



ویروس کرونا همان فیلم قدیمی‌ای است که ما بارها و بارها به تماشایش نشسته‌ایم، آن هم از زمانی که ریچارد پرستون^۱ در کتاب *منطقه داغ*^۲ (۱۹۹۵)، ما را با یک اهریمن نابودگر، اهریمنی زاده‌شده درون یک غار

^۱ Richard Preston، نویسنده و روزنامه‌نگار آمریکایی.

^۲ Hot Zone .

اسرارآمیز خفاش زیست در آفریقای مرکزی، معروف به آبولا، آشنا کرد^۱. این تازه نخستین حلقه از زنجیره بیماری‌های جدیدی بود که بر «زمین بکر» (برای این موقعیت، اصطلاحی بی‌کم‌وکاست) سیستم‌های ایمنی بی‌تجربه و ناآزموده نوع بشر ظاهر شده و می‌شوند. بلافاصله بعد از آبولا آنفلوآنزای مرغی رواج یافت، که در سال ۱۹۹۷ گریبانگیر انسان‌ها هم شد، و سارس که سروکله‌اش از اواخر ۲۰۰۲ پیدا شد؛ نقطه شروع هر دو هم استان گوانگ‌دونگ^۲، یکی از قطب‌های تولیدی جهان.

بالطبع، هالیوود حریصانه و با آغوشی باز پذیرای این همه‌گیری‌ها شد و برای تحریک و ترساندن خلق‌الله هم یک سری فیلم تولید کرد (سرایت^۳ (۲۰۱۱) فیلمی از استیون سودربرگ، به دلیل دقت علمی و پیشبینی هراس‌آورش از آشوب اخیر، در نوع خود، نمونه قابل توجهی است). علاوه بر فیلم‌ها و کثرتی از رمان‌های هول‌انگیز رنگ‌ووارنگ، صدها جلد کتاب جدی و هزاران مقاله علمی هم در واکنش به این همه‌گیری‌ها

^۱. این متن در دو نسخه منتشر شده است. یکی نسخه پیش رو در <https://inthesetimes.com> و نسخه دیگری در <https://jacobinmag.com>. پس از اتمام ترجمه متوجه شدم نسخه منتشرشده در ژاکوبین را کیوان مهتدی با عنوان «در آن سال طاعون‌زده» ترجمه و در سایت میدان منتشر کرده است. لازم به یادآوری است که اختلافات موجود میان این دو متن (افزوده‌های متن فعلی، آمار و ارقام متفاوت، تیتراها و ...) از اختلاف میان این دو نسخه ناشی می‌شود. نهایتاً، در رفع دو سه ابهام، از ترجمه کیوان مهتدی کمک گرفته‌ام.

^۲. Guangdong
^۳. Contagion

منتشر شدند و بسیاری از آن‌ها نیز بر وضعیت هولناک آمادگی جهانی برای تشخیص و پاسخ به این بیماری‌های جدید تأکید کردند.

یک هیولای جدید

بنابراین، هیولای کرونا که اینک جلوی درب خانه‌هایمان قدم رو می‌رود، آن‌قدرها هم برای ما غریبه نیست. پی‌بردن به توالی ژنوم این ویروس (که به‌شدت شبیه توالی ژنوم خواهر کاملاً شناخته‌شده‌اش سارس است) کار دشواری نبود، اما قضیه این‌جاست که حیاتی‌ترین اطلاعات درباره‌ی این ویروس هنوز هم در هاله‌ای از ابهام قرار دارد. درست است که محققان شبانه‌روز برای توصیف مختصات این بیماری همه‌گیر تلاش می‌کنند، اما آن‌ها در این راه با سه چالش عمده دست‌به‌گریبان‌اند. نخست، کمبود مداوم کیت آزمایش، به‌ویژه در ایالات متحده و آفریقا، مانع از برآورد دقیق پارامترهای کلیدی‌ای همچون نرخ بازتولید، اندازه جمعیت مبتلایان، و تعداد مبتلایان پنهان شده است. نتیجه این امر هم چیزی نیست جز هرج‌ومرج و بی‌نظمی در اعداد و ارقام.

دوم، همانند آنفلوآنزای سالیانه، این ویروس هم به موازات ابتلای جمعیت‌هایی با ترکیب‌های سنی و شرایط جسمانی/سلامتی متفاوت، دچار جهش می‌شود. آن نوع از این بیماری که به احتمال زیاد آمریکایی‌ها دچارش خواهند شد، از قبل اندکی با بیماری واگیردار اولیه‌ای که در ووهان منتشر شده، تفاوت دارد. جهش بعدی می‌تواند کم‌خطر باشد یا می‌تواند توزیع فعلی گشندگی این بیماری، که در حال حاضر در سنین بالای پنجاه سال به‌شدت افزایش می‌یابد، را دستخوش

تغییر کند. ویروس کرونا دست‌کم برای یک‌چهارم از آمریکایی‌ها یعنی کهنسالان، افراد دارای سیستم ایمنی ضعیف یا دارای مشکلات تنفسی مزمن، خطر مرگ را به همراه دارد.

سوم، حتی اگر ویروس کرونا ثابت بماند و جهش اندکی کند، تأثیر آن بر گروه‌های سنیِ جوانتر در کشورهای فقیر و نیز در میان اقشار بسیار فقیر اساساً متفاوت خواهد بود. تجربهٔ جهانیِ آنفلوآنزای اسپانیایی طی سال‌های ۱۹۱۸-۱۹ را به یاد بیاورید؛ عارضه‌ای که بر اثر آن، ۱ تا ۳ درصد جمعیت جهان به کام مرگ کشانده شدند. در ایالات متحده و اروپای غربی، H۱N۱ اولیه بیش از همه برای جوانانِ بالغ خطر مرگ را به همراه داشت. این موضوع معمولاً این‌گونه توضیح داده می‌شود که چون سیستم ایمنیِ این افراد نسبتاً قوی‌تر است، به عفونتِ ایجادشده در بدن واکنش شدیدی نشان می‌دهد، به طوری که حتی سلول‌های ریه هم مورد حمله قرار می‌گیرند و در نتیجه بیمار به ذات‌الریه و ویروسی و شوک عفونی دچار می‌شود.

به هر تقدیر، اردوگاه‌های ارتش و سنگرهای میدانِ جنگ مکان‌های دنجی برای گسترش آنفلوآنزا بودند و بر اثر شیوع این بیماری، ده‌ها هزار سربازِ جوان جان خود را از دست دادند. در نبرد میان امپراتوری‌ها نقش این بیماری را نمی‌توان نادیده گرفت. گفته شده که شکست تهاجم بزرگ آلمان در بهار ۱۹۱۸، و متعاقباً نتیجهٔ جنگ، به این خاطر رقم خورد که متفقین، برخلاف دشمنانشان، توانستند نیروهای ارتشیِ بیمارشان را با سربازان تازه‌نفس آمریکایی جایگزین کنند.

اما آنفلوآنزای اسپانیایی در کشورهای فقیرتر داستان متفاوتی داشت. به‌ندرت به این نکته توجه می‌شود که تقریباً ۶۰ درصد از مرگ‌ومیر جهانی (یعنی مرگ دست‌کم بیست میلیون نفر) در پنجاب، بمبئی و سایر مناطق هند غربی به وقوع پیوست، جایی که صادرات غلات به بریتانیا و فعالیت‌های اجباری وحشیانه، با خشکسالی گسترده این مناطق مقارن شده بود. کمبود مواد غذایی حاصله، میلیون‌ها انسان فقیر را به کام گرسنگی کشاند. آن‌ها قربانی یک هم‌افزایی شوم میان سوءتغذیه — که مانع از واکنش مناسب دستگاه ایمنی بدنشان در برابر عفونت و بیماری‌های باکتریایی می‌شد — و آنفلوآنزای همه‌جاگیر شدند. در موردی مشابه در ایران تحت اشغال بریتانیا، چندین سال خشکسالی، وبا، و کمبود مواد غذایی و به دنبال آن شیوع گسترده مالاریا، زمینه را برای مرگ تقریباً یک‌پنجم از جمعیت این سرزمین مهیا ساخت.

این پیشینه — خاصه پیامدهای ناشناخته همزمانی آن با سوءتغذیه و عفونت‌های موجود — می‌بایست زنگ خطری باشد در این خصوص که شاید کووید ۱۹ هم در زاغه‌های متراکم و مریض‌احوال آفریقا و جنوب آسیا مسیر متفاوت و کشنده‌تری در پیش بگیرد. با ظهور مواردی از ابتلا در لاگوس^۱، کیگالی^۲، آدیس آبابا^۳ و کینشاسا^۴، کسی نمی‌داند (و به علت عدم انجام آزمایش، تا مدت‌های مدید هم کسی نخواهد دانست) که

^۱ . Lagos

^۲ .Kigali

^۳ . Addis ababa

^۴ . Kinshasa

حاصلِ هم‌افزاییِ کووید ۱۹ با بیماری‌ها و شرایط جسمانی/سلامت محلی چه خواهد بود. برخی ادعا کرده‌اند از آن‌جا که جمعیت شهری آفریقا جوانترین جمعیت جهان است، این بیماری همه‌گیر فقط تأثیر خفیفی بر سلامت آن‌ها خواهد گذاشت. با توجه به تجربه ۱۹۱۸، این مدعا برآورد کوتاه‌بینانه‌ای به نظر می‌رسد، همچون این مفروض که بیماری همه‌گیر فعلی، همانند آنفلوآنزای فصلی، با گرم‌تر شدن هوا رو به زوال خواهد گذاشت (تام هنکس در استرالیا به این بیماری مبتلا شده است، یعنی در جایی که هنوز تابستان است).

میراث ریاضت اقتصادی

شاید یک سال بعد، وقتی به این روزها نگاه می‌کنیم، موفقیت چین در مهار همه‌گیری را تحسین کنیم و درعوض از ناکامی ایالات متحده وحشت‌زده شویم. البته که ناتوانی نهادهای ما در بسته‌نگه‌داشتن جعبه پاندورا^۱ به هیچ‌روی تعجب‌آور نیست. ما از سال ۲۰۰۰ به این طرف، بارها شاهد اختلالاتی در خط مقدم خدمات درمانی بوده‌ایم.

من باب نمونه، در آنفلوآنزاهای فصلی سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۸، بیمارستان‌های انباشته از بیماران در سراسر کشور با کمبود شدید تخت‌های بیمارستانی مواجه شدند که این امر نتیجه سال‌ها کاهش بودجه اختصاص‌یافته به تخت‌های بیمارستانی با اهداف سودجویانه بود. عقبه این بحران به تهاجم شرکت‌هایی بازمی‌گردد که ریگان را بر سر قدرت

^۱. به روایت افسانه‌های یونان، جعبه‌ای بوده است با محتوای تمامی بلاها و شوربختی‌های ناشناخته بشریت.

آوردند و رهبران دموکرات را به سخنگویان نولیبرال خود بدل ساختند. طبق اعلام انجمن بیمارستان‌های آمریکا^۱ شمار تخت‌های بیمارستانی برای بستری بیماران بین سال‌های ۱۹۸۱ تا ۱۹۹۹ نزدیک به میزان شگفت‌آور ۳۹ درصد کاهش یافت. هدف از این کار، افزایش سود به‌واسطهٔ بالابردن «سرانه» (یعنی نسبت تخت‌های اشغال‌شده) بود. اما هدفِ مدبرانهٔ اشغالِ ۹۰ درصد از تخت‌های بیمارستانی، به معنای آن بود که بیمارستان‌ها در صورت وقوع بیماری‌های همه‌گیر یا فوریت‌های پزشکی امکان جذب سیل بیماران را نخواهند داشت.

در قرن جدید، پزشکیِ اورژانسی باز هم نحیف‌تر از قبل شده است؛ در بخش خصوصی به دلیل «ارزشِ دارایی سهامداران» که خواهان افزایش سود سهام‌ها و منافع کوتاه‌مدتشان هستند، و در بخش دولتی هم به علت ریاضت اقتصادیِ مالی و کاهش بودجه‌های آماده‌باشِ ایالتی و فدرالی. نتیجه آن‌که، در حال حاضر، فقط ۴۵ هزار تخت آ‌ی‌سی‌یو برای مقابله با سیل موارد جدی و حادِ ابتلا به ویروس کرونا وجود دارد (این را مقایسه کنید با اهالی کرهٔ جنوبی که نسبت به جمعیتشان، سه برابر بیشتر از آمریکایی‌ها به تخت بیمارستانی دسترسی دارند). طبق تحقیقات به‌عمل‌آمده از سوی یو.اس.آ. تودی^۲ «برای درمان یک میلیون آمریکاییِ شصت‌ساله و بالاتر، که در معرض ابتلا به کووید ۱۹ هستند، فقط هشت ایالت تخت‌های بیمارستانیِ کافی در اختیار دارند».

^۱ . American Hospital Association

^۲ . USA Today

در همین زمان، جمهوری خواهان از هر گونه تلاشی برای بازسازیِ چتر حمایتیِ تکه پاره شده بر اثر رکود اقتصادی سال ۲۰۰۸ سر باز می زنند. اداره های بهداشتِ محلی و ایالتی — خط مقدمِ حیاتیِ دفاع در برابر بیماری — امروزه در قیاس با دوشنبه سیاه^۱ دوازده سال پیش، با کاهش ۲۵ درصدی پرسنلشان مواجه اند. طی یک دهه گذشته، بر پایه نرخ واقعی، بیش از ۱۰ درصد بودجه مرکز کنترل و پیشگیری بیماری ها (CDC) کاهش یافته است. در دوران ریاست جمهوری ترامپ، کسری های مالی وخیم تر هم شده است. بنا به گزارشِ اخیرِ نیویورک تایمز، «۲۱ درصد از ادارات بهداشتِ محلی از کاهش بودجه هایشان در سال مالی ۲۰۱۷ خبر داده اند». ترامپ همچنین اداره مقابله با بیماری های همه گیر واقع در کاخ سفید را تعطیل کرده است، نهاد مدیریتی ای که به دست اوباما و بعد از شیوع بیماری ابولا در سال ۲۰۱۴ تأسیس شده بود، با این هدف که در مقابل همه گیری های جدید، واکنشِ ملی هماهنگی را سامان دهد.

ما هنوز در مراحل آغازینِ بحرانی هستیم که می توان با تعبیر طوفانِ کاترینای پزشکی از آن یاد کرد. عدم سرمایه گذاری در بخش تجهیزات پزشکی اورژانسی، آن هم در حالی که تمام متخصصان بر افزایش ظرفیت این حوزه تأکید داشته اند، ما را در معرض کمبود شدید امکانات ابتدایی و تخت های اورژانس قرار داده است.

^۱. اشاره دارد به رکود اقتصادی فراگیر سال ۲۰۰۸.

ذخایر ملی و منطقه‌ای، نسبت به آنچه الگوهای بیماری همه‌گیر ایجاب می‌کنند، در سطح بسیار نازلی قرار دارند. برای همین هم، فاجعهٔ کمبود کیت آزمایش با کمبود جدی تجهیزاتِ محافظتیِ اساسی برای خدمهٔ درمانی همراه شده است. پرستاران مبارز، همچون وجدان اجتماعیِ ملی ما، خطرات سهمگین ناشی از اندوخته‌های ناکافیِ تجهیزاتِ محافظتیِ مانند ماسک‌های N95 را به ما نشان می‌دهند. آن‌ها همچنین یادآور می‌شوند که بیمارستان‌ها به گلخانهٔ اَبرمیکروب‌های مقاوم در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها (مانند کلستریدیوم دیفیسِل^۱) بدل شده‌اند و ممکن است این اَبرمیکروب‌ها در بیمارستان‌های پرازدحام به عامل اصلیِ دیگری برای کشتار مردم تبدیل شوند.

یک بحران ناعادلانه

این همه‌گیری به سرعت شکاف طبقاتیِ قابل‌توجه در حوزهٔ خدمات درمانی در آمریکا را برملا کرد. کسانی که از طرح‌های سلامت مناسبی برخوردارند و می‌توانند از خانه کار کنند یا به تدریشان ادامه دهند، به شرط رعایت تدابیر ایمنیِ محتاطانه، به راحتی می‌توانند در قرنطینه بمانند. کارمندان دولتی و سایر کارگرانِ اتحادیه‌ای که پوشش بیمه‌ای دُرست درمانی دارند ناگزیرند میان درآمد و پوشش بیمه‌ای‌شان دست به انتخابی دشوار بزنند. در همین حال، میلیون‌ها کارگر خدماتیِ کم‌درآمد، کارگران کشاورزی، افراد بیکار و بی‌خانمان به امان خدا رها می‌شوند.

^۱ . C. diffical، نوعی باکتری که علت عفونت‌های روده‌ای بیمارستانی است.

همان‌طور که همه می‌دانیم، بیمه خدمات درمانی همگانی، به معنای واقعی کلمه، شامل مرخصی همراه با حقوق برای روزهای بیماری می‌شود. در حال حاضر، این حق از ۴۵ درصد نیروی کار دریغ شده و آن‌ها عملاً مجبورند یا بیماری را به دیگران انتقال بدهند یا این‌که گرسنه سر بر بالین بگذارند. به همین ترتیب، چهارده ایالت از تصویب لایحه حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه^۱ که کارگران فقیر را تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌دهد، امتناع کرده‌اند. به همین دلیل هم، برای نمونه، تقریباً از هر پنج نفر تگزاسی یک نفرشان فاقد بیمه خدمات درمانی است.

تناقضات مرگبار خدمات درمانی خصوصی‌شده در زمان گسترش بیماری‌های مهلک، بیش از هر کجا در صنعت سودمحور خانه‌های سالمندان مشهود است. در این مراکز از ۱/۵ میلیون آمریکایی کهنسال نگهداری می‌شود، سالمندانی که بیشترشان تحت پوشش طرح تأمین خدمات درمانی هستند. در این صنعت، فضایی به شدت رقابتی حاکم است و سرمایه‌اندوزی از قبل دستمزدهای پایین، کم کردن نیروهای خدماتی، و کاهش غیرقانونی هزینه‌ها محقق می‌شود. سالیانه ده‌ها هزار انسان جان خود را از دست می‌دهند، آن هم بر اثر این‌که مراکز نگهداری طولانی‌مدت از کهنسالان، از رویه‌های ابتدایی کنترل عفونت غفلت می‌ورزند، و یا بر اثر این‌که دولت از بازخواست مدیران در قبال آن‌چه فقط و فقط می‌توان آن را قتل عمد نامید، عاجز و ناتوان است. بسیاری از

^۱ Patient Protection and Affordable Care Act

این خانه‌ها می‌دانند که پرداخت جریمه بابت تخطی از قواعد بهداشتی، در مقایسه با استخدام کارمندان اضافی و آموزش مناسب آن‌ها، هزینه کمتری روی دستشان خواهد گذاشت.

تعجیبی ندارد که اولین مرکز انتقال جمعی بیماری، یک خانه سالمندان — با نام Life Care Centre — در حومه سیاتل، کرکلند^۱، بوده است. من با جیم استراب^۲ در این باره صحبت کرده‌ام، او یکی از دوستان قدیمی‌ام و از سازمان‌دهندگان اتحادیه خانه‌های سالمندان سیاتل است. استراب اوضاع را چنین شرح می‌دهد: از حیث امکانات، «یکی از بدترین‌ها به لحاظ کادر اجرایی در این ایالت»؛ کل نظام خانه‌های سالمندان واشنگتن «کم‌بودجه‌ترین [نهاد موجود] در کشور است — بهشت معنابخش‌ای که در آن، سالمندان مجبورند عذاب الیم برنامه‌های ریاضتی را به جان بخرند، آن هم در میانه دریایی از پول و تکنولوژی».

استراب خاطرنشان کرد که مقامات بهداشت عمومی، عامل بسیار مهمی را نادیده می‌گیرند که انتقال سریع بیماری از Life Care Centre به نه خانه سالمندان واقع شده در آن حوالی را توضیح می‌دهد: «کارگران خانه سالمندان، در جایی که بالاترین نرخ اجاره‌خانه در کل آمریکا را داراست، عموماً چندشغله‌اند و همزمان در چند خانه سالمندان مشغول به کار هستند.» او می‌گوید مقامات مسئول نتوانسته‌اند به اسامی و مکان‌های این

^۱ Kirkland
^۲ Jim Straub

مشاغلِ دوم پی ببرند و برای همین هم کنترل بر گسترش کووید ۱۹ از دستشان خارج شده است.

در سراسر کشور، تعداد بسیار بیشتری از خانه‌های سالمندان به کانونِ بحرانِ ویروس کرونا بدل خواهند شد. بسیاری از کارگرانِ این مراکز، به جای کار تحت چنین شرایطی، ترجیح خواهند داد در خانه بمانند و با پس‌اندازشان سر کنند. در این حالت، ممکن است این سیستم دچار فروپاشی شود — انتظار هم نباید داشت که گارد ملی لگن بیماران را خالی کند.

راه‌پیش‌رو

همه‌گیریِ فعلی با هر گامی که در مسیر مرگبارش پیش می‌رود، ضرورتِ بیمه‌های درمانیِ همگانی و مرخصیِ باحقوق را آشکارتر از قبل می‌کند. در حالی که در انتخابات پیش‌رو، یحتمل این جو بایدن است که به مصاف ترامپ خواهد رفت، اما، همان‌طور که برنی سندرز پیشنهاد کرده، نیروهای پیشرو باید با یکدیگر متحد شوند و پوشش خدمات درمانی برای همگان را عملی سازند. نمایندگانِ ترکیبیِ سندرز و وارن در ماه ژوئیه نقش خودشان را در کنوانسیون ملی دموکراتیک میلوکی^۱ ایفا خواهند کرد، اما باقیِ ما هم در خیابان‌ها نقشی به همان اندازه مهم بر عهده داریم، نقشی که از همین حالا شروع شده است: مبارزه علیه

^۱ Milwaukee Democratic National Convention. رویدادی که طی آن، نمایندگان حزب دموکراتیکِ ایالات متحده نامزد حزب را برای شرکت در انتخابات ریاست‌جمهوری ۲۰۲۰ ایالات متحده بر خواهند گزید.

اخراج‌ها و تعلیق‌ها، و نیز علیه آن دسته از کارفرمایانی که از جبران خسارت کارگرانِ مرخصی‌رفته امتناع می‌ورزند.

اما مطالبهٔ پوشش بیمه‌های درمانیِ همگانی و مطالبات مرتبط با آن فقط در حکم نخستین گام هستند. جای تأسف است که نه سندرز و نه وارن در مناظره‌های انتخاباتی‌شان به این نکته اشاره نکرده‌اند که لابی‌های قدرتمند داروسازی از بررسی و تولیدِ آنتی‌بیوتیک‌ها و آنتی‌ویروس‌های جدید سر باز می‌زنند. از هجده شرکت بزرگ داروسازی، پانزده شرکت کاملاً این حوزه را به امان خدا رها کرده‌اند. داروهای قلبی، آرامبخش‌های اعتیادآور، و درمان‌های مربوط به ناتوانی جنسی مردان هستند که مسیر و رویهٔ سودآوری را تعیین می‌کنند، نه مبارزه با عفونت‌های بیمارستانی، بیماری‌های نوظهور، و قاتلان گرمسیریِ قدیمی. برای ساختن واکسن جهانیِ آنفلوانزا — یعنی واکسنی که بخش‌های جهش‌نیافتهٔ پروتئین‌های سطح ویروس را هدف قرار دهد — ده‌ها سال وقت وجود داشته است، اما تولید این واکسن هیچ‌گاه به قدر کافی سودآور به نظر نرسیده و برای همین هم ساختش در اولویت قرار نگرفته است.

با عقب‌گردِ انقلابِ آنتی‌بیوتیکی، در کنار عفونت‌های جدید سروکلهٔ بیماری‌های قدیمی هم پیدا خواهد شد و بیمارستان‌ها به سردخانه تغییر کاربری خواهند داد. این روزها، حتا ترامپ هم با فرصت‌طلبی به هزینه‌های بی‌معنای نسخه‌های تجویز شده بدوبیراه می‌گوید، اما، ما به یک بینش جسورانه‌تر نیاز داریم که شکستن انحصارهای دارویی و تولید عمومیِ اقلام داروییِ حیاتی را مطالبه کند (این شرایط قبلاً هم حاکم بوده

است: طی جنگ جهانی دوم، جوناس سالک^۱ و محققانی دیگر، برای ساخت اولین واکسن آنفلوانزا به خدمت گرفته شدند). همان طور که پانزده سال پیش در کتابم، *هیولایی جلوی درب خانه — تهدید جهانی آنفلوانزای مرعی*^۲، نوشتم:

دسترسی به داروهای حیاتی، از جمله واکسن‌ها، آنتی‌بیوتیک‌ها، و آنتی‌ویروس‌ها، باید به یک حق انسانی بدل شود و همگان بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای به آن‌ها دسترسی داشته باشند. اگر بازارها نتوانند مشوق و محرکی برای تولید این قبیل داروهای ارزان‌قیمت دست‌وپا کنند، آنگاه خود دولت و شرکت‌های غیرانتفاعی باید مسئولیت تولید و توزیع آن‌ها را بر عهده بگیرند. بقای فقرا همیشه باید در قیاس با سوداندوزی لابی‌های قدرتمند داروسازی اولویت تام‌وتمام داشته باشد.

تالی منطقی همه‌گیری فعلی چنین است: به نظر، جهانی‌سازی سرمایه‌دارانه در حال حاضر و در غیاب زیرساخت‌های سلامت همگانی بین‌المللی راستین، از حیث بیولوژیکی به شدت کمیتش لنگ شده است. با این همه، تا زمانی که جنبش‌های مردمی، لابی‌های قدرتمند تولید دارو و سامانه خدمات درمانی سودمحور را از بین نبرند، خبری هم از برپایی چنین زیرساخت‌هایی نخواهد بود.

^۱ . Jonas Salk

^۲ . *The Monster at Our Door—The Global Threat of Avian Flu*

این امر مستلزم یک‌جور طرح سوسیالیستی مستقل برای بقای نوع بشر، یک‌جور نیودیل^۱ جدید و حتا فراتر از آن، است. بعد از اشغال، نیروهای پیشرو با موفقیت توانستند مبارزه برضد نابرابری درآمد و ثروت را در رأس امور قرار دهند، و این خود دستاورد بزرگی بود. اما حالا نوبت سوسیالیست‌هاست که گام بعدی را بردارند و با انگشت‌گذاشتن بر صنایع داروسازی و خدمات درمانی به‌عنوان اهدافِ بلافصلشان، از مالکیت اجتماعی و دموکراتیک‌سازیِ قدرتِ اقتصادی دفاع کنند.

مضاف بر این، باید ارزیابی صادقانه‌ای هم از ضعف‌های سیاسی و اخلاقی‌مان داشته باشیم. درست است که گرایش به چپِ نسلِ جدید و بازگشت کلمه «سوسیالیسم» به گفتمان سیاسی جای بسی خوشحالی دارد، اما، در این جنبشِ مرفقی یک عنصر نگران‌کننده هم به چشم می‌خورد که با ناسیونالیسم جدید متقارن شده است: خودمداری ملی^۲. ما فقط از طبقه کارگر آمریکا و تاریخ رادیکال آمریکا سخن می‌گوییم (شاید فراموش کرده‌ایم که یوجین وی. دبز^۳ تا مغز استخوانش یک انترناسیونالیست بود).

۱. New Deal، برنامه اقتصادی و اجتماعی فرانکلین روزولت، رئیس‌جمهور ایالات متحده آمریکا، بعد از رکود بزرگ ۱۹۲۹. نیودیل دخالت دولت در اقتصاد برای خروج از بحران سرمایه‌داری و دمیدن جان تازه به زیرساخت‌های آن را در دستور کار داشت.

۲. national solipsism.

۳. Eugene V. Debs (۱۸۵۵-۱۹۲۶)، رهبر سندیکایی آمریکایی، از اعضای مؤسس کارگران صنعتی جهان، و کاندید ریاست‌جمهوری حزب سوسیالیست آمریکا برای پنج دوره.

در مواجهه با همه‌گیری فعلی، سوسیالیست‌ها باید از هر فرصتی برای یادآوریِ ضرورتِ همبستگیِ بین‌المللی استفاده کنند. مشخصاً، ما باید رفقای پیشرویمان و اندیشه‌های سیاسیِ آن‌ها را تحریک کنیم تا گسترش هر چه بیشتر تولید کیت‌های آزمایشی، تجهیزات محافظتی، و داروهای حیاتی، برای توزیع رایگان آن‌ها میان کشورهای فقیر را مطالبه کنند. وظیفه‌ماست که تضمین کنیم خدمات درمانیِ باکیفیت و همگانی، نه فقط به سیاست بومی، بلکه به سیاست خارجی ما نیز مبدل خواهد شد.