmisión comunitaria fuera el Life Care Center, un hogar de ancianos en el área suburbana de Kirkland en Seattle. Hablé con Jim Straub, un viejo amigo y organizador sindical en los hogares de ancianos del área de Seattle, que caracterizó ese centro como «uno de los más infradotados de personal del estado» y el conjunto del sistema de hogares de ancianos del estado de Washington como «el peor financiado del país; un oasis absurdo de austero sufrimiento en un océano de dinero tecnológico».

Además Jim me comentó también que los funcionarios del sistema sanitario público ignoraban el factor crucial que explica la rápida transmisión de la enfermedad desde el Life Care Center a otros diez hogares de ancianos cercanos: «Los trabajadores de hogares de ancianos presentes en el mercado de alquiler más caro de Estados Unidos tienen todos ellos múltiples empleos, trabajando generalmente en varios de aquellos». Las autoridades no han revelado los nombres y ubicaciones de esos segundos empleos, perdiendo, por lo tanto, todo control sobre la propagación del COVID-19. Nadie propone aún compensar a los trabajadores expuestos por quedarse en casa. En todo el país, docenas, probablemente cientos de hogares de ancianos más, se convertirán en focos de propagación del coronavirus. Muchos empleados optarán finalmente en tales

condiciones por el banco de alimentos y se negarán a ir a trabajar. En ese momento el sistema podría colapsar y no deberíamos esperar que llegue la Guardia Nacional a cambiar las bacinillas.

4

La pandemia transmite con cada paso de su avance mortal la urgencia de la cobertura universal y de la existencia de un sistema de bajas laborales pagadas. Mientras Biden se desgañita contra Trump, los progresistas deben unirse, como propone Bernie, para ganar en la Convención Demócrata la propuesta de Medicare para Todos. Esta será la tarea de los delegados combinados de Sanders y Warren en el Foro Fiserv de Milwaukee a mediados de julio, pero el resto de nosotros tenemos un papel igualmente importante que jugar en las calles, comenzando con la lucha contra los desalojos, los despidos y los patronos que niegan indemnización a los trabajadores con bajas. (¿Miedo al contagio? Mantente a dos metros del manifestante más próximo y eso ofrecerá una imagen más poderosa en la televisión). 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 destacaran la renuncia de las grandes farmacéuticas a la investigación y el desarrollo de nuevos antibióticos y antivirales. De las dieciocho mayores compañías farmacéuticas, quince han abandonado totalmente el campo. Los medicamentos para el corazón, los tranquilizantes adictivos y los tratamientos para la impotencia masculina son líderes en ganancias, no las defensas contra las infecciones hospitalarias, las enfermedades emergentes y los asesinos tropicales tradicionales. Una vacuna universal contra la gripe —es decir, una vacuna dirigida contra 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 revierta la revolución antibiótica, reaparecerán viejas enfermedades junto con nuevas infecciones, y los hospitales se convertirán en osarios. Hasta Trump puede oponerse de manera oportunista a los costes abusivos de las recetas, pero para combatir ese escenario necesitamos un programa capaz de romper los monopolios farmacéuticos y proporcionar la producción pública de medicamentos vitales (así solía ser antes: durante la Segunda Guerra Mundial, el Ejército de Estados Unidos reclutó a Jonas Salk y otros investigadores para desarrollar la primera vacuna contra la

gripe). Como escribí hace quince años en *El monstruo llama a nuestra puerta: la amenaza global de la gripe aviar* [Barcelona, 2008]:

El acceso a las medicinas vitales, incluidas las vacunas, los antibióticos y los antivirales, deberían ser un derecho humano y estar universalmente disponibles sin coste alguno. Si los mercados no pueden proporcionar los incentivos para producir de forma barata esos fármacos, entonces los gobiernos y las organizaciones sin ánimo de lucro deberían asumir la responsabilidad de fabricarlas y distribuir las. La supervivencia de los pobres debe considerarse una prioridad mayor que las ganancias de las grandes farmacéuticas.

La pandemia actual amplía el argumento: la globalización capitalista parece ser ahora biológicamente insostenible en ausencia de una infraestructura sanitaria pública verdaderamente internacional. Pero tal infraestructura nunca existirá hasta que los movimientos sociales pongan fin al poder de las grandes farmacéuticas y la atención médica con ánimo de lucro. Esto requiere un diseño socialista independiente para la supervivencia humana que vaya más allá de un *New Deal* actualizado. Desde los días de Occupy, los socialistas han puesto el acento en la lucha contra la desigualdad de ingresos y de riqueza: un gran logro, evidentemente; pero ahora debemos dar el siguiente paso para abogar por la propiedad social y la democratización del poder económico, con las industrias farmacéuticas y sanitarias como objetivos inmediatos.

La izquierda también debe hacer una evaluación honesta de nuestras debilidades políticas y morales. Aun habiéndome emocionado por la evolución hacia la izquierda de una nueva generación y el regreso de la palabra «socialismo» al discurso político, hay un elemento perturbador de solipsismo nacional en el movimiento progresista estadounidense que es la imagen especular del nuevo nacionalismo. Tendemos a hablar solo sobre la clase trabajadora y la historia radical estadounidenses (olvidando quizá que Debs fue un internacionalista hasta la médula), en lo que a veces se parece a una versión de izquierda del modelo *America First*. Al abordar la pandemia, pues, los socialistas debemos enfatizar en cada ocasión la urgencia de la solidaridad internacional. Concretamente, debemos alentar a nuestros amigos progresistas y sus iconos políticos a exigir una ampliación masiva de la producción de equipos de prueba, suministros de protección y medicamentos vitales para su distribución gratuita a los países pobres. Depende de nosotros asegurar que Medicare para Todos se convierta en una política no sólo nacional, sino internacional.

San Diego, 5 de abril de 2020.