

#5 / 2020 MAIATZA

artelka



COVID-19,
erorialdia bizkortuz

GEDAR

arteka

arteka

AURKIBIDEA



ILUSIO POLITIKOAREN GAINBEHERA	
Editoriala	6
OSASUN-POLITIKA SOZIALISTA BATI EKARPENA	
Kolitzaren kolaborazioa	8
KRISIA	
Martin Goitiandia, koiuntura analisisa.....	24

AURKIBIDEA



SISTEMA PANDEMIA

Erreportajea 28

COVID-19AREN MUINETIK BIZI DUGUN

EGOERA POLITIKOAREN ANALISIRA

Ander Goiatxe eta Unai Seguiolaren kolaborazioa 54

Ilusio politikoaren gainbehera



A sko esan da COVID-19ari buruz. Mugimendu sozialistatik ere bai. Ez dugu uste, hala ere, gaia agortuta dagoenik. Ezta dena esanda dagoenik ere. Zantzu guztien arabera, klaseen arteko borrokaren eremua mugatzen hasi besterik ez da egin, baita pandemiari dagokionez ere, eta ahalegin nekaezina, konstantzia eta lan ikaragarria beharko dira klase etsaiari aurre egiteko, antolatuta dagoen eremu orotan, nola behar sozialek eta borroka politikoak eskatzen duten tokian. Eremu bakarra ere zoriari utzi gabe, eta aldarrikapen humanista despolitizatzaile faltsuek edota arrazoimen sozial burgesaren politizatzaileak direnek engainatzen utzi gabe. Faltsukeriaren bagoira igo gabe eta atoitik tiratu gabe, zeinetara ahots «kritiko» horiek guztiak igo diren, burgesiaren usta eskuan dutela, bultzarazi egin nahi duten proletalgoaren gorputz biluziak markatzeko prest.

Egiaztatu eta frogatu da, berezkioa eta giza ekin-tzarekiko independentea den errealtate bat irudikatu nahi duen ilusio zientifikoaren atzean, bada-goela eraikitako errealtate bat, eta haren atzean klase-politika bat ezkututzen dela. «Langile klasearen» ordezkari instituzionalek atzerapauso bat egin dute estatura edo haren babesera bueltatu dira, eta hori, hein handi batean, errealtate independente horretan oinarrituta dago, zeinetara itxuraz ezin den heldu, eta zeinaren aurrean etsia hartu besterik ezin den egin. Horrelakoak izan dira osasun-krisia ofizialki hasi zenetik eman diren lehen urratsak, itun nazionalak aldarrikatuz, klaseen arteko ituna ezkututzen duen eufemismoa, «baldintza sozialez ulertzen ez duen» pandemia kudeatzeko. Eta ulertu duenean *-onartzea beste erremediarik izan ez dutelako, soilik analisirako eta haien interes politiko estuek azpiratuta izan arren, hau da, kapitalaren ordezkarien jarraibideekiko mendekotasuna ezkutatzeko-*, estatistikak zioena berresteko eta ziurtatzeko

baino ez da izan, berriz ere adiskidetze-politika justifikatzeko, hori bai, erradikalismo faltsuz jositako, estatu-nomenklatura bestelako baten erreibindikazio-bandera altxatuz eta, ustez, behar handienak dituztenei laguntzea helburutzat hartuz.

Gai teknikoez harago (ez daitezela politika lausotzeko bitartekoa izan), pandemiak ezagunak diren interes zaharrak utzi ditu agerian, kapitalaren politika kudeatzailearen eragile ezberdinak, batasunaren aldeko eta pandemia interes politikoetarako erabiltzearen aurkako aldarrikapen faltsuekin, hori ezkututzen saiatu diren arren. Ez al da, ordea, politikaren ukazio hori, politikatik kanpo ezer ez dagoela erakusten duen ebidentziarik argiena? Eta kudeaketa instituzional bateratuaren aldeko aldarrikapena, zeinaren azpian ezkututzen den ukazio hori, ez al da subjektu burgesaren berriraketa-proiektua, hau da, haren kontraesanen azaleko ezeztapena oinarri duen berregituraketa positiboaren estrategia?

Ez da ezer aldatzen administrazio kapitalistaren fosil politiko ezberdinetan. Absurdoak eta anakronikoak diren subiranotasun eskarietatik hasita *-subiranotasuna norentzat?*-, zeinetan agerian geratzen diren politika burgesaren egia, haren abstrakzioa eta irrealtasuna, haren zentzugabekeria historikoa, subiranotasun horrek egoera indar are erreakzionarioagoak kudeatzea dakarrenean; estatalizazio handiagoaren aldeko eskaeretaraino, hau da, kapitalaren esku-hartze burokratiko handiagoa, bere egitura administratiboa eta botere politikoa baliatuta, publikazio eraginkorra, erreproduktzio kapitalistaren adar zehatzen estatu-gestio burges gisara ulertuta, publikazio politika beraren muga modura aurkezten den egoera batean. Muga hori barnekoa da, eta ez kanpokoa, administratzaile politikoena, sozialdemokraziak nahiko lukeen bezala. Sistema kapitalista osoaren erreproduktzio-baldintzek zehazten dute muga, eta haren hedadura gainbalioaren ekoizpenak ahalbidetzen duen punturaino iristen da. Kapitalaren eremu publikoaren eta pribatuaren arteko beharrezko proportzioa gainditzen bada, lehenengoaren mesedetan, bere erreproduktzioaren baldintzak ezabatzen dira *-osotasun printzipioa-*, horiek ekoizpen kapitalistaren eremu pribatuan aurkitzen baitira. Hori da erreformistek aurkaratzen duten muga gaindiezina, porrot ziur bati aurre egin behar dionaren konfiantzarekin. Horri irabazi kapitalistaren ekoizpen txikiagotua gehitzen badiogu, are gehiago sakontzen da sistemaren suntsipen espontaneoan eta kontrolik gabekoan, etorkizun sozialistara apur bat ere hurbiltzen ez gaituen suntsiketa. Kontrara, aparatu tekniko-erre-

produktibo kapitalista osoaren suntsipenarekin batera, haren aukera-baldintzak ahultzen ditu.

«Zenbat eta okerrago orduan eta hobeto» printzipio ezaguna, baina forma askoz ere beldurgarriagoan: langileriaren pobrezia erlatibo eta absolutu jarraia sistema kapitalistaren *sine qua non* baldintza baldin bada, bere existentziaren baldintza normalizatua da, miseriarako joera horretan ez duena automatikoki inolako kontzientzia iraultzailerik sortzen, kapitalaren suntsiketak, edo burges klasearen «zenbat eta okerrago» horrek, aldiz, atzera bueltarik ez duen puntura darama, eta suntsitu egiten ditu proletalgoaren eta humanitatearen bizitza biologikoaren baldintzak eta joera horri aurre egiteko aukera guztiak. Diferentzia garrantzitsua da; izan ere, langile klasearen pobrezia funtzionamendu onaren seinale den bezala, bere heriotza, bere deuseztapena, sistema osoaren erorketaren frogarik gordinena da. Proletalgoaren eginbeharra da suntsipen hori saihestea, partzialki eta etengabe gertatzen dena, baina krisi ekonomikoaren garaian are gehiago larriagotzen dena, noraino eta martxa kapitalistaren prozesu kontraesankor gisa ia ez erreproduzitzeraino.

Ezker-sozialdemokraziaren plan historikoa, neurri batean onartua, neurri batean inkontzientea eta ezkutukoa, sistema kapitalista mugara eramatean datza, hura gainditzeko planik eta estrategiarik izan gabe. Ekoizpen-baldintzen balorizazio eta kapitalizazioari eremua murrizteak baldintza horiek erabilezin bihurtzea eta erabat suntsitzea dakar, milioika giza bizitza suntsitzearekin batera. Hau da politika erreformista orok dakarren irtenbiderik gabeko amaiera. Lehenik eta behin, langile klasea *corpus* politiko propiorik gabeko klase ekonomiko huts gisa identifikatzean, politika oro erreforma helburu duen administrazio kapitalistara kondentatzen dutelako, etengabeko tira-bira batera, non azken garaipena irabazi kapitalistaren muga subjektibo eta moral gisa marrazten den. «Bizitzak kapitalaren aurretik» esaten diote, edo «erabile-ra-balioa, truke-balioaren gainetik», baina ez dute inola ere planteatzen, bi poloen arteko oreka berri bat beharrean, polo horien kontraesanaren funtsa den horren abolizioa. Bigarrenik, erreproduktzio kapitalistaren baldintza objektiboez inkontziente, irabazia mugatzea ez delako soilik burgesiaren aurkako helburu politiko gisa egiten, baizik eta, gainera, gizartea egituratzeko sasi-plan bati erantzuten dio, aipatutako oreka berria, ezinbestean emaitza berdineraren eramatzen duena.

Ohitura denez, burgesiaren faktzio ezberdinen ibilbide-orrietan ez dago inolako alderik; kontzep-

tu eta kategoria berdinak, lelo eta antzukeria zahar berdinak gertakizunen aurreko ezintasuna ezkutatze eta, ahal dela, ezintasunaren beraren azaleratzea atzeratzeko.

Fikzio-politikak, etorkizun zalantzarik eta zehaztugabe batera jotzeak, administrazio kapitalistan, hitzontzikeriaz harago *-eta hala ez balitz, erabateko zuhurtziagabekeria litzateke-*, alternatiba izaten jarraitzen du kudeaketa-postuak betetzeko asmorik ez duenarentzat. Baliabide bat ere bada postu horiek bete arren betetzen ez dituztenaren plantak egiten dituztenentzat. Ez da kasualitatea estatu baten izenean hitz egiten dutenak nola estatu horren ustezko falta dela-eta hitz egiten dutenak bat etortzea esatean subiranotasun handiagoa behar dela pandemiari *-edo bestelako arazo sozial bati-* modu eraginkorrean aurre egiteko. Abstrakziora jotzeko baliabide hori, ganoragabeko bultzada kolektibo gisa ulertutako subiranotasunera, etorkizun zalantzarik egindako deia da, zeinaren bidez oraina, milioika gizakiren bizitzak, gobernatzen baitituzten, eta beren intereserako tresna huts iza-tera kondenatu.

Komunistok badakigu, eta defendatzen dugu, subiranotasuna ez dela erreforma utopikoak egiteko bitarteko abstraktu bat, ezta sistema kapitalistak, eta ez estatu-nomenklatura partikular batek, ezartzen dizkigun mugek eragindako aldarri espontaneo, indargabe eta ia iragarri bat ere; langile boterea eraikitzeke neurri eraginkorren emaitza objektibo eta erreala baizik. Hori dela-eta, burgesiaren sortutako ilusio politikoari aurre egin behar diogu, gertaeren aurreko inpotentzia erreala den ilusio politikoa, non estatu-politikak gauzatzeko subiranotasunik eza, sistema kapitalistaren muga objektibo bat besterik ez dena, kudeatzaile instituzional baten edo bestearen borondate subjektiboaren muga gisa islatzen den, eta ez gainditze osora deitzen duen egiturazko baldintza gisa. Burgesiaren fikzio-politikaren aurrean, hura gainditzera deitzen duen muga historikoaren emaitza dena, beharrezkoa da proletalgora bere klase-existentzia objektiboan kondentsatzen duen egiazkotasun historikoa berreskuratzea. /



Osasun- politika sozialista bati ekarpena

KOLABORAZIOA

Kolitza



COVID-19aren ondoriozko osasun-krisi globalak, SARS-CoV-2 koronabirus berriak eragin duena, agerian utzi du mundu mailako gizarte burgesa, eta oinarrian duen ekonomia kapitalista, ez daudela presatuta osasun-arazo zabal, global eta berriei aurre egiteko, pandemia honen kasuan bezala.

Gaixotasunaren hasierako eraginak dagoeneko gainezkatu du osasun-sistemen sarea, medikuntzaren eta osasunaren antolakuntza burgesa, aste gutxian eta herrialde aurreratu gehienetan, eta agerian utzi du osasunaren merkatu pribatuak, farmazeutiken merkatuak eta estatuaren esku-hartzeak (eta osasun publikoaren sistemak) ez dutela gaitasunik giza jardueraren esparru garrantzitsu honetan zuzendaritza-organo gisa eraginkorrak izateko. Horiek in batera, eredu kapitalista eta errentagarritasun ekonomikoan oinarritutako eredu bera da, baita arlo honetan ere (osasun-arloan), historikoki zaharrituta, iraungita, biztanleriari benetako aurrerapen teknikoaren potentzia osoa emateko ezgai agertu dena. Duela hilabete batzuk ezinezkoa zirudiena gertatu da: birus soil batek ordena sozial burgesa zatikatu du, eta osasun-sistema kapitalista eta, harago, ekoizpen-sektore gehienak estutasunean jarri ditu, aste batzuen buruan lortu du, gainera.

Testuinguru horretan, osasun burgesaren egitura osoak metabolismo sozialaren esparru horren antolakuntza printzipio sozial gisa gainezka egin izanaren ebidentzia, une egokia izan zitekeen oinarrian den klase arazoa eta haren erro ekonomiko soziala sozializatzeko eta politizatzeko. Hala ere, 'ezkerreko' alderdi eta talde askok, goian aipatutako hiru elementuetatik, osasunaren merkatu pribatua (edo osasun pribatua), eta funtsezko faktore gisa estatuko osasun-sisteman (publikoa) inbertsiorik ez egitea, aipatu dute soilik, soluzio gisa estatu-kontrol burgesaren menpeko osasun publikoa zabaltzea aldarrikatuz. Beste era batera esanda, talde horientzat soluzioa

izango litzateke osasunaren kudeaketa burgesaren espektro osora zabaltzea estatu-eredua, kudeaketa pribatuaren kaltetan. Hau da: burgesiaren agente kolektiboa, estatua, osasungintzaren agintean jartzea, burgesiaren eragile partikularren orde, sektoreko enpresak kasu. Farmazeutikak, bestalde, ez dira inola ere zalantzan jarri pandemiaren testuinguruan. Aitzitik, burtsan zituzten kotizazioak halabeharrez gora egiten ikusi dituzte. Hau da, sendagaien ekoizpenaren, sendabideen ikerketaren, medikuntzako estandarren prestakuntzaren eta abarren kudeaketa farmazeutikaren esku uzteak ez dirudi zerikusirik duenik, adibidez, pandemiari aurre egiteko bitarteko handiagorik edo berehalako ekintza-gaitasun handiagorik ez izatearekin, prebentzio-mailan (aurrez diseinutako ekintza-plana, NBE, etab.), zein immunizazio-mailan (maila unibertsaleko txertoen garapena, etab.). Ezker erreformistak ere ez ditu burgesiaren erakunde sanitario ustelak seinalatu, OME bera bezala, baizik eta autoritate argudio modura darabilte etengabe, estatuaren aurrean egin beharko litzatekeena esaten digun organismo modura, OME eta estatuak alde berean daudela ulertu gabe: estatu kapitalistak, antikomunistak eta antiproletarioak berberak direla OME finantzatzaren dutenak. Zehazki, Estatu Batuek, Alemania edo Erresuma Batua, Gates familia bezalako farmazeutika eta inbertitzaile boteretsuekin batera, noraezean dabilen egungo ezkerrek autoritate argudio gisara hainbestetan erabiltzen duen OMEn finantza-baliatzaileak dira. Era berean, ezkerreko talde aurrerakoi horiek ez dute seinalatzen mediku guztiak beste eremu batzuetan ekoiztutako gainbalioaren bidez ordaintzen den soldata baten truke lanera joaten direnik (kontraesanean ere erori dira estatuen osasun-sistema publikoa hedatzea aldarrikatu dutenean, arrazoi osoz testuinguru honetan jarduera hori «beharrezko» gisara kalifikatuz; aldi berean, industriaren, merkataritzaren eta abarren ekoizpen-jarduera geldiaraztea

Ez dago 'funtsezkoa ez den' ekoizpena gelditzeko aukerarik, ekoizpena bera baita funtsezkoena

aldarrikatu duten bitartean, jarduera hori 'ez funtsezkoa' dela babestuz, jarduera hori oinarri ekonomikoa denean medikuen soldatak, osasun-gastuak eta abar mantentzeko estatu kapitalistak jaulkitzen duen zorra finantzatzeko. Hitz batean, ezkerrek hainbeste defendatzen duen osasungintza-eredu publikoa, baina bere ustiapen-oinarriak hainbeste gorrotatzen dituen, osasungintzaren eremuaren sozializazioa zuzenean defendatu beharrean. Izan ere, ikuspegi erreformista aktiboki eta pasiboki tematzen da sistema burgesa osotasun interdependentea dela ez ikusten, eta ezin dela egun osoa ona eskatzen eta txarra kentzen egon, hori sozialismo utopiko hutsa dela eta jada duela 200 urte moztorra kendu zitzaioela. Osotasun sozialaren forma historikoa aldatzeko iraultzari, boterea lortzeko borroka estrategiari, burgesiaren estatu-aparatuak suntsitzeko eta proletarioaren diktadura iraultzailearen eratzeko strategiari uko egiten badiotzu, erabat kondenatuta zaude balorizazioaren logika sozialaren arrabola zapaltzailerak, gaur egun fase suntsitzaillean dagoena.

Estatu-eredu burgesean, jarduera ekonomiko guztiak, osasunetik automobilgintzaraino, erabat soldatuta eta elkarri lotuta daude balioaren eta metaketaren legearen bidez. Gizarte burgesean, baliabide tekniko asko me-



Osasun-sistema burges global konplexuak osasungintzaren kudeaketa pribatua eta publikoa barne biltzen ditu osagarri gisa

Zer esan nahi du osasun publikoan gastua eta bolumena handitzeko eskaerak, klase ertaina suntsitzeko kapital finantzarioaren ofentsiba ekonomikoaren unean? Ba, besterik gabe (bortizki esango dut), garaiko politika kapitalistara makurtzea inplikatzeko du

tatu badira ere, ez dago garapen historikoaren mailaren potentzial tekniko guztia askatzeko aukerarik, eta, jakina, ez dago 'funtsezkoa ez den' ekoizpena gelditzeko aukerarik, ekoizpena bera baita funtsezkoena. Produkzioari gabe hondamendia gertatzen da. Funtsezkoa dena gabe, gainbaliorik gabe, ez dabil ezer, gizarte honetako bizitzari eusten dioten printzipio guztiak erortzen dira: osasungintza, soldata, etxebizitzak eskubidea, elikagaien hornidura, bankuko aurrezkiak, bake inperialista zauritua, etab.

Arazoaren planteamendu aurretikoia, oraingoz langile klasearen barruan hegemonikoa dena, beraz, oso eskasa da praktikan, eta erabat faltsua teoriarik. Bai egungo gizarte ekonomiko burgesaren barne-loturak ulertzeko, bai planteatzeko dituen arazoei balizko soluzioak emateko, uneko gobernuaren (espainiar estatuaren kasuan, VOX bezalako alderdi bat izan liteke hurrengo legealdian) agindu zuzenen menpeko estatuaren osasun publikoa aldarrikatzeak ez du ezer konpontzen. Konpondu nahi badugu, eta ez naiz ari osasun-arazo global larriez (minbizia, hiesa, diabetesa, tuberkulosia, adizioak, laneko erailketak, gaixotasun mentalak, kutsadura masiboa...), arazo puntuala izan den pandemia honetan ospitaleek gainezka egitea bezalako arazoez baizik, hurrengoan errepikatuko ez dadin, osasun pribatua kenduz eta publikoa/estatuarena indartuz egin nahi badugu, akats nabarmenean erortzen ari gara. Inori ez zaio gustatzen aberatsek pribilegioak izatea, baina ez dezagun ahaztu ospitale publikoetan hiltzen dela jendea korridoreetan etzanda. Gezurra da osasun publikoan inbertsio handiagoa egiteak arazoa konpontzen duela. Ikus dezagun:

Labur esanda, osasun sistema burges global konplexuak osasungintzaren kudeaketa pribatua eta publikoa barne biltzen ditu osagarri gisa. Kudeaketa pribatuko osasun-zerbitzuek, mediku-aseguruek eta abarrek, gaur egun, osasun-arretaren bereizketari erantzuten diote. Alde batetik, burgesia eta

langile klaseko goi-mailako geruzak egongo lirateke, errenta-mailaren arabera arretaren kalitate eta azkartasun handiagoa lor dezaketenak; eta bestetik, proletalgoa eta langile aristokraziaren behe geruzak egongo lirateke, pobreentzako osasungintza dutenak (publikoa/estatala), brotxa lodiz funtzionatzen duena, gaitz arin gehienak eta larri batzuk tratatu gabe utzita. Bi ereduak beren jardueren zati bat enpresa pribatuei (garbiketara, ostalaritzara, telebista, etab.) kanporatzen diete.

Zer esan nahi du osasun publikoan gastua eta bolumena handitzeko eskaerak, klase ertaina suntsitzeko kapital finantzarioaren ofentsiba ekonomikoaren unean? Ba, besterik gabe (bortizki esango dut), garaiko politika kapitalistara makurtzea inplikatzeko du. Finantza-elite globalak, dirua malgutzeko, billeteak inprimatzeko eta beren artean mailegatzeko programekin, zaharkituta utzi du zerga-ordainketa bidezko estatuaren finantzaketa-ereduak: eta egoera horretan, klase ertainak bere zentzu ekonomikoa galtzen du, estatuen zerga-oinarria izatea baitzen zentzu hori (zentzu politikoa galdu egin zuen proletalgoaren prozesu iraultzaile kontzientearen mehatxua desagertu zenean). Beraz, finantza-ingeniaritzak oldarkorren bidezko klase ertainen suntsipen globalaren prozesua bizi dugu, alderdi erreformista ia guztien aurrean oharkabea pasatzen dena, eta zeinaren aurka sindikatuek ezin duten deus egin (oinarria baititu soldata erlatiboaren diferentziala, iraultza teknologikoa eta berehalako ekoizpen-prozesuko lanarekiko gobernuaren banantzea. Hau agian etorkizuneko beste testu batean landuko dut). Izan ere, klase ertainaren fakzio guztiak aurkako Kapital Finantzarioaren aurrekaririk gabeko erasoaldi betean, logikoa da klase ertainaren oinarrietako bat beheara etortzea, hala nola pribilegioak dituen klase ertain zabal bat mantentzeko estatuak osasun pribatuari edo itunpeko hezkuntzari emandako laguntzak. Berez, pobreentzako osasun publiko zabalago baten aldarrikapena,

Osasun-sistema burges osoaren (estatuarena eta pribatua barne hartzen dituen) aurkako klaseen arteko borrokan, osasun-sistema sozialista edo sozializatua eraikitzearen aldeko apustu gisa, proletalgoaren interesentzat alternatiba erreal bakar gisa bultzatu behar duguna. Hau da: burgesiaren kontrolpean dagoen eta Kapitalen metaketa-beharrek zuzentzen duten osasun-sistema, edo proletalgoaren kontrol demokratikoaren mende dagoen osasun-sistema, Unibertsala, doakoa eta kalitate gorenekoa, edo munduko biztanleria osoarentzat garapen tekniko-zientifikoaren mailaren arabera ahalik eta bizi-kalitaterik onena sortzeko helburua duena

osasun publikoan gastu handiagoa egitearen aldekoa, ikusi nahi ez bada ere, Kapitala, bere forma finantzario eguneratuenean, jada aldarrikatzen ari den merkatzea eta kalitatearen okertzea da: osasun pribatua aberatsenentzat bakarrik. Ziurrenik, proletarizazio testuinguru honetan, osasun publikoaren hornidura orokorra handituko da, baina artatu behar dituen pertsonak esponentzialki handituko direlako; izan ere, gero eta pertsona gutxiagok izan dezake mediku-aseguru bat, mutua bat etab. soldataren modalitate guztietan emandako murrizketarekin, berez, Kapitalarentzat aurrezpena denarekin. Bada, bai, orokorrean baliabide gehiago egongo dira osasun publikorako, baina per capita baliabide gutxiago egongo dira, hau da: kolapso handiagoa eta zerbitzu okerragoa. Leporaino zorpeturik eta produktibitate gutxirekin dauden estatuetan ez dago ihesbiderik Iraultza Sozialista eta Ekoizpen osoaren Antolakuntza Sozializatua baino, osasungintzarena barne.

Zenbat eta proletalgo gehiago, orduan eta osasun publiko handiagoa eta osasun pribatuaren erabilera txikiagoa izatea logikoa da. Kuantitatiboki, inbertsio handiagoa egiten da osasun publikoan; izan ere, kuantitatiboki handiagoa den proletalgoa dago, eta hori estatuaren kontura doa, jakina, hau da, zorraren ordainketaren mekanismoaren bidez hurrengo belaunaldi proletarioen bizkar erortzen den zorraren kontura.

Osasun-zerbitzuaren kalitatea bermatzen duena ez da haren publikotasuna/estataltasuna, baizik eta helburuak, edukia, azken finean: nork agintzen duen eta nork erantzuten dion oinarritzko auzien mailari, jarduera ekonomikoaren arlo guztietan bezala. Eta osasun publikoa pobreentzako osasuna da, oso kalitate baxukoa, bankarien eta enpresaburuen estatuaren eta haien alderdi estruktural ustelen bidez kapitalaren kontrol eta gobernuaren menpe dagoena.

Testu honetan osasun-arloko opo-

sizioa eta klaseen arteko borroka planteatzea defendatzen dut, ez pobreentzako osasungintzan inbertsioa handitzearen (publikoa, estatuak kudeatua, sendagaiak, ikerketa eta merkatu baliabideak dituen) eta aberatsentzako eta klase ertainentzako osasungintzan inbertsioa murriztearen aldeko apustu gisa (kudeaketa pribatukoa eta ordainketakoa edo koordainketakoa); baizik eta osasun-sistema burges osoaren (estatuarena eta pribatua barne hartzen dituen) aurkako klaseen arteko borrokan, osasun-sistema sozialista edo sozializatua eraikitzearen aldeko apustu gisa, proletalgoaren interesentzat alternatiba erreal bakar gisa bultzatu behar duguna. Hau da: burgesiaren kontrolpean dagoen eta Kapitalen metaketa-beharrek zuzentzen duten osasun-sistema, edo proletalgoaren kontrol demokratikoaren mende dagoen osasun-sistema, Unibertsala, doakoa eta kalitate gorenekoa, edo munduko biztanleria osoarentzat ga-



Goi-burgesiaren kontrol zuzenaren eta gobernuaren mende egotean datza, bereziki oligarkia finantzarioaren kontrolpean, bai osasunaren kudeaketa pribatuko enpresetan, bai estatuaren bidezko osasun publikoan; beste zerbitzu batzuk kanpora ateratzen dituzten enpresa guztietatik (garbiketa, ostalaritza eta ospitaleetako zerbitzuak) eta osasun-osagarrien ekoizpenetik (farmazeutikak, aparatu teknikoak, etab.) pasatuta. Eta ez hori bakarrik: osasun erakunde global ia guztiak propaganda eta kontrol biopolitiko kapitalistaren erakunde ustelak dira

rapen tekniko-zientifikoaren mailaren araberako ahalik eta bizi-kalitaterik onena sortzeko helburua duena.

Horretarako, testuak osasun-sistema kapitalistaren ezaugarri esanguratsuenak aztertzen ditu, ondo identifikatu ahal izateko zeintzuk diren konfinamendu handi honek eta segurtasun osoz 2020ko udatik aurrera, mundua ofizialki atzeraldian sartzen denean, sortuko den krisi ekonomiko global honek irekitzen duten klase borrokaren aldian kolpatu eta desprestigiatu behar diren nukleo problematikoak.

1. OSASUN-ESPASIO

KAPITALISTA GLOBALAREN EZAUGARRITZE OROKORRA

Lan, ezagutza eta baliabide teknikoak barne hartzen dituen jarduera gisa, eremu sanitario burges global osoaren funtsezko ezaugarri politikoa goi-burgesiaren kontrol zuzenaren eta gobernuaren mende egotean datza, bereziki oligarkia finantzarioaren kontrolpean, bai osasunaren kudeaketa pribatuko enpresetan, bai estatuaren bidezko osasun publikoan; beste zerbitzu batzuk kanpora ateratzen dituzten enpresa guztietatik (garbiketa, ostalaritza eta ospitaleetako zerbitzuak) eta osasun-osagarrien ekoizpenetik (farmazeutikak, aparatu teknikoak, etab.) pasatuta. Eta ez hori bakarrik: osasun erakunde global ia guztiak propaganda eta kontrol biopolitiko kapitalistaren erakunde ustelak dira. Burgesiari munduko biztanleriaren osasuna sortzen duen lan-prozesu guztiaren kontrola kentzea ezinbestekoa da; bestela, osasun-sistemak biztanleriaren zati baten interesen alde egiten jarraituko du, eta ez gizateria osoaren interesen alde.

Burgesiaren gobernupean dagoen bitartean, osasun-erakunde bakoitzaren helburuak, esku hartzeko, tratatzeko eta diagnostikatzeko metodoak, patologien sailkapena, etab. klase menderatzailearen beharrek erabakiko dituzte azken batean. Klase menderatzaileari bideratutako zentro pribatuetan, ongizatearen ekoizpena izango da





nagusi, irabaziaren osagai sozialaren gastuaren parte gisa; herritar gehienentzako osasun-zentroetan, berriz, lan-indarraren erreprodukzioa izango da nagusi, zeharkako soldataren osagai sozial gisa, eta negozio pribatua egitea, gainbalioa ekoizten duen produkzio-jarduera gisa, ongizate kolektiboaren ekoizpena inola ere garrantzitsua ez delarik, gastu ez-produktiboa baizik, eta ondorioz, gertatuko ez dena. Horrez gain, munduko biztanleriaren zati handi batek, produktiboa ez denez, osasun-laguntza txikienik gabe jarraituko du, hala nola Hego Globaleko estatu anitzetan, Afrikan, Latinoamerikan eta Asia-Ozeano Barean.

Bestalde, burgesiak diskurtso medikoa, zientzia biologikoak eta arlo horretako egiaren ordena ere menderatzen ditu, bai medikuntzan zuzentzat eta okertzat jotzen denari dagokionez, nola ikertu edo ikertu ezin denari dagokionez (ikus, adibidez, OMEk industria nuklearreko hondakinek osasun globalean duten eraginari buruzko ikerketa-artikuluak argitaratzeko ezarritako debekua), ikerketarako inbertsioak bere interesen arabera lehenetsiz, eta ez biztanleria orokorraren interesen ara-

Burgesiak diskurtso medikoa, zientzia biologikoak eta arlo horretako egiaren ordena ere menderatzen ditu

bera, gainera, une oro, erabaki politikoak inposatzeko agintaritza tekniko gisa erabat esku hartutako diskurtso medikoa erabiliz (horren adibide garbia dugu salbuespen egoera eta etxe-ko atxiloketa globalak inposatzea, OME bezalako erakunde kapitalisten edo, orokorrean, Kapital Finantzarioaren eta, partikulariki, Farmazeutika eta osasungintzako multinazionalen kontrol mafiosoaren mende dauden osasun-ministerioen osasun-gomendioei jarraituz. Hau da, kapitala bera ere, hein batean, osasun-eremu globalaren ikerkuntza-teknikaren hobekuntzarako potentziala blokeatzen ari da, zuzenean ez baita errentagarria ekonomiar dagokionez.

Azken batean, finantza-elite global boteretsuak eta bere erdi-mailako enpresa-koadroek diskurtso eta praktika mediko guztiak kontrolatzen dituzte, jarduera eremu guztietan, beren intereserako. Munduko osasun-esparrua burgesiaren jabetza da. Ekoizpen-botere mediko horren zati bat bere ongizaterako erabiltzen du, beste zati bat irabaziak sortzeko sektore gisa (espainiar estatuan osasuna BPGren ehuneko 13 da), eta beste zati bat albaitaritza-zerbitzuaren antzeko zerbitzetarako, bere ganadu berezia bizirik mantentzeko: proletalgoa.

Formazio sozial burgesean bizitza produzitzeak eta erreproduzitzeak berebiziko garrantzia du balioaren metaketa prozesua elikatzeko. Balorizazioak prozesuan lan-indarra kontsumituz funtzionatzen du, eta, beraz, beharrezkoa zaio, alde batetik, lan-indarra ezgaitzea eta gastu inproduktibo bilakatu dezaketen istripu, gaixotasun, etabarren aurrean operatibo mantentzea: bestalde, kontrol biopolitikoaren menpe mantendu eta jaiotzatik formatu behar du lan-indar berria; horregatik, bizitza berria sortzeko prozesua ere kontrolatzen du, eta kontu handia jartzen du horretan. Gainera, metatze-sektore propioa osatzen du, kontsumorako osasun-produktuak eskaintzen dituen industria pribatu oso bat dagoen neurrian, farmazeutiketarik





hasita eta ordainpeko mediku-laguntza orotaraino.

Osasun-sistema globalak lan-indarra formatzen eta sortzen du, betiere Kapitalaren metaketa ziklo bakoitzaren premiei erantzunez, eta, beraz, bizitza eta heriotza banatzerakoan, edo tratatu beharreko patologia eta aplikatu beharreko tratamenduak banatzerakoan, irizpide desberdinei erantzunez, egoera bakoitzean Kapitalak dituen beharren arabera. Orain dela gutxi arte pentsiodun gehienak, haien pentsioak familia askoren laguntza-gune izanik ordena mantentzeko funtzioak betetzeagatik, pentsio funtsak Kapital finantzarioaren maniobretarako arrisku-Kapitalaren gordailu bat izateagatik, eta zenbait industrian, hala nola turismoan edo komertzioan, kontsumo-talde sozial bat izateagatik, bizitza artifizialean mantentzen zituen osasun-sistema horrek berak hiltzen uzten ditu orain, ziklo aldaketa berrian jada ez direlako baliagarriak izango, ezta kapitala gauzatzeko, kontsumoaren esparrurako, ere.

2. OSASUN PUBLIKO/ESTATATAL BURGESAREN EZAUGARRI PARTIKULAR BATZUK

Osasun-esparru burgesaren engranajea ulertu nahi badugu, argi izan behar dugu zeri egin behar diogun aurre, non dauden bere ahulguneak, non ditugun propaganda, antolaketa eta borroka-fokuak, prozesu taktikoan hurrenez hurren, hurrengo hamarkadetan borroka egiteko. Ekarpen gisa baliagarria izan dadila egungo gaitasun teknikoarekin konpongarriak diren ahulguenen azterketa hau.

2.1- Osasun burgesaren sistema publikoa printzipioz kolapsatutako sistema da. Ez baliabide nahikorik ez dagoelako, baizik eta gizarte antolakuntza kapitalista ez delako baliabide horiek emateko gai. Osasungintza publikoa beti dago kolapsatuta, neurri handiagoan edo txikiagoan, ez baita lehentasunezkoa egituraz defizitarioak diren eta zorrek gobernatuta dauden estatuen baliabide ekonomikoak ge-

Osasun burgesaren sistema publikoa printzipioz kolapsatutako sistema da

hiengo inproduktiboa duen biztanleriari zerbitzu azkarragoa eta kalitatezkoa emateko gastatzea. Horrek gehiegi oztopatuko luke balorizazio-tasa. Mutualitateek eta abarrek ziurtatu behar dute enplegua duen langilea ahalik eta baja gutxien hartzen ari dela, eta osasun publikoa, ahal den neurrian, lan-indarra bizirik eta operatibo mantentzeaz arduratu behar da, edo, bere kasuan, metaketa-zikloaren arabera, salgaien balioa salmentaren bidez egikaritzen laguntzen duten kontsumitzaileen armada bizirik eta operatibo mantentzeaz. Estatuaren osasun publiko ororen funtsezko ezaugarrietako bat itxaron-zerrendak eta mediku bakoitzeko paziente kopuruaren saturazioa dira. Inork uste al du hau benetan alda daitekeela Kapitalari botere soziala kendu gabe?

Soberan dago esatea aldeaz aurretik kolapsatutako sistema batek ez duela zer eginik larrialdi global baten aurrean, izan eraso militar masibo bat, hondamendi ekologiko bat edo pandemia bat. Oraintxe ari gara hori egiaztatzen: osasuna aurretik kolapsatuta zegoen, eta COVID-19aren arazoak prozesu asko eta beste patologia batzuk artatzeko zain zegoen pertsona asko blokeatu ditu, lehenengo unetik ospitaleak birusak berak kaltetutakoei arreta emateko kolapsatuak egoteaz gain. Osasunaren ikuspegitik, mun-

Estatuaren osasun publiko ororen funtsezko ezaugarrietako bat itxaron-zerrendak eta mediku bakoitzeko paziente kopuruaren saturazioa dira

duko langileak erabat babesik gabe daude mehatxu mota horien aurrean, eta hala jarraituko dute logika kapitalistak osasun-jarduera zuzentzen duen bitartean. Osasungintzaren egiturazko saturazio hori Iraultza Sozialista Internazionalarekin bakarrik konpon daiteke.

2.2- Eredu profesional medikoak eta osasun-langileen formakuntzak prestakuntza humanista txikia edo nezdeusa dute, Kubaren kasuan bezala politika sozialista baten gida-elementuetan aurrera egin duten aurreko ziklo iraultzailean agortutako entsegu sozialistako estatuetan izan ezik.

Eredu profesional medikoak eta osasun-langileen formakuntzak prestakuntza humanista txikia edo ezdeusa dute



Beraz, garrantzitsua da medikuntzaren esparruko politika sozialista, jarduera estrategikoa da

Muturreko gizatasuna eskatzen duen diziplina batean, osasun-jardueraren kasuan bezala, sufrimenduarekin eta minarekin lan egiten denez, pres-takuntza humanistikoak eta etikoak ez du irakasgai hutsa izan behar, baizik eta eduki zentrala, osasun-langileen zutabe profesionala. Medikuntza burgesaren formak berak sustatzen du pa-zientearekiko sentsibilitate medikorik eza. Osasun-langileak ehunekin, orga-noekin, gorputzekin lan egiteko pres-tatzen dira, ez pertsonekin lan egiteko.

Klinikaren Jaiotza lanean, M. Foucault-ek medikuntza modernoaren eraketa prozesua ehunen eta abarren gaineko diagnosi prozesu gisa azaltzen du, non ez den giza dimentsiorik existitzen. Horregatik, langile horietako gehienek modu totalitarioan jokatzeko dute pa-zienteekin, horietan esku hartu behar-reko objektuak ikusten ikasi baitute. Ez da beharrezkoa informazioa xehe-tasunez ematea, ezta pazienteei beren tratamenduari buruzko iritzia ematen uztea ere, ez aukerarik eskaintzea, ez-ta begi-bistakoak ez diren kasu guztien diagnostikoan interes berezirik jartzea ere (izan ere, gaur egun, osasungintza-ko profesionalak debaluatuak izaten ari dira pazientearen eta sistema informa-tikoetan ezarritako diagnostiko kodea-ren arteko bitartekari izatera, gaitasun hermeneutiko propiorik gabe eta ja-kintza espezifikoa garatzeko inolako asmorik gabe). Jakina, beti daude sal-buespenak, baina osasungintzako lan-gile eredu burges zabalduena hau da, gorputzen mekanikari bat, balioetan eta humanismoan inolako formaziorik ez duelako jasotzen, nola, beti eskrupulurik gabeko burokrazia mediko/politiko baten agindupean, burutzen duen lan-prozesu besterentzailearen beraren

Ospitaleak, makineria, diagnostikorako edo tratamendurako materiala, botikak, etab. bezalako baliabideak ekoizteko ereduari dagokionez, estatuaren osasun burgesean errentagarritasun ekonomikoa da nagusitzen dena teknologia, tresna edo diagnostiko-prozedura bat edo beste erabiltzerako orduan

izaeragatik ere. Beraz, garrantzitsua da medikuntzaren esparruko politika sozialista, jarduera estrategikoa da. Komunismoan militatzen duten osa-sungintzako langileak bikaintasun tek-niko eta humanoan formatu behar dira, Alderdi Komunistak sustatutako pres-takuntza, osasun-sistema kapitalistan tresna ideologiko eta propagandisti-ko gisa balio behar duena, gehien be-har dutenen bizitzak hobetzen dituen giza erreferente gisa, eta are gehiago proletalgoak Historiaren norabidea eta sozialismoaren nagusitasun eti-koa frogatzeko baliabideak bere esku dituenearn.

2.3- Ospitaleak, makineria, diag-nostikorako edo tratamendurako ma-teriala, botikak, etab. bezalako baliabi-deak ekoizteko ereduari dagokienez, estatuaren osasun burgesean errenta-garritasun ekonomikoa da nagusitzen dena teknologia, tresna edo diagnosti-ko-prozedura bat edo beste erabiltze-rako orduan.

Farmakoak garatzeari eta trata-menduetarako erabilera gomendatuari dagokionez, irizpide mediko hutsari lehentasuna eman beharrean, indus-triaren eta farmazeutikaren irabazi pro-babilitateak ezartzen ditu irizpide medikoak. Sendagai bat edo bitarteko tekniko bat oso beharrezkoa izan arren, irabazirik ez badago, ez da fabrikatzen, eta sendagai bat ematea beharrezkoa ez izan arren, baliteke familiako medi-kuak kontsumitzea gomendatzea, hori bezain sinplea da. Maskara eskasiak oinarri objektibo bat du honetan: ez zegoen eskaririk, eta, beraz, ez ziren fabrikatu eta are gutxiago biltegi-ra-tu. Ikuspegi tekniko-sanitario batetik, pandemiaren benetako probabilitatea-ren aurrean, nazioarteko hainbat doku-mentu eta txostenetan ohartarazten ari zena, horrelako NBE erreserbak izatea premia eztaba daezina zen. Hala ere, merkatu kapitalistan ez da behar tek-nikoa nagusi, kontsumo eraginkorraren eskaria baizik. Eskaririk gabe, ez dago produkzio-rik. Eta, eskaria egon arren,





Esku-hartze orokorrerako eredua tratamenduan oinarrituta dago, eta ez prebentzioan, arrazoi sinple batengatik: prebentzioan negoziarik ez dagoelako

Osasun-sistema burgesaren eredua gainerako ekoizpen-prozesuetatik partzialki edo erabat bereizita dago

eskatzaileek ezin badute ordaindu, ezta ere. Adibidez, hori gertatzen da planetako eremu handietan, non milioika pertsona hiltzen diren urtean tratamendu errazeko gaixotasunen ondorioz, oinarritzko sendagaien hornidura faltarekin.

Ospitaleei eta baliabideei dagokienez, osasun-esparru burgesa, berez, ikaragarri segregazionista da, eta funtsean, lehia du oinarri. Lehiakorra ez bazara, ez duzu baliabiderik, eta ez duzu eskubiderik, ezta osasunerako ere. Adibidez, mila biztanleko, estatu batetik bestera dagoen desberdintasuna ospitale-oheen banaketan. Adibidez, herrialdeen artean, baliabideen eta diagnostiko-materialen eskuragarritasunean dagoen desberdintasuna, baita herrialde bereko zonaldeen artean ere. Eta ez du soilik lurraldearen arabera bereizten zentroaren eta periferia kapitalistaren artean: hori ere egiten du, eta, batez ere, lehen esan bezala, klaseen artean: elitearen osasun pribatuak puntako teknologiak ditu, profesional onenak eta baliabideak eskuratzeko modurik onena; proletalgoa, berriz, ospitale zahar eta hautsietan sendatzer behartuta dago, iraungitako materialarekin eta baliabide gutxiarekin, baita finantza-zentro globalean eta osasungintzan BPG gehien inbertitzen duen herrialdean ere. Hau, gezurra badirudi ere, Ameriketako Estatu Batuak dira.

Horri guztiari patente farmazeutikoen ondoriozko oinarritzko sendagaien bahiketa gehitu behar zaio. Baita, biztanleriaren parte handia kalitate zaltzagarriko sendagaiekin pozoitzeko eskrupulu falta, eta garrantzia medikoa duten kutsadura nuklearraren, kutsadura elektromagnetikoaren, elikagai kutsaduraren, eta abarren inpaktuak bezalako gaien inguruko ikerketa falta partziala edota osoa ere.

2.4- Esku-hartze orokorrerako eredua tratamenduan oinarrituta dago, eta ez prebentzioan, arrazoi sinple batenegatik: prebentzioan negoziarik ez dagoelako. Jende gutxiago gaixotzen bada, farmazeutikek gutxiago irabazten dute, hori bezain sinplea da. Gainera, prebenitzea sendagai bat ezartzea baino garestiagoa da, bereziki osasun-sistema gehien behar izaten duen biztanleria ez-produktiboaz ari garenean (gaixo kronikoak, adinekoak, ezinduak, etab.); izan ere, osasuntsu mantentzeak diziplina anitza eta klase agintariaren interesetatik eta gastu-asmotik oso urrun dagoen baliabideen erabilera eskatzen ditu.

2.5- Osasun-sistema burgesaren eredua gainerako ekoizpen-prozesuetatik partzialki edo erabat bereizita dago. Adibidez: espazioak beti dira espazio espezializatuak, hotzak, giza-

tasunik gabeak eta eguneroko bizitzatik bananduak (anbulatorioak, ospitaleak). Gainera, abstraktuki bateratuak dira, irizpide mediko guztien gainetik, zentro berean patologia eta prozesu guztiak biltzen dituztenak: adibidez, hiltzen den leku berean erditzen da, ekartzen da bizitzara; COVID-19 bezalako gaixotasun infekziosoak tratatzen diren espazio berean tratatzen zaio minbizia jende immunodeprimituari, mediku-ikuspegitik erabat zentzugabea dena.

Horrekin batera, osasungintza bizitza-prozesutik bereizten denez eta zentro espezializatueta ixten denez, hau ez dago ekoizpenaren eta bizitzaren gainerako esparruetan. Adibidez, ez dago berehalako erizaintza-zerbitzurik industrian, eraikuntzan, etab. Langile batek istripuren bat izanez gero, anbulatorio edo ospitalera joan behar du. Ez dago berehalako arreta medikorako zerbitzurik eskoletan, unibertsitateetan, batez besteko adin handia duten langileen auzo askotan, masa erakundeetan, etab. Beste industria batzuetan, hondakinen kudeaketan, kutsadura-mailetan eta abarretan ez dira osasunaren gaineko eraginari buruzko azterketak aplikatzen. Ez dago kontrol medikorik elikagaien merkatuan, ehungintza-industriako jantzien materialean, lan-prozesuetako segurtasunean, etab. Prebentzioaz eta tratamendu era-



Osasun-sistema publiko/estatal kapitalista ongizatearen eta eredu osoaren bazterketan oinarritzen da, gaixotasunen aurkako borrokan zentratuz

ginkorraz benetan arduratzen den sistema sozial batean, teknologia medikoa prozesu sozial guztien osagarri izango litzateke, ez bizitzatik bereizitako esparru bat, partzialki eraginkorra ez dena, gainerako prozesuak nolakoak izan behar diren zehazteko benetako autoritaterik ez duena, eta bere jokabidean gizatasunik gabea.

Nire ustez, Alderdi Komunista bote-re proletarioen erakunde gisa egituratzeko prozesuan, dimentsio sanitarioak sustraituta egon behar du alderdiaren eremu guztietan, prozesu guztiak ofentsiba iraultzaile militanteari ongizatea eskainiz indartzeko. Horrek goi-antolaketa hazi gisa balio behar du, proletalgoaren diktadura iraultzailean aplikatzeko.

2.6- Osasun-sistema publiko/estatal kapitalista ongizatearen eta eredu osoaren bazterketan oinarritzen da, gaixotasunen aurkako borrokan zentratuz. Aberatsentzako osasungintzak bakarrik sortzen du ongizatea, pobreentzako osasuna ekoizpen-ahalmenaren suntsipena saihestera bideratzen da. Modu horretan, doakotasunetik kanpo uzten ditu oinarritzeko osasun-zerbitzu jakin batzuk, edo berdina dena, ordaindu ezin dituen masajisten, fisioterapeuten, nutrizionisten, benetan hurbila eta holistikoa den familia-medikuntzaren, nahiz

odontologiaren eta bestelako espezialisten funtsezko osasun-zerbitzuetatik kanpo uzten du proletalgo osoa. Zer esanik ez atsedenez, toxikorik gabeko elikadura izateko eskubideaz, etxebizitzaz, estresik gabe bizitzeko eskubideaz, adikzioak sustatzen dituen ingurune sozial batean sozializatuak ez izateko eskubideaz, eta beste hainbat faktore sozialez, herritar gehienentzat benetako ongizatea eta osasun erreala sortzeko funtsezko osasun-arlokoak izan beharko liratekenak.

Gehiago luza ninteke, baina nahikoa iruditzen zait osasungintza kapitalistaren arazo sozial handiari sarrera emateko testu gisa, benetan irtenbide erreala proposatzen duen ikuspuntu batek ikusita, ezinbestean burgesiari agintea kendu eta prozesua sozializatzen pasatu behar den irtenbidea. /

KOIUNTURA
Martin Goitiandia

Krisia

24 Arteka

Krisian omen gaude. COVID-19 honekin osasun krisi bat bizi dugula diote. 2008ko finantza-krisitik krisian ginela uste nuen, baina egoera honek krisi ekonomiko berri bat sortuko omen du. Aldi berean, krisi ekonomiko hauen ondorio lazgarria omen da krisi soziala: etxebizitza krisia, genero berdintasunaren krisia, kulturaren krisia... Eta krisi sozial hau, ikuspegi global batekin, mundu-krisia bihurtzen da: elikadura krisia, krisi ekologikoa, bakearen krisia, krisi geopolitikoa, eta abar. Krisi garaian, beraz, krisi politikotik -demokraziaren krisia- gure moralaren krisira igarotzen gara; krisi emozional batetik krisi existentzial batera iritsita. Bizitzako aspektu bakoitzerako krisi bat dugula dirudi. Baina kontua ez da hor amaitzen, izan ere krisia noiz hasi edo bukatzen zen jakitea ere zaila da oso. Osasun arloan, adibidez, 2016 inguruan Zika birusaren krisia izan zen, 2019an eta 2014an Ebolarena, 2014ean Polioarena, edota 2009an, H1N1 gripearena -MOEk soilik

larrialdi global gisa izendatuak-. Galdera bera ere egin dezakegu beste krisien inguruan: zenbat krisi egon dira alor bakoitzean? Noiz hasi eta noiz amaitu dira?

Krisi ekonomiko deiturikoen arloan, XX. mende hasieran oso ohikoak bihurtu ziren Berlingo DIWen moduko koiunturaren analisirako institutuak. Horietan, datu estatistikoen analisien eta eredu matematikoen bidez, krisien jatorria eta ezaugarriak (iraupena, maiztasuna...) aurkitzeko gai zirela uste zuten. Ideia horren inguruan, krisiaren jatorri ezberdinak planteatu zituzten: prezioen aldaketa, teknologia eta asmazioa, uza eta faktore naturalak, sektoreen arteko deskoordinazioa, interes tasa, kreditua eta zorpetzea, kostu laboralak, kontsumo falta... Analisi horiek guztiak, DIW institutuak haren lehen urtean finkatutako programaren ildotik eratorri ziren: «Alemaniako institutuko lanak paraleloan doaz Harvardekoekin. Harvardek eta antzeko beste saiakera batzuek sintomen ana-

lia bultzatzen dute lehen lerroan. (...) Sintomen analisiaren koadroak gero eta sintoma gehiago barnebildu, orduan eta segurtasun handiagoarekin ezar daiteke diagnostikoa». Hala ere, indarrean zeuden akademia positibistek zentzu horretan saiakera asko egin zituzten arren, ezin izan zuten krisialdiaren funtsa azaldu. Izan ere, krisiaren ondorioak aztertzen ari ziren, ez bere zergatia. Krisia azaltzetik urrun, deskribatu besterik ez zuten egin.

Era berean, ezin dugu gaur egun bizi dugun krisia egoera beraren deskribapen hutsarekin azaldu. Horrek esan nahi du hildakoen kopurua edo aldi baterako enplegu erregulazio txostenen kopurua zehaztasunez jakiteak egoera hautemateko aukera ematen duela, baina ez egoera ulertzeko gaitasuna. Auzi «metodologiko» horrek berebiziko garrantzia du; izan ere, krisiaren zergatia faktore koiuntural batean ezartzen bada, horren aurrean eman beharreko erantzuna ere koiunturari lotua egongo da nahitaez. Aldiz, krisiaren zerga-



Krisiaren zergatia faktore koiuntural batean ezartzen bada, horren aurrean eman beharreko erantzuna ere koiunturari lotua egongo da nahitaez

tia ekoizpen sisteman beran kokatzen bada, sistema guztia aldatu behar dela ondorioztatzen da. Horregatik obsesio-natu da akademia burgesa krisia faktore koiunturalekin lotzearekin; kapital metaketarekin lotura eginez gero, bostere burgesaren jatorria auzitan jarriko litzatekeelako. COVID-19aren kasua ez da salbuespen bat izan. Horrek ez du esan nahi gaixotasunak krisi deitzen dugun egoerarekin zer ikusirik ez duenik, hura azaltzen ez duela baizik.

Bizi dugun egoera ulertzeko ezintasuna, beraz, ez dator analisi ekonomiko edo sanitario oker batetik, egoera bera osotasun baten baitan kokatzeko gaitasun ezatik baizik. David Ricardok ekoizpenean lanaren eta ekoizpen birtartekoen arteko harremana aztertutuan, ez zuen arazorik ikusi. Aldiz, Marxek ekoizpen kapitalistan kapital konstantearen eta aldakorren arteko harremana aztertzean, gainbeherarako joera eta krisiaren jatorria adierazi zituen. Biak gertaera berataz ari ziren, baina ondorio oso bestelakoak atera zi-

tuzten. Osotasun kapitalistaren baitan, krisi guztiek kapitalaren gainbeheran dute jatorria; gainbehera horren adierazpenak dira. Intuizioak esaten digu koronabirusaren ondorioz bizi dugula krisia, baina krisiak gizartearen izaera kapitalistan du jatorria eta ondoren batzen da faktore koiunturalekin, eta ez alderantziz. COVID-19 birusa ez du kapitalismoak sortu (guk dakigula behintzat), baina bai bizi ditugun langabezia eta pobrezia, askatasun politikoaren urraketa sistematikoa, eskasia... Orokorrean hitz eginda, gaixotasunak fenomeno naturala dira, baina Afrikak munduko gaixotasunen % 25 izatea, aldiz, ez. Era berean, COVID-19a hondamendi natural soil bat bezala ikusita denok bando berean gaude eta «denok egin beharreko sakrifizioaz» hitz egin jarraitu dezakegu. Aldiz, pandemia dagokion formazio sozial kapitalistaren baitan kokatzen badugu, adiskidetu ezin diren klaseen arteko borrokaren beste kapitulu bat dugu parez pare.

Baina hau ez da ikuspuntu ezber-

dinen arteko talka soil bat, izan ere, krisiaren izaera kapitalistaren aurkako borrokak iraultza sozialistaren beharrezkotasunera garamatza, eta krisi koiuntural eta isolatu baten aurrean dugun erantzunak, berriz, sozialdemokraziaren erreformismora. Europako erreformismo erradikalenaren erreferente intelektual, sindikal eta politikoei markatzen dituzten lan-lerroetan argi ikusten da bigarren postura hori. Europako Ezkerraren Alderdiak, adibidez, «ezker erradikal» edo «anti-kapitalista» deiturikoaren adierazpen asko batzen ditu: Syriza, Die Linke, IU, PCF... eta talde parlamentario zabalago bat partekatzen du Bildu, Sinn Fein zein ezker berde eskandinaviarrarekin. Haiek koronabirusak sortutako egoeraren harira egindako adierazpenak argigarriak dira: «Ezin dugu egoeraren kausalitatea alde batera utzi, birus berriaren oldarkortasun eztaba daezinetik harago. (...) estatu askotan nagusi diren politika neoliberalak eta etengabeko erasoaren ondoriozko aus-

Bizi dugun egoeraren izaera kapitalistatik abiatuta, aldiz, ez dago bereizita dagoen momenturik, egoera beraren kontraesanen garapena baizik

terizidioa izan dira osasun-sistema publikoen merkantilizazio/pribatizazio-
ra eta ahuleziara eraman gaituztenak. Hauskortasun egoera horretan, pandemiak eragindako estres-karga ezin izan da gainditu». Kausalitate horrek krisi egoeraren jatorria gastu publikoaren pisua murriztean kokatzen du. Hori horrela izanik, nahitaezkoa da «ezker erradikal» horren jarduera politikoak gastu publikoa handitzera mugatzea. Praktika hori arlo sindikalean baieztatu dezakegu, CES (Sindikatuaren Konfederazio Europarra) delakoaren proposamenetan adibidez: «*Que se permita a los Estados miembro de la Unión destinen recursos para frenar estas catástrofes sin que se les penalice por ello*» -egonkortasun ituna indargabetzea esan nahi du-; «EBk funtsak eskuragarri jartzea (...) Europako Banku Zentralak pizgarri ekonomikoen bidez esku har dezala; austeritate-politikekin amaitzea, bai gastuari dagokionez, bai zerbitzu publikoei dagokienez ere».

Alderdi eta sindikatu bakoitzean ñabardurak izango diren arren, estatuaren esku hartzea krisiaren auziaren erdigunean jartzea politika erreformistaren ezaugarri bereizgarria da. Thomas Piketty ekonomialari frantses ospetsua bezalakoez keynesianismo demokrata horren adierazpen intelektuala ordezkatzan dute (Estatu Batuetan Krugman edo Stiglitz direnak). Piketty-k,

beste 400 ekonomialarirekin batera, manifestu bat bidali zion Europako Kontseiluari porrot egin duten eurobonoen alde (gastu publikoa finantzatzeko). Horiek guztiek, DIWaren pentsamendu burgesaren tradizioari eutsiz, krisia faktore koiuntural batekin edo bestearekin lotzen dute: gaur egungoa osasun publikoaren gabeziari, 2008koa erregulatu gabeko finantza-sektoreari... Pentsamendu horri lotuta dagoen jarduera politikoa faktore koiuntural horiek erreformatzera mugatuko da beti; gizartearen izaera kolokan jarri gabe, bertako elementu kaltegarri puntualak erreformatzera, alegia.

Gaur egun jaun eta jabe den jarduera politiko hori, alabaina, ez dator alderdi eta sindikatu horien erabaki edo analisi oker batetik, beren izaera politikotik baizik. Politika egiteko haien ikuspegian, bizi dugun egoera eta izan beharko lukeen egoera baten artean amildegi igarogaitz bat zabaltzen da. Kapitalak eragindako desoreka kronikoaren adierazpen bakoitzarekiko kontrajarrita ezaugarritzen dute izan beharko lukeen egoera hori. Lehen esan bezala, egoera «normal» baten faktore edo perturbazio koiuntural modura hartzen dituzte: pobrezia eta parekidetasun ezaren aurrean, birbanaketa eta justizia soziala; langile klasearen aurkako politika-
ren aurrean, estatu demokratikoagoa; edo bizi dugun egoera honetan, osasun

publiko unibertsala. Liberalismo klasikoaren baloreak eta indefinizioa ukitzen duten kontzeptuak nahasiz, egungo egoeraren gabezia bakoitzari etorkizuneko egoeraren ezaugarri bat kontrajartzen diote. Bizi dugun egoeraren izaera kapitalistatik abiatuta, aldiz, ez dago bereizita dagoen momenturik, egoera beraren kontraesanen garapena baizik. Horrek esan nahi du bizi dugun egoeran bertan, kapitalismoan, emana dagoela bere buruaren gainditzea, eta beraz, ez dagoela izan beharko lukeen horren proiektzio bereiziaren beharrik. Bizi dugun egoera harreman historiko jakin batzuk (kapitalistak) direla oinarri gisara hartzen ez bada, emanda dagoen egoera hori betikotu egiten da, eta beraz, ez dago izan beharko lukeen egoera bat planteatzea ez den beste aukerarik. Aldiz, egungo egoera harreman sozial determinatu batzuk direla barneratzen bada, horien izaeran bertan dago iragankortasunaren atributua. Bigarren kasu horretan, beraz, erronka nagusia bizi dugun egoeraren potentzialtasun horren askapena da. Erreformistak berehalako egoera kontuan hartzeaz harrotzen dira, besteak ez bezala «errealistak» omen direlako, baina ez dago haiek proiektatzen duten egoerara iristeko inolako bitartekaritzarik, ondorioz, nahitaezkoa da berehalako egoera edo egoera «normal» hori betikotzea. Hau da, ez dago erreformista



Ez du ezertarako balio prozesu historikoaren inguruan aipatu dugunaz hitz egiteak; aldaketa historikoari erraiak ateratzeak, bizi dugun egoeraren izaera historikoa nabarmentzeak edo erreformismoaren mugetaz hitz egiteak, prozesua bideratzeko gaitasun materialik ez badugu

bat baino utopikoagorik.

Nola bihurtuko dugu orduan «koronabirusaren krisia» potentzial horren askapenean aurrerapausoak emateko abagune? Esan bezala, egungo egoeran bertan eman nahi dugun aldaketaren hazia dugu. Aldaketa hori emateko jomuga badugu, normalki bere kabuz ematen den garapen historikoa kontzienteki gidatu behar dugu. Horrek esan nahi du, egungo egoeran izoztuak, betikotuak edo gauza bihurtuak (kosifikatuta) azaltzen zaizkigun harreman sozial kapitalistak, aldakorrek eta historikoak direla ulertzen dugun heinean, horien aldaketa gidatzeko xedea dugula. Une historiko batetik bestera igarotzean dauden bitartekaritza konplexu guztien artean, guk norabide bat markatu nahi dugu. Horrek indar material erraldoi bat suposatzen du; historiaren ibilbidea norabidetzeko adina. COVID-19aren gaitzak jo bezain laster, burgesiak bere indar material hori areagotzeko baliatu du: kontrol soziala, kaleen militarizazioa, neurri juridiko gogorrak, estatu-aparatuak handitzea, esplotazioaren indartzea, hezkuntzaren kontrola are gehiago zorrozteia, komunikabideen propaganda ideologikoa hauspotzea, diskurtso humanitario desklasatu bat elikatzea... Bere indar material horiek erreakzionarioak izango dira, erreformismoak egiten duen bezala, funtsean, bizi du-

gun egoera betikotzen dutelako.

Aurrekoari kontrajarrita, proletaria bere horretan da egungo egoerak duen potentzial edo haziaren eramailea. Klase sozial honek, oro har, koronabirusaren krisian zein beste edozein momentu puntualetan osotasun kapitalista hautemateko potentziala du. Hautemate hori ez da, baina, langile klaseko kide bakoitzaren buruan ematen den pentsamendu aldaketa bat. Izan ere, gizabanakoa beti aurkituko da indargabe berak ezagutzen duen mundua gobernatzan duten lekeen (ez juridikoak soilik, baita ekonomikoak, laboralak, moralak, kulturalak...) aurrean. Aldiz, dagozkion baldintzak dituen klase sozialak bizi duen egoera eraldatzeko izate soziala azalarazten du; egin behar duen praktikaren klase kontzientzia. Horrela adierazita kriptikoa eta iluna eman dezake auziak, baina atera daitekeen ondorio argiena indar material horren beharra da: langile klasea bera prozesu kontziente batera bideratzeko indarra.

Ez du ezertarako balio prozesu historikoaren inguruan aipatu dugunaz hitz egiteak; aldaketa historikoari erraiak ateratzeak, bizi dugun egoeraren izaera historikoa nabarmentzeak edo erreformismoaren mugetaz hitz egiteak, prozesua bideratzeko gaitasun materialik ez badugu. Hori ez da koronabirusaren krisiaren harira zein

orokorrean tesi politikoak garatzeko egin den ahalegina gutxiesteko modu bat, tesi horiek indar materialik gabe usteldu egingo direnaren baieztapena baizik. Barneratu behar dugun lehen egia da hau: sozialismo zientifikoaren eta masen arteko lotura izateko xedea izan behar dugu. Hala ez bada, gure hipotesiek ez dute substraturik izango, eta are gutxiago horien gauzatzerako aukerarik. Koronabirusaren krisi honetan zein beste edozeinetan burgesiak bere posizio materiala indartzen du, baina aldi berean, krisi horietan dago langile klaseak bizi duen egoeraren zaugarritasuna eta hauskortasuna hautemateko eta era kontsekuentean jarduteko potentziala ere. Historiaren norabidea, nolabait esatearren, indar kontua da, azken buruan. Une historikoan bitartekaritza egiteko indar nahikoa ez baldin badugu, beraz, historia gure gainetik pasatuko da. /





ERREPORTAJEA

Sistema pandemia

Munduko Osasun Erakundeak (MOE) pandemia izendatu du COVID-19 birusaren hedapena. Milioika pertsona kutsatu dira dagoeneko, eta 200.000 baino gehiago dira hildakoak. Argi dago, baina, gaitz hori ez dela milaka gorputzetan soilik sartu oldarka. Pandemiaren eskutik etorri dira alarma egoerak eta ezkutuko salbuespen egoerak; burgesiaren gidaritzapean, dagoeneko iragarrita zegoen proletariotza prozesu basatia elikatu dutenak eta, zalantzarik gabe, epe ez hain luzera begira birusa bezain hilgarriak izango direnak.

COVID-19aren agerpenak bide eman dio aurpegi ugari-ko krisialdiari, eta dimentsio ugari ateratu dira argitara: osasun-sistemaren kolapsoa eta “berregituraketa”, “koma ekonomikoa” saihesteko maniobra makabroak, lan-erregulazio masiboak, konfinamendua, indarkeria matxista jasaten duten emakumeen egoera latza, eskubide eta askatasun politikoen desagertzea... Garrantzia berezia du orain askotariko aurpegi horiei aurrez aurre behatzea, baita koronabirus hau agertu aurretik dagoeneko ugalduta zegoen gainbehera testuinguruari erreparatzea ere, elkarren eskutik osatuko baitute pixkanaka begiztatzen ari garen agertokia.



OSASUN-SISTEMA ALARMAN



Asteotako salbuespen egoeran, erietxeetako egoera izan da berehalakoan argien hauteman den aurpegietako bat. Hartu diren neurri guztien justifikazioa osasun-sistemaren kolapsoa ekiditea izan da, eta aurreikusgarria da, goizago ala beranduago, osasun-sistemaren kudeatzailerak haiek hartutako erabakiei esker kolapso hau saihestu dela esanez agertzea komunikabideetan. Zein izan da, baina, sistema horren egoera krisialdi honetan?

Hasieratik, instituzioetatik zabaldu zuten osasun-sistemak kolapsatu ez zezan zer egin beharko zuten gaixoei: telefono zenbaki bereziak jarri zituzten martxan tokian toki, eta sintomak zituaz bertara deitzeko esan zitzaienten, 112 zenbakia nahiz larrialdi-zerbitzuak ez saturatzeko. Ironikoa da, dena den, ustez kolapsoa ekiditeko harturiko neurri horrek egun gutxira EAEn utzita emaitza, adibide modura: martxoaren 16an, konfinamendua ezarri eta hurrengo egunean, Osakidetza osasun-aholkularitza emateko sortutako telefono zenbakia saturatuta zegoen jada. Gaixoei orduak (eta egunak) eman zituzten erantzunik jaso gabe. Ondorioz, gaixo askok itxaron zuten (instituzioen jarraibideak betez), haien egoeraren larritasuna inork aztertzen ez zuen bitartean, esperoan. Hala, gainera, larrien zeuden gaixoak ere larriago iritsi ziren ondoren ospitaletara.

Ospitaleetan, kolapsoa ekiditeko, berrantolaketa oso bat gauzatu dute. Oro har, eta berezitasunak berezitasun, ondorengoak izan dira hartu dituzten neurri orokorrak:

- *Bertan behera utzi dituzte kirurgia guztiak, onkologikoak eta larrialdiak izan ezik.*



Egoiliarrei erresidentzia luzatu diete, beren lanean jarraitu dezaten, baina ez espezialisten soldatarekin, «ebaluaziorako baldintzak betetzen ez» direla aitzakiatzat hartuta

- *Larrialdi-zerbitzuak goitik behera berrantolatu dituzte*, arnasarekin lotutako sintomak edota sukarra dituen edonorentzat gune bereziak sortuz (osasun-langileek «gune zikina» deitzen diotena), arnas-sintomak edo sukarra ez dituzten beste guztiak «gune garbira» bideratuz.

- *Ospitaleko solairu eta hegal asko COVID-19aren proban positibo eman dutenezat prestatu dituzte*, gune horietan egoten ziren pazienteak (izan kardiologiakoak, barne-medikuntzakoak edota errehabilitaziokoak) beste leku batzuetara mugituz.

- *Langileen kokapena ere aldatu dute*. Lan karga ia desagertzeraino jaitsi zaien zerbitzuetako osasun-langileen kasuan, koronabirusak kutsatutako pertsonak artatzeko gunera bideratu dituzte, bertan dagoen lan kargari aurre egin ahal izateko.

Berrantolaketa hori, baina, ez da soilik ospitaleetan egin. Lehen arretako osasun-zentroetan ere aldaketa nabariak izan dira. Alde batetik, koronabi-

rusaren auzian erreferente izango diren osasun-zentro batzuk zehaztu dituzte, kontsulta bereziekin. Bestetik, ia kontsulta guztiak telefonoz ari dira egiten, kutsatzeko arriskua murriztu asmoz.

Horretaz gain, beste gune batzuk ireki dituzte (hotelak, gehienetan, adibidez Maria Cristina Donostian edo Lakua Gasteizen), eta bertan ari dira artatzen COVID-19aren proban positibo eman arren larri ez dauden pazienteak, egoera ezberdinengatik etxera bueltatu ezin direnak (ezin dituztelako isolamendu-neurri egokiak mantendu, gaixo egonik haiek zaintzeko baldintzarik ez dagoelako, osasun-langileen senideak direlako...).

Zahar etxeetan eta antzeko zentro soziosanitarioetan, arazo handiekin, protokolo bereziak ezartzen ari dira, zirkuituak sortzen bertan gaixotzen direnak bakartu ahal izateko, eta isolatu ezin direnak beste azpiegitura batzuetara bideratzeko.

ISLADA OSASUN-LANGILEEN

LAN BALDINTZETAN

Berrantolaketa horrek guztiak funtzionatu dezan, eta koronabirusari benetan aurre egin ahal izateko, ordea, ezinbestekoak dira gaixoak artatuko dituzten langileak (ez soilik mediku edo erizainak, baita auxiliarrak, zeladoreak nahiz garbitzaileak ere) eta langile horiek babesteko behar duten materiala.

Langileei, martxoaren 13an helarazitako mezu baten bidez, ukatu egin zitzaion martxoaren 16tik aurrera jaiegunak zein oporrak hartzeko aukera, eta ordura arte eskatuta zeudenak ere bertan behera gelditu ziren, langile guztiak beren lanpostuetan egon zitezen osasun-krisiari aurre egiteko. Aste Santurako ere egutegia aldatu zieten osasun-langileei.

Krisialdia hasi zenetik, arlo askotako langileak (larrialdi-zerbitzuetakoak, barne medikuntzakoak...) lan-ordu gehiago ari dira egiten, izan ospitaleratuta daudenak artatzeko txanda gehigarrietan, izan larrialdietan zein barne-medikuntzan zaintzal-



Material falta orokortua eta jarraitua izan da krisia hasi zenetik, maskarilletatik eta NBEetatik (Norbere Babeserako Ekipoak) hasita, diagnostikoa egin ahal izateko probetaraino

diak egiten. Hau da, jaiegun gutxiago izateaz gain, astean lan egiten duten ordu kopurua ere altuagoa da orain. Egoiliarrei (arlotan batean espezializatzen ari diren sendagileei) erresidentzia luzatu diete, beren lanean jarraitu dezaten, baina ez espezialisten soldatarekin, «ebaluaziorako baldintzak betetzen ez» direla aitzakiatzat hartuta. MIR azterketa egin berri duten edo oraindik osasungintzako ikasle diren langileen kontratazioei dagokienean, zer egin behar duten esan gabe jarri dituzte lanean sarri.

Hori guztia, gainera, babeserako beharrezkoa den materialik gabe. Osasun-langileak zabor poltsak soinean dituztela zabaldutako argazki urriek ez dute egoeraren dimentsioa islatzen. Material falta orokortua eta jarraitua izan da krisia hasi zenetik, maskarilletatik eta NBEetatik (Norbere Babeserako Ekipoak) hasita, diagnostikoa egin ahal izateko probetaraino. Testuinguru horretan, eskuragarri zegoen materialaren arabera probetako-

loak ezarri dira, beharrezko materiala murriztuz eta testak egiteko aukerari mugak jarritz, ia egunez egun aldatuz zihoan protokoloan. Zaila da sinestea, beraz, osasun-irizpideei hertsiki jarraitutako protokoloak izan direla osasungintzan praktikara eraman direnak.

KOLAPSOA BIRUSETIK HARAGO

Kolapsoa ekiditeko, beraz, populazio osoari konfinamendua ezarri, batzuei osasungintzara sarbidea oztopatu edo mugatu, beste batzuei osasun-arreta ukatu edo atzeratu, osasungintzako eta eremu soziosanitario osoko azpiegiturak birmoldatu, eta bertako langileei, beharrezkoa duten materialik gabe, lan karga handitu diete. Noiz esan daiteke, baina, kolapsoa ekidin dela? Kolapsoak, hiztegiaren arabera, zera esan nahi du: egitura, instituzio edo sistema baten suntsitzea edo hondamena; edo beste adiera batean, jardueraren baten erritmoaren etete edo moteltze garrantzitsua.

Krisiak irauten duen bitartean,



ERREPORTAJEA

bertain behera geratu dira diabetikoei, gaixotasun kardiobaskularrak dituztenei, edota bihotz ala giltzurrun gutxiegitasuna dutenei egin beharreko kontrolak. Arazo osteomuskularrak dituztenei errehabilitazio edo fisioterapiarako aukerak mugatu dizkiete. Belauneko protesia behar dutenen kirurgia atzeratu dute, larrialditzat hartzen ez diren beste esku hartze askorekin batera, «egoera normalizatu arte». Lehen arretako kontsulta ia guztiak telefonoz izan dira, horrek gaixoa artatzeko dakartzan zailtasun eta mugekin.

Koronabirusak hildako pertsona kopuruaren zenbakia etengabe ari da berritzen hedabideetan. Ehunka kontatzen dira igoyerak eta jaitsierak. Nor ari da zenbatzen, baina, osasun-arreta orokorraren gelditze ala moteltze horrek (hori zen kolapsoaren adiera) eragindako hildako kopurua? Zenbat heriotza «natural» gertatuko dira krisi honek iraun bitartean, zenbat patologia kronikoren okertze, estatistiketan osasun-sistemaren birmoldaketatik at geratuko direnak? Ziur aski, ezingo du gu inoiz jakin.

Zer esanik ez, osasun-krisialdi deitu zaion hau amaitzen denean. Jarraipenik izan ez duten patologia kroniko horien guztien kontrolak berrartu beharko dira, askotan desorekatuta eta, beraz, jarraipen gehiagoren beharrarekin. Orain arte egin gabeko analisiak, kontsultak, ebakuntzak... pilatu egingo dira, itxaron-zerrendak luzatuko dira, horrek osasunean eragiten duen kaltearekin. Denbora luzez atseden hartu ezinik eta lan karga handiagoarekin egon diren osasun-langileei are gehiago pilatuko zaie lana, horrek (eta pasatutako egoerak) eragin ditzakeen ondorio fisiko zein psikologikoekin, eta beraz, pazienteen osasunean izan dezakeen eraginarekin. Hori guztia, gainera, osasunaren okertze orokor bat ekarriko duen krisi ekonomiko baten atarian. Kontuan hartu beharra dago hau guztia, osasun-sistemaren kudeatzaileak «osasun-krisia gainditu dugu» esanez telebistan agertzen diren hurrengoan.



COVID-19, KLA SEDUN BIRUS BAT

Bestalde, COVID-19aren «pandemiak ekarri duen mundu mailako ekonomiaren gainbeherari» erreferentzia eginez, Nazioarteko Diru Funtseko zuzendari Kristalina Georgieva Munduko Bankuko presidentearekin batera adierazi du «argi dagoela 2009koaren gisako edo are okerragoa den atzeraldi batean gaudela». Munduko monetaren eta finantzen hegemonia bermatzen duten bi erakundeen aurreikuspenak ez dira txantxetan hartzeko modukoak. Baina naturaren zorigaiztoko ezbehar baten aurrean ote gauden edo burgesiaren ofentsiba baten aurrean ote gauden ulertzeko, pandemiak oro har langile klaseari nola

eragiten dion identifikatu beharra dago, eta ez soilik haren biriketan. Osasun-langileak ez dira ondorio latzenak haien azalean bizitzen ari diren bakarrak. «Krisi honen ondorioak langileak ordainduko ditu» adierazpenetik harago, hortaz, egungo egoera ulertzeko beharrezkoa da kapitalaren joera eta COVID-19aren testuingurua zein izan den ulertzea, hasieran esan dugun modura.

**KRISIA, ERRESERBAKO
INDUSTRIA ARMADA (EIA)
ETA ERREPRODUKZIO-RAKO
BALDINTZAK**

2008ko krisia eta ondorengo Atze-

raldi Handia izan dira mende berriaren hasieran krisi kapitalista azaleratzeko modua (1997ko Asiako krisiarekin edo 2000ko *puntuomen* burbuilarekin batera). Krisiaren ondorioz, urte luzez okerrera egin dute herrialde askotako langileen bizi baldintzek, eta Euskal Herrian ere ondorio nabarmenak utzi ditu. 2008tik aurrera piztu zen ofentsibak, besteak beste, gizarte-prestazioen murrizketa, lan-eskubideen galera eta osasun-zerbitzuen kalitatearen beherakada eragin zituen, hau da, proletarizazio prozesua azkartu zuen.

Langabetuen kopuruan gorakada handia izan zen 2008tik 2012ra bitartean. 2008an 87.852 langabe ziren



**2008tik aurrera
piztu zen
ofentsibak, besteak
beste, gizarte-
prestazioen
murrizketa, lan-
eskubideen galera
eta osasun-
zerbitzuen
kalitatearen
beherakada eragin
zituen, hau da,
proletarizazio
prozesua azkartu
zuen**

Agerikoa denez, krisialdietan, batera gertatzen diren fenomenoak dira langabezia, lanean jarraitzen dutenen baldintzen okertzea eta prestazioak jasotzen dituzten pertsonen kopuruaren gorakada



Hego Euskal Herrian, baina 2012. urtea bukatzean, 215.400 langabe zenbatu zituzten. Beraz, lau urtean, 127.540 pertsona sartu ziren langabezia, eta %145 hazi zen langabezia-tasa. Gainera, 2008tik 2012ra artean, %7,15 jaitsi zen batez besteko soldata EAEn, eta %9,15 Nafarroako Foru Erkidegoan.

Espainiako Zerga Agentziaren 2013ko datuen arabera, soldatapeko 10.434.641 langilek (sektore horren ia %60) lanbide arteko gutxieneko soldataren azpitik kobratzen zuten: 1.282,8 euro gordin hilean. Horrek esan nahi du, haien diru-sarrerak, gizarte-kotizazioak eta zergak ordaindu ondoren, lanbide arteko gutxieneko soldataren azpitik zeudela. Horietatik, erdiak baino gehiagok (5,6 milioi) batez beste 6.603 euroko diru-sarrerak zituzten urtean, gutxieneko soldataren azpitik. Datu horiei sei milioi langabe gehitu behar zaizkie estatu mailan, eta horietatik bi milioi baino gehiagok ez zuten inolako prestaziorik jasotzen, gainera.

Prestazioak jasotzen zituzten per-

tsionen kopuruak gora egin arren, ordea, gastuak ez ziren neurri berdinean handitu. LANBIDEren datuen arabera, 2013ko urrian 62.082 familiak jasotzen zuten Diru-Sarrerak Bermatzeko Errenta EAEn, eta krisialdiaren hasieran, 30.000 familia baino gutxiagok jasotzen zuten. Laguntza hori jasotzen zutenen artean, hamarretik sei ziren emakumeak, eta ia heren bat pentsiodunak, pentsioa osatu beharra zutenak.

Agerikoa denez, krisialdietan, batera gertatzen diren fenomenoak dira langabezia, lanean jarraitzen dutenen baldintzen okertzea eta prestazioak jasotzen dituzten pertsonen kopuruaren gorakada. Horrek badu bere azalpena. Akumulazioaren eta erreprodukzio-rako baldintzen arteko harremana langabeziaren bidez gauzatzen da, hein handi batean. Langabezia dagoen populazioak, langabeen erreprodukzio-rari eragiteaz gain, lana mantentzen duten langileen baldintzak okertzeko presioa egiten du. Modu horretan, kontratatzen ez den lan-indarraren za-



ti horrek deskribatzen du nola eragiten dieten metaketaren gorabeherak proletariotzaren erreprodukzio-rako baldintzei. Era berean, krisiaren ondotik agertzen den jardura ekonomikoaren murrizteak, prestazioen oinarri den diru-publikoaren funtsa txikitzea dakar. Hori, gainera, laguntzen beharra duten



Langabeziaren existentzia (edo Ekonomia Politikoaren Kritikaren kategoria erabilia, Erreserbako Industria Armadaren existentzia) egiturazkoa da, eta kapital metaketa handiaren emaitzetako bat da



pertsonen zenbatekoak gora egitearekin batera gertatzen da. Horregatik, prestazio horiek modu absolutuan handitu egin daitezkeen arren, txikitu egiten dira modu erlatiboan. Diru gehiago banatu arren, kide bakoitzak diru gutxiago jasotzea eragin dezake horrek, proletarizazio prozesuaren fenomeno

argia dena.

Lan-indarraren erreprodukzioa, hau da, bizirauteko beharrezkoak diren bizibideak (elikagaiak, arropak, energia, etxebizitza, osasuna...) eskuratzeari, lan-indarraren salmentaren bidez lortutako zuzeneko soldataren mende egoteaz gain, estatuak hain-

bat mekanismoren bidez eskaintzen duen zeharkako soldataren mende ere badago (zerbitzu publikoak, langabeziagatiko edo ezintasunagatiko prestazioak, pentsioak...). Horiek, hein handi batean, zerga eta kotizazio gisa ezagutzen diren ekarpen jakin batzuk ezarri finantzatzeko dira. Ongizate Estatua ahalbidetu zuten baldintzak krisi ezberdinetan (70eko hamarkadatik gaur arte) desagertu izanak, adibidez, langile klasearen bizi kalitatea nabarmen okertzea eragin du.

Langabezia-tasa nozio estatistiko bat da (zehazki, biztanleria aktiboarekiko desokupazio-maila neurtzen du) eta, beraz, beste faktore batzuekiko korrelazioak eta ereduak eskain diezazkiguke (kutsatuen kopurua, konfinamendu egunak, sexua, arraza...). Tasa horren bitartez argitu dezakegu koiuntura ekonomiko bakoitzak langile klasearen gain eta proletarizazio prozesuan duen eragina. Ez da, ordea, langabezia bera azaltzeko gai, langabezian ematen diren aldaketa fenomenologikoak jaso besterik ez du egiten.

Langabeziaren existentzia (edo Ekonomia Politikoaren Kritikaren kategoria erabilia, Erreserbako Industria Armadaren existentzia) egiturazkoa da, eta kapital metaketa handiaren emaitzetako bat da. Krisiak edo oparotasun ekonomikoak bere tamainan eragina duen arren, EIA elementu funtsezkoa da kapitalaren akumulazioa bermatzeko, izan ere, baldintza egokiak sortzen ditu kapitalak bere irabaziak handitu eta kapitalizatu ditzan. Horregatik, ziklo ekonomikoaren arabera, maila bat edo beste hartzen du langabeziak edo EIAk.

Koronabirusaren fenomenoari lotutako koiuntura, epe motzera, eragin



zuzena izan du langabezia hazi izanak. Ikusteke dago, alde batetik, jarduera ekonomikoa zein neurritan berraktibatuko den eta zenbat langile bueltatuko diren lanpostuetara. Bestetik, langabeziaren gorakadak langile guztien bizi baldintzetan izango duen eragina ere ikustear dago, hau da, kapitalak zenbat ordainaraziko dion langile klaseari bere krisia.

Izan ere, oraingoz behintzat, datuak ez dira batere positiboak. 2020ko martxoa amaitzerako, 14.364 langabe gehiago zeuden Hego Euskal Herrian, guztira, 165.578. Apirila amaitzerako, 13.507 pertsona gehiago sartu ziren langabezian, eta guztira, 179.085 ziren langabeak. Zerbitzuen sektorea kolpatu du gogorren langabeziak, eta industriak eta eraikuntzak jarraitu diote atzetik. Adierazpen argigarria da langabeen ia %8k 25 urte baino gutxiago dituela, martxoko datuen arabera. 2008an abiatu zen krisialdiaren hilabeterik larrienetan ere ez zituzten hainbeste langabe erregistratu Nafar Lansareko

**2008an abiatu
zen krisialdiaren
hilabeterik
larrienetan
ere ez zituzten
hainbeste langabe
erregistratu
Nafar Lansareko
eta Lanbideko
bulegoetan, eta
aurretik, hiru aldiz
baino ez da gainditu
10.000 langabe
berriren langa:
2009an, 2010ean
eta 2012an**

ko eta Lanbideko bulegoetan, eta aurretik, hiru aldiz baino ez da gainditu 10.000 langabe berriren langa: 2009an, 2010ean eta 2012an.

Beraz, koronabirusak eragindako krisiak bete-betean egin du topo krisi ekonomiko bat iragarri dezaketen datuekin. Horiei, gainera, gehitu egin behar zaizkie osasun-krisiaren kointuntura baliatuta ezarri diren Aldi Baterako Enplegu Erregulazio Espedienteak (ABEEE), langabezia-tasa nabarmen handitu dutenak. Apirilaren 30era bitarteko datuen arabera, Hego Euskal Herrian 202.629 behargin zeuden aldi baterako lan-erregulazio txostenen eraginpean. Apirila hasterako, Hego Euskal Herriko enpresen %37k zuten eginga ABEEE bat ezartzeko eskaera, eta Confebasken arabera, 58.893 ziren ordurako aldi baterako erregulazioan zeuden enpresak. Batez beste, enpresa horietako langileen %84ri ezarri zizkieten espedienteak. Epe ertainera begira, badirudi enpresetako askok ez dutela koronabirusa agertu aurreko



**Gizartearen
gehiengoak uste
duenetik urrun,
pobrezia egiturazko
egitatea da, ez
aberastasunaren
kudeaketaren eta
birbanatzearen
arazo huts bat**

**Pobrezia errealaren datuek adierazten dute
oinarrizko premiak ez direla beti asetzen.
EAEko datuei erreparatzen badiegu,
ikusten dugu tasa % 4,2tik % 6,1era
igo zela 2008tik 2018ra bitartean. Datu
erlatiboak erabilia, badirudi ez dela igoera
handia, baina datu absolutuei erreparatzen
badiegu, ikusiko dugu 90.678 pertsonatik
132.431 pertsonara pasatzen dela**

jarduera ekonomikoa berreskuratu, eta horrek eragin nabarmena izango du langile klasearen sektore desberdinetan. Ikustear dago, bestalde, zenbat enpresak baliatuko duten egoera lantegiak ixteko edota aldi baterako kontratatutako langileak kanporatzeko.

KAPITALISMOA ETA LANGILE KLASEAREN POBREZIA

Langabeziaren inguruan aritu ostean, langile klasearen erreprodukzioari heldu diezaiokegu modu orokorragoan. Denbora tarte oraindik oso laburra izan denez, ia ezinezkoa da epidemiak akumulazioan eragindako asaldurek proletariotzaren bizi baldintzetan izan dituzten ondorioak kuantifikatzea. Horregatik, krisi kapitalistak orain arte baldintza horiek nola aldatu dituen identifikatu behar dugu, gaur egungo egoerara estrapolatu ahal izateko.

Gizartearen gehiengoak uste duenetik urrun, pobrezia egiturazko egitatea da, ez aberastasunaren kudeaketaren eta birbanatzearen arazo huts bat. Diru-sarrerarik eza ekoizpen harreman kapitalistetatik dator, eta horrek esan nahi du langile klasearen geruza zabalek ezin dituztela lortu bizirauteko gutxieneko baliabideak. Horrek etxebizitza, elikadura, energia eta kontsumo-ohiturak bezalako aukerak eragiten die. Auzi horiek guztiek eragin zuzena

dute pertsonen osasunean, eta horrek berebiziko garrantzia du egun bizi dugun egoeran.

Hala, pobrezia errealaren datuek adierazten dute oinarritzko premiak ez direla beti asetzen. EAEko datuei erreparatzen badiegu, ikusten dugu tasa % 4,2tik % 6,1era igo zela 2008tik 2018ra bitartean. Datu erlatiboak erabilia, badirudi ez dela igoera handia, baina datu absolutuei erreparatzen badiegu, ikusiko dugu 90.678 pertsonatik 132.431 pertsonara pasatzen dela. Hau da, 10 urtean, 41.753 pertsona gehiago daude egoera horretan. Beste adierazle batzuei erreparatzen badiegu, ikusten dugu 2018an 446.695 pertsona zeudela pobrezia eta gizarte-bazterketa arriskuan EAEn, alegia, 2016an baino % 16 gehiago. Eustatek emandako definizioaren arabera, adierazle horrek pobrezia arriskuan dauden pertsonen, gabezia material larrian daudenei edota lan intentsitate oso txikiko etxeetan bizi direnei egiten die erreferentzia. Dena den, Espainiako Estatu mailako datuetara joz gero, errealitatea are gordinagoa dela ohartuko gara. 2008an pobrezia tasa % 19,8koa zen, eta etengabe hazi zen, 2016an % 22,3ra eta 2018an % 21,5era iritsi arte. Azken datu horrek adierazten du 2018an 10.031.900 pertsona zeudela pobrezia arriskuan. Nolanahi ere, garrantzia duen datu bat da, 2019an Espainiako Estatu biztanle-

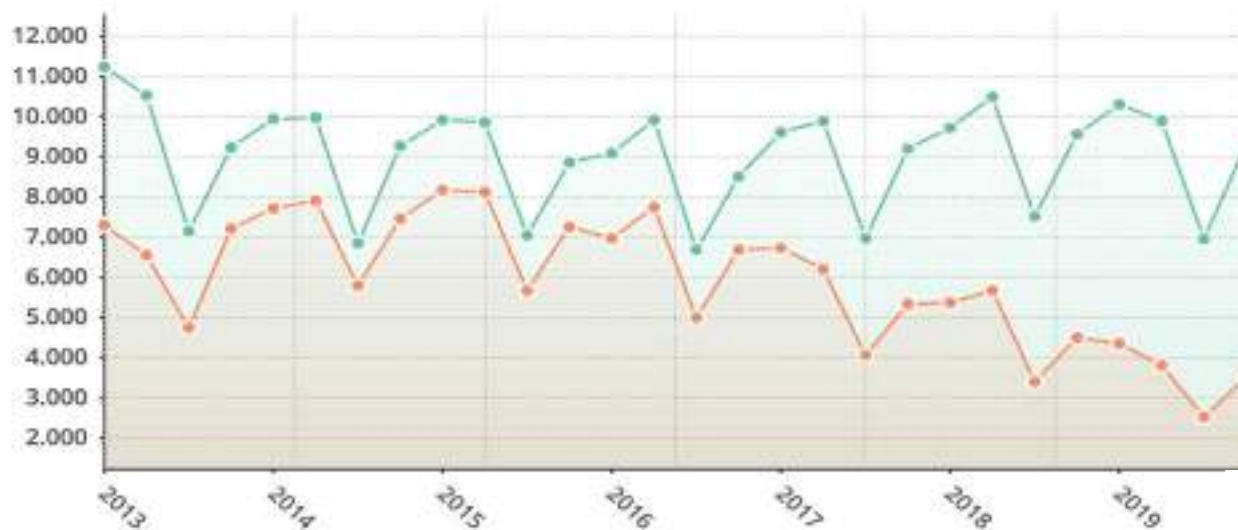
riaren % 55,3k (26.046.517 pertsona) nolabaiteko zailtasunak baitzituzten hilabete amaierara iristeko.

UNICEFen arabera, desnutrizioak, gehiegizko pisuak edo obesitateak eta funtsezko mantenugaien gabeziek (burdina edo bitaminak) eragindako malnutrizioak gero eta gehiago eragiten die mundu osoko familia pobreei, eta horrek bizirauteko edo osasun ona izateko aukerak murrizten ditu. 2019ko Espainiako Osasun Inkesta Nazionala (ENS) aztertuz gero, ikus dezakegu 2 eta 17 urte bitarteko pertsonen % 24,7k obesitatea edo gehiegizko pisua dutela EAEn, eta % 15ek Nafarroako Foru Erkidegoan. Edonork lotu lezake hori oparotasunarekin, baina, egia esan, baliabide falta elikadura txarrarekin lotuta dago.

Etxebizitzari dagokionez, diru-sarrerarik ezak hipoteka edo alokairua bezalako gastuei aurre egiteko ezintasuna eragiten du. Honako grafiko honek Espainiako Estatuan 2013tik hiruhileko bakoitzean egindako etxebizitzaren kopurua adierazten du. 2019ko azken hiruhilekoan 13.612 etxe kaleratze izan ziren, alokairua edota hipoteka ez ordaintzeagatik. Eustaten datuen arabera, 2018an, batez beste 2.979 pertsonak erabili zuten etxerik gabeko pertsonentzako zentroen sarea egunero, hau da, 2016an baino % 25,6 gehiagok. Gertakari horiek erakusten





**IRUDIA**

Espainiako Estatuan 2013tik hiruhileko bakoitzean egindako etxegabetzeen kopurua. Berdez alokairua ez ordaintzeagatik eta laranja hipoteka ez ordaintzeagatik

ITURRIA

CGPJ, www.epdata.es

2019ko azken hiruhilekoan 13.612 etxe kaleratze izan ziren, alokairua edota hipoteka ez ordaintzeagatik. Eustaten datuen arabera, 2018an, batez beste 2.979 pertsonak erabili zuten etxerik gabeko pertsonentzako zentroen sarea egunero, hau da, 2016an baino % 25,6 gehiagok

dute, beste behin ere, ordena sozial kapitalistaren izaera erabat bortitza, ez baitu ikararik sentitzen milaka familia kanporatu eta miseria osora kondentzerako orduan.

2019an Gurutze Gorriak 1.415 familia artatu zituen EAEn, eta horietatik % 50ek elikadura egoki baten edo etxeko tenperatura egoki baten artean aukeratu behar zuten. Hainbat ikerketak frogatu dute lotura dagoela etxean denbora luzez tenperatura desagokian egotearen eta arnas gaixotasunak edo gaixotasun kardiobaskularrak izateko arriskuaren artean. Gaixotasun horiek, COVID-19arekin konbinatuta, hiltzeko probabilitatea handitzen dute neurri handi batean.

COVID-19AREN ONDORIOAK

Esan bezala, langile klaseak bizi duen kalbario horren zati handi bat akumulazioaren garapenaren eta Erreserbako Industria Armadaren hazkuntzaren araberakoa da. Beraz, azkenik, gure buruari galdetu behar dioguna da nola eragingo dion COVID-19ak akumulazioari. Nazioarteko Diru Funttsak eta Munduko Bankuak iragarri duten bezala, pandemia honek krisi kapitalista areagotzen badu, 2008tik aurrera bizitakoak baino are egoera okerragoak eraginez, aurreko atalean deskribatutakoaren antzeko egoera bat aurreusosatu dezakegu.

EAEn ados daude Arantza Tapia, Iñigo Urkullu lehendakaria eta Confe-

bask, «koma ekonomikoa» saihesteko, ekoizpena geratzea saihestu behar dela esatean. Era berean, baina, plantillak murrizteko ABEEEak sustatu dituzte. Kontua da kapital konstanteak, kapital aldakorrek ez bezala, erabiltzen ez den balioa galtzen duela (amortizatu egiten da) balio hori merkantziara transferitu ordez: «Kapitalaren alferreko aurrerapena da, eta galera hori positibo bihurtzen da; agerpen horretan gastu gehigarriak behar dira lanari berriro ekin ahal izateko» (gainera, beste faktore batzuk sartuko lirateke jokoan, hala nola, fidelizazioa edo merkatu kuota).

Aldi berean, azken hamarkadako gainakumulazioak, azaldu dugun be-



zala, kapital aldakorraren soberakina sortzen du alde batetik, gainbalio falta dela-eta kanporatu egin behar dena; horretarako, ABEEEak erabiliko dira, noski, baina, batez ere, aldi baterako lanen eta, pandemia amaitzean, lan-erregulazio txosten klasikoaren artean mugitzen diren langile horiek guztiak ez kontratatzea bilatuko da. Beste alde batetik, gainakumulazioak EIA handitzeko premia larria ere sortzen du, kontratatutako kapital aldakorrari presio egin diezaion, erauzitako gainbalio absolutua eta erlatiboa handitu daitezen: soldata errealeak jaitea, lanaldiak handitzea (aparteko orduak...), behin-behinekotasuna sustatzea... Jakina, EIA handitzeko bi bide horietan urrats handiak egin dira 2008tik, baina izua eta salbuespena nagusi diren une honen modukoak aukera paregabeak dira lan horiek modu zainduan intentsifikatzeko. Kontrajoeak direlakoak azkartu egiten dira momentuotan.

Baina konpainia handiak ez dira denbora tarte honetan EIA elikatuz kapital aldakorra alde batera utziko duten bakarrak; izan ere, autonomoen zati handi bat, mikroenpresak (10 langile baino gutxiago), enpresa txikiak (50 langile baino gutxiago), baita ertainak ere (250 langile baino gutxiago) oso egoera txarrean geratuko dira, nahiz eta kontu hori zertxobait konplexuagoa den. Gehien-gehienek jarduera eten beharko dute, diru-sarrerarik gabe, baina kostu finkoei aurre eginez; hala nola, alokairuari. Askok kapital handiagoen merkantziak saltzen dituzte, eta, beraz, hornitzaileek emandako kredituaren mende daude erabat. Esportazioan eta inportazioan diharduten beste batzuk erori egingo dira, beste herrialde batzuen (Txina, adibidez) akumulazioa moteldu egingo delako. Ekoizle txikiek aukeratu egin beharko dute banatzailen botere monopsonistari aurre egitearen ala salgaiak jartzeko kanalak itxita aurkitzearen artean. Nolanahi ere, oro har, negozio txiki horiek ez dute kapitala metatzeko eta eskala zabalduan erreproduzitzeko gaitasunik; beraz, egindako gainlan hori kapital

handiaren irabazi modura materializatzen da (hornitzaileak, banatzaileak, bankuak, hartzekodunak...). Hortaz, horien artean arestian aipatutako joera hedatuko da, hau da, gainbalio gehiago erauztea kapital aldakor gutxiagori, baina eurentzat metatu gabe. Gainera, negozio horien itxiera masiboarekin kapitalaren zentralizazioa agertuko da (batez ere enpresa ertainetan); irabazi-tasaren jaitsierari aurre egiteko oso ohikoa den beste mekanismo bat (konposaketa organikoa handitu gabe metatzeko, merkatu-kuota handitzeko, teknifikazioan lehitzeko...). Dena den, oraingo honetan barne-merkatuari begira baino ez dute ahalbidetu kapital txikien lapurreta, kanpoko kapitalen aurka blindatu diren bitartean, enpresa jakin batzuetan eros daitekeen partaidetza %10ean mugatuz.

Koronabirusaren pandemia neurri kontra-emaile horiek ezartzeko abagune egokia izan arren, ekoizpenaren geldialdi osoak edo partzialak beste arazo potolo bat dakar, agintariek alde batera utzi ez dutena: gainbalio eskasia okertzen du. Bi aurpegi ditu arazo horrek: lehen aurpegia ekoiztutako gainbalioa gauzatzeko zailtasunak dira, berankortasun arazo modura adierazten dena. 2008ko krisiaren oso antzera, ez-ordaintzeen kate batek (maileguak, errentak, interesak, hornidurak... azken batean gainbalioa edo soldata direnak) are gehiago murriztuko du ekoizpenak itzultzen duen gainbalioa, ez-ordaintze hori «baimenduta» egon ala ez. Arazo honen beste aurpegia sinpleagoa da: ekoizpenik ez badago, ez dago gainbaliorik. Hori erraza da; pandemiak zenbat eta kapital gehiago desmobilizatu, orduan eta gainbalio gutxiago erauziko da. Nolanahi ere, gaineratutako eskariaren arazo bat izatetik urrun (progresismoak planteatutako duen bezala), oso garrantzitsua da azpimarratzea gainbalio falta dela gauzatzeko arazoaren arrazoia (kredituarena edota prezioena bezala), eta ez alderantziz.

COVID-19aren egungo testuinguruarekin lotutako askoz aspektu gehiago daude, aipatu ez ditugunak. Oro

Azken hamarkadako gainakumulazioak, azaldu dugun bezala, kapital aldakorraren soberakina sortzen du alde batetik, gainbalio falta dela-eta kanporatu egin behar dena; horretarako, ABEEEak erabiliko dira, noski, baina, batez ere, aldi baterako lanen eta, pandemia amaitzean, lan-erregulazio txosten klasikoaren artean mugitzen diren langile horiek guztiak ez kontratatzea bilatuko da



Koronabirusaren pandemia neurri kontra-emaila horiek ezartzeko abagune egokia izan arren, ekoizpenaren geldialdi osoak edo partzialak beste arazo potolo bat dakar, agintariek alde batera utzi ez dutena: gainbalio eskasia okertzen du

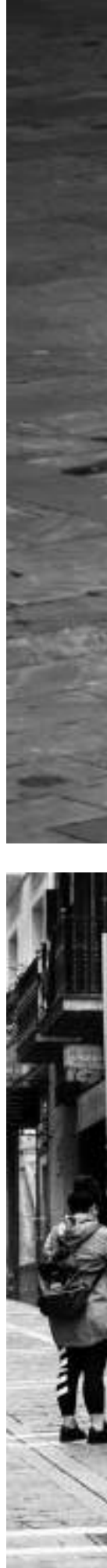
har, epidemiaren eragina aho biko arma da, gainbalio eskasia areagotzen duen aldi berean, gainbalio tasa handitzeko eta kontrajoeren bidez kapital konstantearen pisua murrizteko (debaluatuz) palanka gisara balio baitu.

Kontuan hartu beharreko beste elementu bat dira «krisia arintzeko hartu diren neurriak»; hala nola, Espainiako Gobernuaren «talka-plana». Hala ere, Hodei Mendinueta *gedar.eus* web orrialdean argitaratutako artikuluan aurki dezakezue neurri horien azalpen zehatz bat. Bertan azaltzen digu politika ekonomiko hedakorrak balio transferentzia hutsak direla, eta politika horiek ez dutela baliorik sortzen; beraz,

zerga-politika guztiek (salbuespenak, diru-laguntzak...) eta moneta-politika guztiek (QE, interes tasaren murrizketak...) joerak leundu besterik ezin dute egin, ez joerak aldatu. Mendinueta bere artikuluan dioen bezala, gainbalio eskasia da garrantzitsuena auzi horien edozein alderdi aztertzean. Koronabirusak ez du krisia sortzen, krisiaren alderdi desberdinetan eragin baizik. Krisia kapitalak sortzen du.

Nabarmentzekoa da birusak gogor kolpatu dituela eta kolpatuko dituela sektorerik babesgabeenak, hau da, Euskal Herrian gero eta zabalagoa den proletariotza. Enpleguaren galerak eta gizarte-prestazioak murrizteak familia

Koronabirusak ez du krisia sortzen, krisiaren alderdi desberdinetan eragin baizik. Krisia kapitalak sortzen du





**Enpleguaren galerak eta gizarte-
prestazioak murrizteak familia asko
etxegabetzea ekarriko du, alokairuak
edo hipotekak ordaintzeko ezintasuna
dela-eta, eta elikagaiak edo berokuntza
ordaintzeko ezintasunaren miseriara
jaurtiko ditu, osasuna arrisku larrian jarritz**

asko etxegabetzea ekarriko du, alokai-
ruak edo hipotekak ordaintzeko ezin-
tasuna dela-eta, eta elikagaiak edo be-
rokuntza ordaintzeko ezintasunaren
miseriara jaurtiko ditu, osasuna arrisku
larrian jarritz. Bizi baldintzei buruz aur-
keztu diren datuak dagoeneko nahiko
gordinak baziren, hobetu beharrean,
okerrera egingo dutela dirudi. Eta go-

bernuak neurri batzuk onartzen badi-
tu ere, neurri horiek adabaki bat bes-
terik ez dira izango, eta proletarizazio
prozesu azkar baten aurrean egongo
gara. Politika publikoen bidez (erreska-
teak...) galerak sozializatu eta etekinak
pribatizatuko dituzte; beraz, orain bai
esan dezakegu krisi hau, guztiak beza-
la, langile klaseak ordainduko duela.

EMAKUME LANGILEON BIZKAR

Eta kolpatutako langile klaseari dagokionean, emakume langileen egoera ere bere berezitasunez jantzi da krisi kapitalistaren areagotze horretan. Alde batetik, testuinguru berezi bezain gogor honetan Espainiako Gobernuak «funtsezko zerbitzu» modura izendatu dituen lan sektore asko dira feminizatuta dauden sektoreak. Etxeko lanen % 90 egiten dituzte emakumeek; gizarte zerbitzuetan jarduten dutenen % 82 emakumeak dira, osasun-zerbitzuetan % 77, eta komertzio txikietan % 70. Osasun-langileen egoera aztertzean esan dugun modura, emakume langile horiek guztiek ere lanera joatera behartuta ikusi dute euren burua, baina kasu askotan ez dituzte euren osasuna bermatzeko beharrezko babes neurriak izan. Era berean, osasunarekin lotutako arazoek edota familia arteko pertsonen zaintzak sortutako eritasun bajek alde batetik, eta langile berriak kontratatzeak beldurrak (birusa izateko aukeraren ondorio), bestetik, lanean daudenen lan-orduak eta funtzioak areagotu ditu, lanaldi nekagarriak eta estres maila handiak eraginez.

URA GORAINO

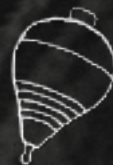
Garbiketaren sektorea, besteak beste, funtsezkotzat jo du Espainiako Gobernuak, baina ez da bereizketarik egin martxan dauden guneen eta itxita daudenen artean. Hala, ehunka garbitzaile behartu dituzte itxita dauden zentroetara lanera joatera. Gainera, behin eta berriz errepikatu dute, ez dutela babesteko baliabiderik izan ia. Aipatzekoa da, adibidez, EHUKo garbitzaileen kasua: greban zeuden pandemia hasiurretik, eta krisia hastean, % 100eko gutxieneko zerbitzuak inposatu zizkieten.

Etxeko langile egoiliar modura lan egiten dutenen kasua ere bereziki gogorra da. Askok salatu dute alarma egoera amaitu artean ez dietela lan egiten duten etxeetatik ateratzeko baimenik ematen, eta lehendik konfinatuta egonda, denbora gutxian, haien egoera asko lastu dela diote. Era berean, prostituzioan aritzera behartutako emakume asko kalean geratu dira prostituzio-etxeak ixtean. Zenbait kasutan lokaletan geratzea negoziatzea lortu badute ere, etorkizuneko zorrak hantitzearen bitartez izan da. Beste kasu batzuetan, eskariak aurrera jarraitzen duenez, lanean jarraitzen dute, euren osasuna arrisku larrian ipiniz.

Langileriak bizi duen errealitatearen magalean hedatu diren kaleratze eta aldi baterako lan-erregulazio dosierrez gain, obra edo zerbitzu zehatz baterako kontratua zuten beharginak lan-erregulazioetatik kanpo geratu dira, eta askok, ez dute prestazioetara jotzeko aukerarik ere. Etxeko langileena kasu nabarmena da atsekabe testuinguru horretan: 2011. urtean Nazioarteko Lan Erakundeak etxeko langileentzako baldintzak arautzen zituen hitzarmen bat ezarri zuen, 189 hitzarmena. Nahitaezko izaera izan dezan, ordea, estatu bakoitzak berretsi behar du, ez baita derrigorrezkoa. Espainiako Estatuak, adibidez, ez du berretsi. Hortaz, Gizarte Segurantzako araubide berezi baten menpe dagoen sektore honek ez du langabezia prestazioa jasotzeko eskubiderik.

Apirilaren 2an, sektore honentzako ez-ohiko dirulaguntza onartu zuen Espainiako Ministroen Kontseiluak. Dirulaguntza horrek, baina, martxoaren 14a baino lehen Gizarte Segurantzaren alta emanda zeuden langileak barne





**Langileriak bizi duen
errealitatearen magalean
hedatu diren kaleratze eta
aldi baterako lan-erregulazio
dosierrez gain, obra edo
zerbitzu zehatz baterako
kontratua zuten beharginak
lan-erregulazioetatik kanpo
geratu dira, eta askok,
ez dute prestazioetara
jotzeko aukerarik ere**

biltzen ditu soilik. Ez da kontuan hartu, alde batetik, sektore honetan diharduten askok orduka lan egiten dutela eta hilabetean 60 ordu baino gutxiago egiten badituzte, enplegatzaileak ez dautela kontratua egitera behartuta (nahiz eta astean 40 ordu baino gehiago lan egiten duten gehienek). Gainera, bestetik, ez dute kontuan izan lan sektore hori, egoiliar modalitatean batik bat, atzeritik datozen eta, beraz, bizileku edo lan baimenik ez duten emakume askorentzako babesleku izaten dela. Hala, etxeko langile gisara diharduten emakumeen % 40 inolako dirulaguntzarik gabe geratu dira. Etxeko langileen eta emakume etorkinen hainbat kolektibok euren bizi baldintzak bermatzeko mekanismoak martxan jarri behar izan dituzte, horien artean, alokairuko gastuak, mantenua edota lekualdatzeak bermatzeko erresistentzia kuxak.

Menpekotasuna duten pertsonen (haurrak, helduak nahiz desgaitasunak dituztenak) zaintza-lan asko soldatapeko lan bilakatu badira ere, egungo egoerak jarraipena eman dio aurretik ere gizarte zerbitzuen beherakadak eta pribatizazioek hasitako prozesuari. Modu horretan, etxera bueltan etorri dira lan horietako gehienak, berriz ere emakumeen gain jausi direlarik. Askok, euren enpleguak utzi behar izan dituzte zaintza-lan horietaz arduratu ahal izateko, ez baitute beste pertsona bat kontratatze baliabide ekonomikorik. Batzuek, lanaldi osoak lanaldi partzial bihurtu behar izan dituzte, eta lanaldi osoan jarraitzen dutenak, batzuk etxetik lan eginez, lan karga izugarria jasaten ari dira. Ikustekoa da horrek guztiak pertsona horien osasunean izango dituen ondorio psikologiko zein fisiokoak nolakoak izango diren.

LAU HORMAREN ARTEKO ERREALITATEAK

Krisialdi honetan gobernuak ezarritako konfinamenduak goitik behera aldatu du gure egunerokotasuna. Orain, etxean ditugunekin elkarbanatu behar ditugu eguneko 24 orduak, eta egoera muturrekoa eta sostengaezi-

na bilakatu da tratu txarrak jasaten dituzten emakumeentzat. Indarkeria eta erailketa matxisten kasu gehienak etxe barruan ematen dira. Egunduz dugun egoeraren aurrean, elkarbizitza bakandu horrek tentsioak sortzeko aukera asko sortzen ditu, tratu txar jarraituen kasuan, indarkeriaren gogortze baterako abagunea handituz. Jakin badakigu, gainera, indarkeria mota hau areagotu egiten dela bizikidetzaren egonkortzen edo handitzen den unetan; adibidez, oporraldietan.

Horren harira, Emakundek adierazi du 0. astean, hau da, martxoaren 7tik 13ra, 90 salaketa egon zirela eta ondorengo asteetan salaketak erdira jaitsi zirela. Hori hainbat arrazoren ondorio izan daitekeela azpimarratu dute. Alde batetik, erasotzailearekin bizitzen ari diren bitartean, emakumeek salatzeke izan dezaketen aukera murriztagoa da eta beldurra areagotu egiten da. Bestetik, askotan erasotzaileak bikote kide ohiak izan ohi dira eta konfinamenduak eraso horiek oztopatu ahal izan ditu. Beste hipotesi batzuek diote konfinamendua amaitzeak erasoaren areagotzea ekarriko duela.

Dena den, 2020an lau erailketa matxista izan dira jada Euskal Herrian, aurreko urte osoan zenbatutako kopuru berdina. Horietako bat konfinamendu garaian izan zen, Soraluzen. Espainiako Estatuan, aldiz, 17 hildako izan dira martxora bitartean, eta horietako bat alarma egoera ezarrita gertatu zen. EAEn aurkeztu diren salaketan datuak oraindik ez baditugu ere, Espainiako Estatuan, 2000 salaketa inguru izan ziren konfinamendua hasi zen astean.

Indarkeria matxista pairatzen duten eta jasateko arriskuan dauden emakumeen egoera are larriagoa bihurtu bada ere, baliabide aldetik, askok muga argiak izan ditzakete egoera horri aurre egiteko. Emakume langile askok, telefono mugikorra izan arren, mugatuta izan dezakete horien erabilera, erasotzailearen kontrola dela-eta. Kalera ateratzeko duten aukera ere oso mugatuta egon daiteke, eta beraz, farmazietan indarkeria matxista salatzeke sortutako











baliabideak ere ezin dituzte erabili. Azken finean, salaketa emakumearen esku geratzen da, horretarako dituen oztopo guztien jakitun izanik.

ERORIALDIA

Emakume langile askoren errealitate gogorrari ere erreparatuta, argia da parez pare ikusten ari garen eszenatokiak ez duela itxura onik langileriarentzat. Krisi honen ondorioz eman daitezkeen murrizketa eta berregituraketa guztiek, besteak beste, zaintza-jardunak ardatz dituzten lan askoren etxeratzea eragin dezakete, eta neurri handi batean emakume langileen gain erori daitezke berriro, horrek dituen ondorio guztiekin. Egoera horrek sortu dezakeen miseriak indarkeriaren testuingurua areagotzea ekarri dezake, eta emakume langileek, beste behin, haien azalean biziko dutela aurreikusgarria da.

Oro har, nahasmena eta izua sortu ditu COVID-19aren agerpenarekin piztu den larrialdi egoerak, eta kapitalak, aztoramen eta izu hori nahiz zalantzan jarri den lan harremanen esparrua baliatuko ditu orain, harreman sozial kapitalistek behar duten berregituraketa gauzatzeko. Langile klasearen lan eta bizi baldintzak oraindik ere prekarizatuagoak eta makurragoak izango direla dirudi, gero eta oztopo gutxiagorekin, erantzun modura ez bada, behintzat. Gero eta ozenagoa da iragarpena: erorialdia bizkortu duen eta bizkortuko duen krisialdia da COVID-19ak eragindakoa. /





*Irudimena gartzelan, etxean
burua koadernoan hustu beharrean.*

*Ekiteko ezintasunean,
askatasun politikorik ez ostean,
medikuen ahaleginak bitartean.*

*Nire tripek orruka diote kiribilean,
zirriborroak paperean,
egin daitekeena pentsatzean.*

***Bihotz gorriok, sumintzean
zerbait dugu amankomunean
aukera bakarra ikustean
klaserik gabeko gizarte batean.***

KOLABORAZIOA

2020ko apirilaren 28a

Ander Goiatxe
eta Unai Segurola

COVID-19aren muinetik bizi dugun egoera politikoaren analisisira

54. Astea





Esku artean duzun lan hau joan den martxoaren 18an *Gedar Langile Kazeta*-n argitaratutako «COVID-19aren hedapenak sortu duen egoeraren inguruko hainbat gako» lanaren berrikuspen, osaketa eta jarraipena da [1]. Koronabirus berriaren gaineko ekoizpen zientifikoak duen abiadura izugarria dela eta ezinezkoa izan zaigu esparru guztietan behar bezainbeste sakontzea. Gainera, azken asteotan analisi eta neurri politikoak etengabe berritzen ari dira, eta lehen zirriborroak argia ikusten ari diren arren, oraindik goiz da pandemia honek ekarriko dituen ondorioen dimentsio erreala ezagutzeko. Hori dela medio, gerta liteke hemen aipatutako datu edo hipotesi batzuk denborarekin okerrak izatea. Hala ere, gure mugez jakitun, beharrezkoa ikusi dugu zenbait elementu berriz ere mahaigaineratzea, analisi eta batez ere jardun politikorako laguntza izan daitezen.

Testua lau ataletan dago antolatuta. Lehen atalak aspektu medikoak lantzen ditu, COVID-19aren beharrezko nozio batzuk garatzeko eta hurrengo atalak errazago ulertzeko balio duelarik. Bigarren atala pandemia garaian erabiltzen diren osasun-politika eta estrategien gaineko azalpen bat da. Hirugarrena Espainiar Estatuko egoeran zentratzen da, bizi dugun testuinguruaren gaineko zenbait ondorio eskaintzearekin batera. Azkenik, laugarrenak, etorkizuneko agertoki posibleak lantzen ditu perspektiba epidemiologikotik.

EDUKIEN AURKIBIDEA

1. COVID-19aren eta koronabirus berriaren inguruko zenbait gako — 58

1.1 COVID-19aren fisiopatologia — **58**

1.2 Ezaugarri klinikoak — **58**

1.3 Transmisioa — **60**

1.4 Immunitatea — **61**

1.5 Datu epidemiologikoak — **63**

2. Osasun-politikak pandemia garaietan — 65

2.1 Osasun-politikako tresna nagusiak:
esku-hartze ez-farmakologikoak (IEF) — **65**

2.2. Esku-hartze ez-farmakologiko nagusiak COVID-19aren aurrean. Prebentzio neurri orokorrak, kutsatuen detekzio goiztiarra eta kontaktuen miaketa, eta urruntze-neurriak — **66**

2.3. COVID-19ari aurre egiteko estrategia posibleak — **70**



3. Espainiako Estatuko egoera. Gobernuak harturiko neurrien analisia eta bizi dugun egoeraren gaineko zenbait apunte — 75

3.1 Espainiako Gobernuak pandemiaren
aurrean harturiko neurrien analisia — **75**

3.2 Honek guztiak utzitako testuingurua:
abagune iraultzailearen irekiera — **81**

4. Hurrengo urteetara begirako agertoki posibleak — 82

5. Bibliografia — 84

1. COVID-19AREN ETA KORONABIRUS BERRIAREN INGURUKO ZENBAIT GAKO

Azter ditzagun lehenik eta behin SARS-CoV-2 deituriko koronabirus berriaren eta batez ere horrek eragiten duen COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) gaixotasunaren zenbait gako. Oraingo honetan ez ditugu aurreko testuan[1] landutako alderdiak berriz ere aipatuko, eta nahi izatekotan bertan aurkituko dituzue: koronabirusen azalpen orokor bat, SARS-CoV-2-aren jatorriaren gaineko hipotesiak, COVID-19aren sintomatologia...

1.1. COVID-19aren fisiopatologia

SARS-CoV-2 koronabirusak arnas aparatu osoa (goi eta behe arnasbideak eta birrikak) erasateko gaitasuna dauka, bertan aurkitzen diren zelulen hartzai-le batzuetara lotu, zeluletara sartu eta horien barnean behin eta berriz biderkatzearen bidez infekzioa garatuz[2]. Infekzioaren aurrean gure gorputzak inflamazioa jartzen du martxan birusari aurre egin ahal izateko. Inflamazio hori goi arnas bideetara mugatu edo arnas aparatu osora zabaldu daiteke, neumonia eraginez. Hain zuzen ere, biriketan gertatzen den erantzun inflamatorioaren ondoriozko gaitzari deitzen zaio neumonia, COVID-19aren manifestazio larri nagusia dena[2].

Berriki zenbait ikerlarik proposatu dute gaixotasunaren garapena edo patogeneizitatea elkarloturik dauden bi gertaera nagusitan oinarritzen dela: batetik birusak berak eragindako kaltea eta bestetik birusaren aurrean gure organismoak aktibatutako erantzun inflamatorioaren ondoriozko kaltea[3]. Izan ere, erantzun inflamatorioak hasiera batean babestu egiten gaituen arren, puntu batetik aurrera kalte gehiago egin dezake onura baino[3]. Azaldu-takoan oinarrituta, gaixotasunaren bilakaera hobeki ulertzeko eta honen bidez aukera terapeutikoak hobeki zehazteko hiru fase proposatu dituzte[3]. Fase horiek ez dira zertan beti gertatu eta horietan aurrera egin ahala gaixotasunaren larritasuna areagotzen da[3].

• *Lehen fasea edo arina - infekzio goiztiarra.* Fase honetan birusaren inokulazioa eta gaixotasunaren ezarpen goiztiarra ematen dira, kaltea batez ere birusari dagokiona delarik. Gaixotasun arina gertatzen da, normalean soilik goi arnasbideak erasanez, eta sintomak, egonez gero, honakoak lirateke: sukarra, eztula, eztarriko mina, ahulezia, giharretako mina (mialgiak) edo/eta usaimen eta dastamenaren galera[2,4,5]. Infekzioa pairatzen duten pertsona gehienek fase honetan birusaren hedapena geldiaraztea eta sendatzea lortzen dute, pronostikoa oso ona izanik.

• *Bigarren fasea edo larria - biriken erasatea.* Fase honetan gaixotasuna nagusiki biriketan ezartzen da, birusaren ugalketa eta neumonia edo biriketako inflamazio lokalizatua ematen direlarik. Fase honetan, beraz, erantzun inflamatorioa gehitu egiten da, birusak oraindik ere eragina izan arren, gaixotasunaren zati bat inflamazio horren ondorioz gertatzen delarik. Fase honetan pertsona gehienek ospitaleratu beharra izaten dute, eta sintoma nagusia neumoniak eragindako disnea da, hau da, arnasa hartzeko zailtasuna edo aire faltaren sentsazio subjektiboa.

• *Hirugarren fasea edo kritikoa - gehiegizko inflamazio sistemikoa.* COVID-19a duten pazienteen gutxiengo bat gehiegizko inflamazio sistemikoa edo gehiegizko erantzun proinflamatorioa gertatzen den hirugarren eta azken fasera iristen da. Fase honetan inflamazio sistemikoa gertatzen da, birikez gain beste hainbat organo erasaten direlarik (bihotza, giltzurrunak...). Horren ondorioz, arnas gutxiegitasuna zein arnas distres sindrome akutua (arnasketa mekanikoa behar izan dezaketena), shocka, disfuntzio multiorganikoa, koagulazio arazoak, bihotz-birika geldialdia eta heriotza gerta daitezke[2,6]. Fase honetan dauden pertsonen pronostikoa oso txarra da, eta ikus dezakegunez, hain famatuak egin diren «bentiladoreez» gain, beste hainbat esku-hartze behar izaten dira.

**Pertsona batzuek
sintomarik gabeko
infekzioa pairatzen
dute**

**Pertsona
asintomatikoak
garrantzia handia
izan dezakete
gaixotasunaren
transmisioan**

1.2. Ezaugarri klinikoak

Aztertu berri dugun bezala, beraz, infekzioaren garapena ez da beti modu berean gertatzean, eta ondorioz adierazpen desberdinak ditu[2].

Pertsona batzuek sintomarik gabeko infekzioa pairatzen dute[7,8]. Sintomarik ez duten pazienteen ehunekoa eztabaidagai nabaria izaten ari da komunitate zientifikoaren artean. Ikerketa batzuek %20 inguruko zifrak estimatu dituzten arren[2,8], azken aldian egindako beste batzuek ehuneko hori askoz handiagoa dela proposatu dute, %80a iritsiz[9]. Oraindik goiz da datu zehatzak jakiteko baina ondoriozta daitekeena da, Munduko Osasun Erakundeak otsailean adierazitakoaren kontrara, pertsona asintomatikoak garrantzia handia izan lezaketela gaixotasunaren transmisioan[2,9]. Denborak eta batez ere, pertsona asintomatikoen detekzioak ahalbidetuko du ondorio zehatzagoak ateratu ahal izatea.

Infekzio sintomatikoak adierazpen espektro zabala du. Horien artean



% 80 inguruk gaixotasunaren forma arina pairatzen dute[2]. % 15ek gaixotasun larria pairatzen dute (neumonia arnasa hartzeko zailtasunarekin) eta % 5ek, gaixotasun kritikoa (arnas gutxiegitasuna, shocka edo disfuntzio multiorganikoa)[2].

Adinari dagokionez, edozein adinetako pertsonak pairatu dezakete gaixotasuna nahiz eta ohikoagoa den adin ertainekoetan eta adin handiko pertsonetan[2,6,10]. Gainera, adin handiko pertsonak (70 urtetik gorakoek eta batez ere 80 urtetik gorakoek) gaixotasun larria izateko eta heriotzerako arrisku handiagoa dute[2,6,10]. Badi-rudi horren arrazoia bi direla: adin handikoek birusaren erreplikazioa kontrolatzeko zailtasuna dutela eta defentsak adinarekin ahulagoak izatearen eraginez (immunoseneszentzia) horiek aktibatzeke erantzun proinflamatorio luze eta handiagoa izaten dutela[6,11], gehiegizko erantzun inflamatorioa garatzea erraztuz.

Umeetan infekzio sintomatikoa ez da batere ohikoa[2,10], eta badi-rudi horren arrazoiak, umek infekzioa pairatzeko sentikortasun gutxiago izatea baino, sintomak eta gaixotasunaren forma larriak pairatzeko joera txikiagoa izatea dela[4,10].

Gaur-gaurkoz ospitaleratzeke, gaixotasun larria izateko eta heriotzerako arrisku faktoreak honakoak dira: >65 urte izatea, hipertentsioa, diabetesa, gaixotasun kardiobaskularra, arnas gaixotasun kronikoa, immunogutxiegitasuna, minbizia eta obesitatea[2,4]. Gaixotasunarekin erlazioa izan dezaketen beste arrisku faktore posible batzuk lirateke giltzurrun gaixotasun kronikoa eta gibel gaixotasuna[2].

1.3. Transmisioa

Koronabirus berri honen transmisio bide nagusia arnas tantatxo bidezkoa da, hau da, doministiku edo ez-tu egitean, hitz egitean eta abar askatzen ditugun tantatxo bidezkoa. Tantatxo horiek 5 mikrometro baino gehiagoko diametroa izaten dute, eta bi metroko distantziara arte zabaltzen dira, grabi-

Infekzioa pairatzen duten pertsonen kasuan COVID-19aren sintomak izan baino 1-2 egun lehenago transmititu dezakete koronabirusa

tatea dela-eta lurrera erortzen bukatzen baitute[12,13]. Horrela, kutsatuta dagoen pertsona batek hiru modutan transmititu dezake gaixotasuna[12,13]:

- *Tantatxo horiek 1-2 metroko distantziara kutsatuarekin aurrez aurre dagoen beste pertsona baten aho, sudur edo begietako mukosara iritsita.* Hau da, kontaktu zuzenarekin batera, transmisio bide nagusia.

- *Kutsatutako pertsonekin kontaktu zuzena edukitzearen bidez.* Hori batez ere eskuen bidez gertatzen da. Adibidez, kutsatutako pertsona batek inkontzienteki bere sudurra eskuekin ukitzen duenean edo ez-tu egin eta eskuak babesteko erabiltzean tantatxo horiek eskuetara pasatzen dira. Gero esku horiek kutsatutako objektuak ukituta (kontaktu ez-zuzena) edo adibidez eskua ematean (kontaktu zuzena) osasuntsu dagoen pertsonaren eskutara iritsiko da birusa, eta inkontzienteki sudurra edo begiak ukitzearen bidez kutsatu egingo da.

- *Kontaktu ez-zuzenaren bidez.* Normalean kutsatutako pertsonak kutsatutako objektuak (izan euren eskuekin ukitu dituztelako edo zuzenean tantatxoak bertan jauzi direlako) ukitzeagatik gertatzen da. Ohiko objektuak ateen heldulekuak, jende desberdinak ukitutako botoiak, dirua, gainazalak... dira.

Birusak objektuetan iraun dezakeen denborari dagokionez honakoak dira egin diren ikerketen emaitzak. Zilarrean, kartoian, altzairu herdoilgaitzean eta plastikoen birusaren iraupena 4, 24, 48 eta 72 ordukoa izan da hurrenez hurren 21-23 °Cetan eta % 60ko hezetasunean[14]. Paperean 3 ordu iraun ditu, arropan 1-2 egun eta billete zein maskarilla kirurgikoetan 4 egun[12].

Badaude, ordea, beste transmisio

bide posible batzuk. Horietako bat aire bidezko transmisioa litzateke[12,13]. Egoera berezietan birusa duten 5 mikrometro baino diametro txikiagoko partikula edo aerosolak sor daitezke. Partikula hauek hain txikiak izatean grabitateak ez die eragiten eta airean geratzen dira, pertsona osasuntsuak zuzenean aire hori arnasterakoan kutsatzen direlarik. Oraingoz egoera eta eremu berezietan eta prozedura diagnostiko eta terapeutikoei loturik bakarrik demostratu da transmisio bide hau[2,13], baina, frogatuko balitz, paper nabaria jokatu luke jende askoren presentzia dagoen espazio itxietan gertaturiko transmisioan (etxean, lantokian, kartzelan...). Oraingoz ez dago bide posible honen inguruko ebidentzia nahikorik, baina ikusi da birusak partikula hauetan duen biziraupena ordubete ingurukoa dela[12]. Beste transmisio bide posible bat gorotz-aho bidea litzateke, baina nahiz eta birusa gorotzetan isolatzea lortu den gaur-gaurkoz ezin dugu baieztatu birusa bide honetatik ere transmititzen denik[13,15].

Azter ditzagun transmisioarekin loturiko beste zenbait kontzeptu.

Inkubazio epea birusaren esposizio momentutik sintomak garatu arteko epea da. Koronabirus berriaren batez besteko inkubazio epea 5-6 egun ingurukoa da[2,7,16,17], eta kasu gutxi batzuk kenduta sintomak garatzen dituzten gehiengoak lehen 12-14 egunetan hasten dira horiek izaten[2,7,16]. Beraz, ondoriozta daiteke orain artean ezartzen ari den 14 eguneko berrogeialdi indibidualak sintomak garatuko dituen pertsonen gehiengoak barne bil-tzen duela.

Apirilaren hasieran argitaratutako ikerketa batek egiaztatu du infekzioa pairatzen duten pertsonen kasuan



COVID-19aren sintomak izan baino 1-2 egun lehenago transmititu dezaketela koronabirusa[2,4,18]. Berriki egindako ikerketa batek jakitera eman du COVID-19 kasu baieztatuen % 12,6 transmisio presintomatikoaren ondorio direla[19], baina beste ikerketa batek estimatu du sintomak garatu aurretik pertsona hauek eragindako transmisioaren proportzioa % 48-62 artekoa izango litzatekeela[7,17,19,20]. Oraindik goiz da ehuneko horren zifra zehatz jakiteko, baina badirudi transmisioaren zati handi bat sintomak agertu baino lehen gertatzen dela, eta hau oso garrantzitsua da osasun publikoko neurriak hartzea begira[17] (maskarillak populazio osoan erabiltzea edo probak kontaktu asintomatikoek ere egitea, hauen erabilera soilik sintomak dituztenetara mugatu beharrean).

Gainera, kutsatuei sintomekin hasierako momentuan atzemandako birusaren karga handiek, birusak gaixotasunaren hasierako faseetan (sintomak hasi berriak direnean edo hasi baino lehen) kutsakortasun handia duela iradokitzen dute[2,4,7].

Oraindik ezin da guztiz baieztatu paziente asintomatikoek (izan gerora sintomak garatuko dituztenak edo ez) birusa transmitituko luketenaren hipotesia, pertsona horietan karga birala aurkitu arren, horrek ez baitu esan nahi kutsatzeko ahalmena dutenik. Hala ere, aurkikuntza horiek asko handitzen dute komunitate zientifikoan nahiko onartua dagoen hipotesia egiazkoa izatearen probabilitatea[2,4].

Azken aurkikuntza horiek pandemiari aurre egiteko erronka nabarmen handitu eta zailtzen dute[18]. Izan ere, baieztapen horietatik ondoriozta daiteke osasun publikoko neurriak ez direla soilik sintomak dituzten pertsonetan zentratu behar, eta beraz, beharrezkoa dela transmisioaren prebentzioa aurrera eramateko neurri orokorrak hartzea: komunitatean prebentzio neurriak sustatzea (eskuen garbiketa, maskarillen erabilera orokortua...)[21,22,23], diagnostiko probak egitea kutsatuekin kontaktuan egon diren edo kutsatuta egon

Osasun publikoko neurriak ez dira soilik sintomak dituzten pertsonetan zentratu behar, eta beraz, beharrezkoa da transmisioaren prebentzioa burutzeko neurri orokorrak hartzea

Birusaren aurkako immunitatea lortzeko bi aukera leudeke: gaixotasuna pairatzea edo txertoa jasotzea

litezkeen pertsona guztiei (sintomarik gabekoen transmisioa ekiditeko) bai eta sintomak dituzten pertsona guztiei[24,25], isolamendu neurriak hartzea eta abar.

1.4. Immunitatea

Joan den martxoan idatzitako testuan aipatu bezala[1], birusaren aurkako immunitatea lortzeko bi aukera leudeke: gaixotasuna pairatzea edo txertoa jasotzea. Infekzioa pairatu duten pertsonak gaixotasunaren lehen 6-15 egunen artean birusaren aurkako antigorputzak sortzen dituzte. Txertoaren helburua ere hori bera litzateke. Antigorputz horiek infekzio akutua gainditzeko defentsa mekanismo bat izateaz gain, epe luzera birusaren aurkako babesa ematen dute, oro har gaixotasuna berriz pairatzea ekidinez.

Gero eta gertagaitzagoa dirudien birusaren desagerpena gertatzen ez bada behintzat, gaixotasuna kontrolatzeko modu bakarra talde immunitatea lortzea litzateke. Talde immunitatea giza talde bateko ehuneko handi batek ($1-1/R_0$ *ikusi 1.5.1 atala) immunitatea garatzeak talde osoari ematen dion babesa da[26]. Txertoaren bidez edo gaixotasuna pasatuta «babesturik» daudenei esker, kutsatu litezkeen pertsona kopurua murriztuko litzateke, gaixotasunaren transmisioa geldituz.

Badaude, ordea, erantzun immune babesle horren garapena eta eragina baldintzatzen duten zenbait faktore. Guk immunitatearen luzapena eta birusaren mutazioak aztertuko ditugu eta ondoren horien eragina ulertzeko berrikuspen orokor bat egingo dugu talde immunitatea lortzeko agertoki posibleen inguruan.

1.4.1. Immunitatearen luzapena

Badirudi gure gorputzak SARS-CoV-2aren aurka sortzen dituen antigorputzek epe luzerako babesa eskaintzen dutela, baina oraingoz ezin da jakin zenbateko iraupena izango duten antigorputzek eta beraz, ezta horiek eskainiko liguketen babesak ere[2,4]. Goi arnasbideko ohiko infekzioak (katarroa



adibidez) eragiten dituzten koronabirusen aurka sortzen ditugun antigorputzek urtebete baino gutxiagoko iraupena dute, baina SARS koronabirusak eragindakoak, berriz, babes luzeagoa eragiten dute, beste behin gaixotasuna pairatzeko aukerak nabarmen murriztuz[27]. Azken hau litzateke egoerarik onena.

1.4.2. Birusaren mutazioak

Gaur-gaurkoz ez dago ebidentziarik SARS-CoV-2ak giza populazioan barneratu zenetik jasan dituen mutazioek gaixotasunaren ezaugarrietan eraginik izan dutenaren inguruan[4]. Hori jakitea garrantzitsua izango da. Izan ere,

mutazio batzuek erantzun immune babeslearen oinarria diren antigorputzek birusa ezin detektatu izatea eragin ahaluko lukete, SARS-CoV-2ak etengabe infekzioak eragingo lituzkeelarik. Horixe da hain zuzen ere gripea eragiten duen influenza birusarekin gertatzen dena. Nahiz eta gripea pasatu, birusak izaten dituen mutazio edo aldaketek hurrengo urtean berriz ere gu gaixotzeko aukera ematen diote, eta horregatik txerto berri bat egin eta hartu behar izaten da urtero. Gerta liteke, baita ere, mutazioen eraginez birusak garatzen doazen tratamenduen aurrean erresistentzia eskuratzea[28].

1.4.3. Talde immunitaterako agertoki posibleak

Laburki azaldutako bi faktore horiek garrantzia berezia dute bizi dugun pandemia kontrolatzeari begira. Txerto posiblearen esperoan pasatu beharreko urte hauetan, birusaren desagerpena gertatzen ez bada behintzat, talde immunitatea lortzeko modu bakarra populazioaren ehuneko handi batek gaixotasuna pairatzea litzateke (%50-75 R_0 2-4 artekoa den kasuan)[4,29].

Egoerarik onenean, birusak ez luke behin eta berriz gaixotzea ahalbidetuko liokeen mutaziorik jasango eta pertsonok epe luzerako immunitatea garatuko genuke. Beraz, agertokirik



Immunitateari dagokionez probableena immunitate babesa garatzea da baina epe mugatuan

onenean, posible litzateke denborarekin (2-3 urte ala gehiago) eta txerto-rik gabe gaixotasuna kontrolatzea[4]. Egoera horretan gaixotasuna pasatu duten pertsonak nolabaiteko «erlikia sozialak» izango lirateke[4]. Era berean, gaixotasuna transmitituko ez luketenez ez lituzkete urruntze-neurriak bete beharko. Azken finean, bi talde sozial sortuko lirateke, gaixotasuna pasatu dutenak eta oraindik pasatu ez dutenak, eta neurri desberdinak bete beharko lituzke horietako bakoitzak.

Horrez gain, hipotesi hori egia izatekotan, txertoa lortu, ekoizti eta unitertsalki aplikatzea lortuko balitz, nahikoa litzateke hau behin izatearekin,

Heriotza tasa % 1,5ekoa zen apirilaren 8an. Data berean, European hildakoen % 44ek 65-79 urte artean zituzten, eta % 46ek 80 urte baino gehiago

birusa kontrolatu eta erradikatzeko aukera egonik.

Agertokirik probableenak baina, erdibideko zerbait dirudi. Immunitateari dagokionez probableena immunitate babesa garatzea da baina epe mugatuan, bi urterako adibidez. Horrek asko zailduko luke birusaren transmisioaren kontrola, birusak jada gaixotasuna pasatu dutenenak berriz ere infektatzeko gaitasuna edukiko bailuke[27]. Txertoa sortzea gehiago kostatuko litzateke, maiz hartu beharko genuke txertoa mundu guztian...

Txertoaren produkzioak duen abiadura azkarra kontuan hartuta, 2021. urtearen erdialderako txerto posibleen bat egongo litzateke merkaturatuta, hau da, txertoa garatzeko behar den gutxieneko denboran, 12-18 hilabete behar baitira gutxienez lan hau egiteko [1,4,28,30]. Behin ikaragarritzko dimentsioan ekoiztuta munduan zehar banatu eta erabili beharko litzateke eta lan hau are gehiago zailduko litzateke txertoa behin eta berriz hartu beharko bagenu[27]. Dena dela, txertoaren eraginkortasun eta segurtasuna ongi ezagutzeko denbora gehiago beharko da, eta munduko populazioaren zati handi bati eman beharreko txertoa dela kontuan hartuta bereziki garrantzitsua izango da hori bermatzea. Horretarako AEBetako «Center for Strategic & International Studies» instituzioak adierazi du beste hainbat urte beharko liratekeela: 3, 5 edo baita 10 urte ere[28].

1.5. Datu epidemiologikoak

Eztabaida handia dago bizi dugun agerraldi honetan kutsatuko den populazioa estimatzerako orduan. Erresuma Batuko ikerlari talde batek estimatu zuen Espainiako Estatuan martxoaren

28rako populazioaren % 15 zegoela kutsatuta edo hala egona zela, hau da, sei milioi pertsona (% 95eko konfiantza tarte: 1.800.000 - 19.000.000)[31]. Konfiantza tarte benetan zabala dela ikusita eta estimazio horrek jaso dituen kritikak kontuan hartuta, benetako zifra % 15 baino baxuagoa litzatekeela pentsa genezake[32]. Martxoaren 22an argitaratutako beste ikerketa batek Espainiako Estatuan milioi bat kutsatu inguru zeudela estimatu zuen[33].

Horrez gain, beste ikerketa batean estimatu dute koronabirus berriaren zabalpena kontrolatzeko neurririk hartu izan ez balitz 7 bilioi pertsona izango liratekeela kutsatuak eta 40 milioi hildakoak.

Gaixotasunaren larritasuna baloratzeko balagarria den heriotza tasa (COVID-19a diagnostikatu dieten pertsonen ze ehuneko hiltzen den) % 1,5ekoa zen apirilaren 8an[4]. Data berean, European hildakoen % 44ek 65-79 urte artean zituzten, eta % 46ek 80 urte baino gehiago[4].

Behin datuak aurkeztuta, bi dira atal honetan landuko ditugun kontzeptuak: lehenik, oinarritzko erreprodukzio zenbakia edo R_0 , eta bestetik, birusaren urtaroko izatea.

1.5.1. Oinarritzko erreprodukzio zenbakia edo R_0

Oinarritzko erreprodukzio zenbakia edo R_0 (ingelesez «basic reproduction number») populazio batean gaixotasun bat hedatu daitekeen abiadura estimatzea ahalbidetzen duen parametroa da[34]. Zehazki, norbanako guztiak infektatzeko aukera dagoen populazio batean kasu batek zuzenean sortzea espero den kasu kopurua adierazten du[35]. Beraz, zenbat eta han-





diagoa izan parametro hori, orduan eta azkarrago hedatuko litzateke gaixotasun bat populazioan[34,35].

Zaila da gaur egun COVID-19aren R_0 orokorra zehaztea, kontuan hartutako populazioaren arabera aldatzen baita. ECDC, Europako Gaixotasunen Prebentzio eta Kontrolerako Zentroak, zenbait ikerketetan oinarrituz, 3,28koa litzatekeela adierazi du, eta Espainiako Gobernuak, berriz, 2-3 artean legokeela dio[4,12]. Italiarako egindako estimazioek 2,76 eta 3,25 artean kokatu dute[4]. Konparaketa bat egitearren, 1918ko gripearen pandemiaren kasuan R_0 parametroaren balioa 2,9-3,9 artekoa zela estimatu da[29].

Adibide batzuk jarriko ditugu parametro honen eta bere balioaren ideia bat egite aldera. Inolako neurririk hartu gabe, $R_0=2$ balioarekin pertsona batetik abiatutako transmisio katean, 64 kutsatu berri izango genituzke sei pausotan, eta 2,5ekoarekin, 244 kutsatu berri. 3.000 kutsatuk abiarazitako kateek, 192.000 ($R_0=2$ balitz) eta 1.831.054 ($R_0=2,5$ balitz) pertsona berri kutsatuko litzuzkete sei pausotan.

R_0 ren erabilera bat talde immunitatea lortzeko erantzun immune babeslea garatu beharko lukeen populazioaren ehunekoa kalkulatzeko da, hau da, ea populazioaren zein ehunekok pasatu beharko lukeen gaixotasuna edo zein ehunekok jaso beharko lukeen txer-

toa[26]. Horretarako $1 - 1/R_0$ formula erabiltzen da[26,35]. Hona hemen balio posible batzuk COVID-19arentzat estimatutako R_0 ren balioetatik abiatuz.

R_0	2	2,5	3	3,5	4
Ehunekoa*	%50	%60	%67	%71	%75

*Ehunekoa = Talde immunitatea lortzeko babesla garatu beharko lukeen populazioaren ehunekoa.

Beste erabilera garrantzitsu bat, epidemien jarraipena egitea da. Osasun publikoko neurrien bidez, kutsatu ahaliko litzatekeen populazioaren ehunekoa eta transmisioa murriztu egiten dira, horrela, denbora zehatz batean R_0 k duen balioa (R_t) ere jaitsi egiten da[36]. Modu horretan, R_t ren balioa 1 baino txikiagoa denean epidemia desagertzen ariko da, eta 1 baino handiagoa bada, berriz, populazioan hedatzen jarraituko du. Osasun publikoko neurrien helburua, beraz, $R_t < 1$ lortu eta mantentzea da, balioa 1etik igoko baltz infekzioa berriz ere hedatzen hasiko litzatekeelako[4,34,35].

1.5.2. Birusaren urtaroko izatea. Tenperaturaren eragina

Giza populazioan endemikoak diren eta udazken-neguan goi arnasbideetako infekzioak (katarroa batez ere) sortzen dituzten lau koronabirusetan oinarrituz, hasiera batean, SARS-CoV2ak ere antzeko izaera izango zuela suposatu zen eta, beraz, tenperaturaren igoerak birusaren transmisioa nabarmen murriztuko zuela pentsatu zen, epidemia kontrolatzea ahalbidetuko zuela aurreikusiz[4,37]. Pandemiak herrialde tropikaletan (adibidez Singapur, Ertamerika edo Afrikako erdialdean) eta hego hemisferioan izandako hedapenak, ordea, hipotesi hori ezeztatu du. Badirudi tenperaturaren igoerak eta urtaro epelen iritsierak zerbait murriztu dezaketela transmisioa baina ez dutela birusaren transmisioa geldiarazten, hau da, R_t zerbait jaisten lagun

dezaketela baina ez dutela 1etik behera jaisten[4,35,37,38]. Ondoriozta dezakegu, beraz, egun bizi dugun SARS-CoV-2aren pandemia ez dela udan berez desagertuko eta beharrezkoa dela epidemia kontrolatzeari begira osasun publikoko neurriak hartzea[4,37].

2. OSASUN-POLITIKAK PANDEMIA GARAIETAN

Bigarren atal honetan osasun politiketan jarriko dugu atentzioa.

2.1 Osasun-politikako tresna nagusiak: esku-hartze ez-farmakologikoak (IEF)

Esku-hartze ez-farmakologikoak (IEF) edo neurri ez-farmakologikoak oinarritzekoak dira zenbait gaixotasun kutsakor geldiarazteko zereginean, bereziki sortu berriak diren birusen kasuan, normalean ez baita horiei aurre egiteko txerto edo sendabiderik existitzen[39]. Bizi dugun COVID-19aren pandemia da hain zuzen ere horrelako egoera bat, gripearen birusa ez den beste birus batek eragindako lehenbiziko pandemia[23].

Tratamendu eta txerto eraginkorrak bilatzeko lasterketa betean ari dira ikerlari eta enpresa farmazeutikoak potentzia nagusien, nazioarteko instituzioen eta gainerako estatuen babesean. Koronabirus berriaren aurkako txertoa lortu eta erabiltzen hasi arteko epe honetan, berebiziko garrantzia izango du gaixotasunaren larritasuna eta batez ere horren ondoriozko ospitaleratze eta heriotzak murrizteko baliabide terapeutiko eraginkorrak garatzeak. Helburu horrek eta nola ez, urgentziazko eskari unibertsal muga gabeek bermatzen dituzten irabaziek kapital masa handiak mugiarazi dituzte tratamenduen bilaketara.

Azkeneko atalean landuko dugun bezala, SARS-CoV-2a epe laburrean deuseztatzeko aukera eskasetan oinarrituz hurrengo urteetan birusak gurean jarraituko duela kontuan izanik, bi fase nagusi bereizi beharko genituzke bizi dugun pandemiaren etorkizuneko bilakaeran: talde immunitatea lortu ar-

Epidemiaren dimentsioa ahalik eta txikiena izan dadin IEFak ahalik eta lasterren ezarri behar dira

teko fasea eta horren ondorengo fasea. Lehen fasean pandemiari aurre egiteko baliabide nagusia IEFak izango dira. Horiek fase guztian zehar mantendu beharko dira, gaixotasunaren transmisioa gelditzeko tresna bakarrak baitira. Fase honetan garrantzia handia izango dute tratamendu egokien aurkikuntzak eta inplementazioak ere. Bigarren fasea talde immunitatea lortu ostean hasiko litzateke, seguruenerik txertoa lortu eta unibertetsalki aplikatzerakoan. Behin hau eginda transmisioa gutxienez hein batean kontrolatzea lortuko litzateke, eta IEFak ez lirateke beharrezkoak izango.

Esku-hartze ez-farmakologikoen helburu nagusia agerraldi baten inpaktua murriztea da, gaixotasunaren transmisioa ahalbidetzen duten kontaktu posible kopurua murriztuz. Horrez gain, epidemiaren gailurra atzeratzen dute denbora irabaztea ahalbidetuz, epidemiaren gailurrean jazotako kasu kopurua murrizten dute (epidemiaren kurba leunduz), eta kasu kopuru orokorra nahzi heriotza kopurua murrizten dituzte, osasun-sistemaren karga gutxitzearen eta saturazioa ekiditearen bidez[21,40]. Gainera IEFak modu goiztiar eta eraginkorrean aplikatzea periferia inperialistako herri babesgabeentzat defentsa bat ere bada[41].

Epidemiaren dimentsioa ahalik eta txikiena izan dadin IEFak ahalik eta lasterren ezarri behar dira, horiek hartu bitarteko denbora «kritikoa» delarik[30,41,42,43,44]. Izan ere, Txinako Gobernuak hartutako neurriak aztertu zituen ikerketa batean ondorioztatu zuten kasu kopurua % 66, % 86 eta % 95 murriztu zitekeela neurriak, hurrenez hurren, bat, bi edo hiru aste lehenago hartu izan balituzte[42].

Aipatzea, baita ere, neurrien eragina interpretatzerakoan kontuan hartu behar dela egun batean detektatzen den gaixo kopuruak aste bat lehenagoko egoera eta orduan hartutako neurrien eragina adierazten dituela, eta egun bateko heriotza kopuruak, berriz, bi aste lehenagoko egoera epidemiologikoa eta momentu horretan indarrean zeuden

neurrien eragina[4].

Azter ditzagun jarraian esku-hartze ez-farmakologiko edo IEF nagusiak:

2.2. Esku-hartze ez-farmakologiko nagusiak COVID-19aren aurrean. Prebentzio neurri orokorrrak, kutsatuen detekzio goiztiarra eta kontaktuen miaketa, eta urruntze-neurriak

2.2.1. Prebentzio neurri orokorrrak

Hiru IEF multzo nagusi daude. Lehenak prebentzio neurri orokorrrak dira. Horien artean egongo lirateke, besteak beste, modu egokian eta maiz egindako eskuen garbiketa, maskarillen erabilera orokortua, tenperatura neurketa, eskularruen erabilera egokia, ez-tul edo doministiku egitean eskua beharrenez paperezko mukizapi bat edo ukondoa erabiltzea, eskuekin aurpegia ukitzea ekiditea, bizilekuaren zein eremu komunaren garbiketa eta desinfekzioa, erabilera pertsonaleko objektuen garbiketa (mugikorra, betaurrekoak...), espazio itxien bentilazioa zein esparru desberdinetan hartu beharreko beste neurri asko[12,13,14,15,24,41].

Epidemia baten aurrean neurri horiek oinarritzekoak dira, epidemiaren hasieran ezarri eta erabateko kontrola lortu bitartean mantendu behar direlarik. Gainera, horien aplikazioak populazioak neurri horiek modu egokian nola bete behar diren jakitea eskatzen du, eta hala ez izatekotan baliabideak jarri behar dira horiek ongi bete daitezen. Izan ere, neurriak gaizki erabiltzeak (adibidez eskuak behar bezala ez garbitzeak, eskularruak edo maskarilla behar bezala ez erabiltzeak...) babes sentimendu faltsu bat eragin dezake, gaixotasunaren transmisioa ahalbidetuz[23].

Hasiera batetik eta modu orokortuan erabili beharko liratekeen oinarritzeko neurri horien artean maskarilla izan da orain artean eztabaidagai nagusia. Asia ekialdeko gobernuak hasieratik gomendatu zuten maskarillen erabilera eta posizio bera hartu zuten apirilaren hasieran AEBetako Centre



Egun artean erabateko ebidentzia zientifikorik ez dagoen arren, maskarillen erabilera gomendagarria dela ondoriozta genezake

for Disease Control and Prevention (CDC) institutuak zein Europako bere balioakideak (ECDC)[19].

Europako herrialde nagusietako gobernuak, aldiz, maskarillak sintomak dituzten pertsonen eta euren ingurukoek soilik erabiltzearen aldeko posizioa mantendu dute apirileko bigarren astera arte. Munduko Osasun Erakundeak (OME) ez du posizio irmorik hartu, nahiz eta ez erabiltzearen posizioetik hurbilago egon den[21]. Horren arrazoietakoa bat jendeak maskarillak modu masiboan erostearen eraginez osasun-instituzioetan horien gabezia izatea ekiditea zen.

Egun artean erabateko ebidentzia zientifikorik ez dagoen arren, maskarillen erabilera gomendagarria dela ondoriozta genezake, tantatxoak guztiz ez gelditu arren ekarpen handia egin dezaketelako[19,22,23,41].

2.2.2. Gaixoen diagnostiko eta isolamendu goiztiarra, kontaktuen miaketa eta koarentena indibiduala

Epidemien aurrean beste oinarriko neurri batzuk sintomak dituzten pertsona guztiei diagnostiko probak egitea eta gaixotasuna dutela konfirmatuz gero isolamendua gauzatzea dira, funtsezkoa baita gaixotasunaren iturria neutralizatzea[19,23,41]. Isolamendua ez dugu koarentenarekin nahi behar. Isolamendua kutsatutako

pertsonak bakartzea da, eta koarentena, berriz, kutsatuekin kontaktuan egon izan daitezkeen pertsona asintomatikoaren mugimendu murrizketa, gaixotasun infekzioaren inkubazio epeak zehazturiko denbora irauten duena[45]. Isolamendua etxean egin daiteke (gurean hala ari da izaten), edo horretarako prestatutako ospitale edo guneeetan (Txinan egin bezala) [41]. Pentsa dezakegu bigarren aukera hau eraginkorragoa litzatekeela, etxean transmisioa gertatzea errazagoa litzake eta. Neurri horien garrantziaren adibide bezala, Txinan aplikaturiko IEFen eragina aztertu duen ikerketa batean ondorioztatu dute gaixoen detekzio goiztiarrak eta isolamenduak, herrialdean zehar burututako kontaktu miaketa eta urrutze-neurriek baino infekzio kasu gehiago prebenitu dituela[42].

Gainera, funtsezkoa da kutsatutako pertsonekin arriskuzko kontaktua izan dituzten pertsonak (etxean, lantokian...) identifikatzea, hau da, arrisku kontaktuen miaketa eta diagnostiko proba goiztiarrak egitea (pertsona hauek asintomatiko egon arren), transmisioa gelditzeko neurriak pertsona horietan zentralatzea ahalbidetuz[19,24,41,46,47]. Arrisku altuko kontaktuek lirateke, besteak beste, 15 minutu baino gehiagoz bi metro baino distantzia txikiagora kutsatutako pertsona batekin aurrez aurreko kontaktua

izatea, edo horiekin ingurune itxietan egotea (etxea, lantokia, kartzela, ikasgela...)[19,21,48].

Orain artean aipaturiko neurriak epidemiaren hasieran modu zorrotzean aplikatzeak transmisioa nabarmen murrizten du eta eragin handia du agerraldiaren hedapena kontrolatzeko ahaleginean[19,41]. Ikerlari batzuen arabera, agerraldi gehienak kontrolatzeko, R_0 2,5ekoa izanda, kontaktuen % 70 aztertu beharko lirateke, eta 3,5ekoa izanez gero, % 90, gutxienez kutsatutako pertsonen % 80 identifikatu eta isolatzeaz gain[35,46]. Horrez gain, agerraldia gehiago hedatzen denean ere berebiziko papera jokatzeko dute, alde batetik epidemia hedatuta dagoen lurralde edo eremuetatik (erresidentziak, ospitaleak, lantokiak...) oraindik gaixotasunak inpaktu handirik ez duen beste lurralde edo eremuetara pasatzea ekiditeko, zein bestetik transmisioak ahal den heinean ezagutuz eta kontrolatuz agerraldiaren dimentsioa txikitzeko[19,41].

Horrez gain, gaixotasuna erabat hedatuta dagoen kasuetan, Europako herrialde askotan edo Hubei probintzian gertatu bezala esaterako, neurri horien ezarpen bizkor eta orokorra egin behar da behin transmisioa gutxitzen hasten denean, beste agerraldi bat gertatzea ekiditeko edo gutxienez ahalik eta txikiena izan dadin lortzeko[19,41].

Agerraldi gehienak kontrolatzeko, R_0 2,5ekoa izanda, kontaktuen % 70 aztertu beharko lirateke, eta 3,5ekoa izanez gero, % 90, gutxienez kutsatutako pertsonen % 80 identifikatu eta isolatzeaz gain

Munduko estatu askotan ordea, Espainiako Estatuan barne, kontaktuen miaketaren aitzakiapean eta elkarriketa epidemiologikoak behar den bezala eta dimentsio orokorrean egin gabe, teknologia digital hori erabiltzen hasi dira, mugikorren bidezko geolokalizazioa kasu

Txinan, Singapurren edo Hego Korean prebentzio neurriak, gaixoen diagnostiko eta isolamendu goiztiarra eta kontaktuen miaketa zorrotzak egin dituzte, eta lortutako emaitzek orain arte aipatutako guztia baieztatu dute [19,41,49,50]. Gainera, horrek guztiak, oinarritzko urruntze-neurri batzuekin sinergian, epidemia asko hedatu baino lehen kontrolatzeko aukera eman die, gurean bizitzen ari garen bezalako konfinamendu edo koarentena orokorrak erabili gabe edo gutxienez horiek epe laburrean bakarrik erabiliz [19,42].

Kontaktuen miaketaren harira, aipatu eta desberdindu beharreko kontzeptu bat kontrol sozialarena da. Izan ere, zenbait estatu orain artean kontrol sozialerako erabili den teknologia digitala erabiltzen hasi dira [1,51], Apple, Facebook edo Google bezalako multinazionalen laguntzarekin [52,53], euren esanetan kontaktuen miaketa egiteko. Espainiako Estatuan ere hasia da horien ezarpena [54].

Kontaktu miaketa ez da ariketa tekniko soil bat. Osasun-langileek, kutsatutako pertsonekin egin beharreko elkarriketa delikatuak emaitza da, non pertsonaren konfiantza lortu behar den informazio baliotsu hori eskuratzeko. Horrez gain, elkarriketatutako pertsonen oinarritzko berme batzuk eskaintzea funtsezkoa da, besteak beste, segurtasuna, zainketa fidagarria zein bera eta ingurukoak isolamendu edo koarentena indibidualean dauden bitartean oinarritzko beharrezkoak bermatuta izatea.

Txinan burututakoa jarriko dugu miaketa lanaren adibide bezala. Wuhan hirian (11 milioi biztanle) 1.800 epidemiologo talde (bost langile/taldeko) zeuden elkarriketa bidezko arakatze

lanetan otsailaren erdialderako [41]. Aztertutako kontaktuen artean positibo kopurua %1 eta %5 artekoa izan zen [41]. Sichuan probintzian berriz, otsailaren 17ra bitartean, identifikatutako 25.493 kontaktuetatik 25.347 (%99) arakatu edo elkarriketatu zituzten [41]. Gertuko kontaktuen %0,9 zeuden COVID-19arekin kutsatuta [41].

Aipatutako ariketa hori da hain zuzen ere kontaktuen miaketaren oinarria. Egia da kontrol sozialerako teknologia digitalak zeregin hori findu dezakeela, baina zentzua galtzen du elkarriketa epidemiologiko horien faltan egiteak, kontaktuen miaketarako erabiltzen bada behintzat. Munduko estatu askotan ordea, Espainiako Estatuan barne, kontaktuen miaketaren aitzakiapean eta elkarriketa epidemiologikoak behar den bezala eta dimentsio orokorrean egin gabe, teknologia digital hori erabiltzen hasi dira, mugikorren bidezko geolokalizazioa kasu [54]. Pentsatzekoa da beraz, kontaktuen miaketak eskatzen duen oinarritzko prozeduren faltan, kontrol sozialerako tresna bezala erabiltzen ari direla teknologia hori guztia, pandemiari aurre egiteko kontaktuen miaketaren aitzakiapean langileriaren gaineko kontrol zuzena handitzeko.

2.2.3. Urruntze-neurriak

Urruntze-neurriak dira IEFen baitako beste zutabe bat. Urruntze-neurriak populazio batean transmisioa murrizteko neurriak dira, potentzialki kutsatuta leudekeen pertsonen eta osasuntsuen arteko kontaktu fisikoa gutxitzean edo transmisio tasa altuak dituen populazio talde bat eta tasa txikiagoa duen beste baten artekoa murriztean oinarritzen direnak [55].

Neurri horiek hartzerako momentuan epidemiak lurralde batean duen transmisioak izan beharreko ezaugarrien arabera, hiru maila edo geruza nagusitan kategorizatzen dira [7,45,55]. Urruntze-neurriak maila horien ordena jarraituz hartu behar dira (adibidez, 2. mailako neurriak bete beharko liriteke hirugarren mailara pasatu baino lehen), eta geruza edo maila bakoitzak bere aurreko mailako neurriak ere barne biltzen ditu [23,45,55]. Kontuan hartu beharra dago kategorizazio horiek gripearen birusarentzat eginak daudela [45] baina COVID-19ari aurre egiteko aplikatu direla, desberdintasun batzuk dauden arren oinarriak bera izaten jarraitzen baitu.

- **1. maila:** transmisioa mugatua denean hartu beharreko neurriak. Neurri hauek gaixoen isolamendua eta kontaktuen koarentena indibiduala dira.

- **2. maila:** epidemia handitu eta transmisio-kateak zehazki definitzeko gaitasuna galtzen denean hartu beharreko neurriak. Maila honetan leudeke: jende pilaketa eta masa ekitaldiak ekiditea, hezkuntza instituzioen itxiera, ezinbestekoak ez diren esparruetako lantokien itxiera, garraio publikoaren etenaldia, nazioarteko mugimenduak mugatzea edo debekatzea, arrisku bereziko populazioarentzat neurri zehatzak hartzea (1.2 puntuan aztertu ditugu arrisku populazioak), populazioaren mugikortasuna antolatzea (lantokien ordutegiak, oporraldiak...), etxean geratzeko gomendioak egitea eta osasun-hesiak ezartzea. Osasun-hesiak («cordon sanitaire» frantsesez) transmisio altua dagoen eremu edo lurralde zehatzetan aplikatutako konfinamenduak dira, gaixotasuna hortik hedatzea ekiditeko helburua dutenak.



Ondorioztatu da etxeko transmisioaren ostean lantokiak direla SARS-CoV-2 birusaren transmisioa gertatzeko arrisku gehien dagoen eremua, eta beraz, garrantzia berezia hartzen duela COVID-19aren kasuan ezinbestekoak ez diren esparruetako lantokiak ixteak

Horren adibide dira Txinan burututako hiri osoen zein horien barneko eremuen blokeoak.

Aipatzekoa da neurri horien artean guztiek ez dutela eragin berdina. Izan ere, ondorioztatu da etxeko transmisioaren ostean lantokiak direla SARS-CoV-2 birusaren transmisioa gertatzeko arrisku gehien dagoen eremua, eta beraz, garrantzia berezia hartzen duela COVID-19aren kasuan ezinbestekoak ez diren esparruetako lantokiak ixteak, eskolak ixteak baino gehiago[30,43]. Gainera, lantokiak ixterakoan, bertan gertatzen den transmisioa ekiditeaz gain, birusak lantokietatik etxeetara egingo lituzkeen mugimenduak ekiditen dira, transmisio-kateak nabarmen murriztuz[56]. Dena den, transmisioa handitu eta kontrola galtzen denean, lantoki zein eskolak itxi beharko lirartekeela gomendatzen dute zenbait ikerlarik[43]. Jende pilaketa eta masa ekitaldiak ekiditeak berriz, inpaktu txikia izango lukeela ondorioztatu dute hainbatek, bertan ematen den pertsonen arteko kontaktu-denbora etxean, lantokian edo eskolan ematen dena baino txikiagoa baita[30,35].

- **3. maila:** transmisioa orokortzen denean hartu beharreko urruntze-neurriak. Maila honetan kokatuko litzatekeen neurri nagusia konfinamendua edo koarentena orokorra da.

Sakontzen hasi baino lehen argipen terminologiko bat egin nahiko genuke. Neurri honi erreferentzia egiteko autore batzuek «shelter in place» (zauden lekuan geratu edo babestu) esamoldea erabiltzen dute[45], eta beste batzuek aldiz, «community wide quarantine», hau da, koarentena orokorra edo komunitate guztiaren koarentena[45]. Terminoa zehatz baten faltan, guk koarentena orokorra eta konfinamendu hitzak erabili ditugu neurri honi erreferentzia egiteko. Berez, koarentena orokorra terminoa ez da guztiz egokia, koarentena inkubazio epeak irauten duen denbora mugatzen baita (COVID-19aren kasuan 14 egun), baina neurri honen funtsa koarentena indibidualaren berbera denez (nahiz eta denbora mugagabea

egin) egoki ikusi dugu hori erabiltzea. Bide berean, Espainiako Estatuan konfinamendu hitza indarra hartzen hasi da, eta beraz, erabiltzea erabaki dugu, nahiz eta hau ere ez den guztiz egokia. Argi utzi nahiko genuke, beraz, 2.2.2. atalean aipatutako kontaktu posibleen epe mugatuko koarentena indibiduala ez dela maila honetan kokatzen.

Konfinamendua edo koarentena orokorra gaixotasuna pairatu lezake ten pertsona talde asintomatiko en mugimendu edo jarduerak murriztean datza[45]. Koarentena, indibiduala zein batez ere orokorra, urruntze-neurrien artean eta orokorrean IEF guztien artean koertzitibo eta gogorrena dugu[45]. Hori dela eta, gurean betetzen ez den arren, OME eta ECDCren esanetan garrantzitsua da urruntze-neurriak hartzen direnean noiz arte luzatuko diren esatea[55,57], are gehiago neurri gogorrenez ari garenean.

Konfinamendua ezartzeko modu asko daude, eta irizpide zientifikotik abiatuta, ez da beharrezkoa lurralde bateko pertsona guztiak barne biltzen dituen neurriak ezartzea ez eta legez derrigorrezkoa izatea[45] (Hego Korean bezala adibidez).

Bide berean, gogorazi beharra dago koarentena mugimendu eta jarduerak murrizteko neurri bat dela, eta ez dituela inola ere mugimendu horiek erabat ezeztatzen ez eta oinarritzko askatasunak baliogabetzen[55]. Koarentena orokor edo konfinamenduak ez du zertan kalera ateratzeko aukera deuseztatu ekintza hori transmisioa gertatuko ez denaren bermeekin egiten bada, bere helburua transmisioa gerta litekeen egoera posibleak murriztea baita. Beraz, neurri honek ez du oinarritzko eskubide zein beharrak betetzeari begirako jarduerarik baliogabetzen (janaria eskuratzea; norberaren osasuna zaintzea, besteak beste antzietatea, depresioa edo sedentarisinoa prebenituz; oinarritzko eskubide politikoak, besteak beste bilera eskubidea gauzatzea, eta abar).

Egun Espainiako Estatuan bizi dugunari erreparatuz argi dago, alde ba-

tetik, egoera hau ez dela aurretik hartu behar izaten diren neurri guztien porrotaren ondorio, lehenengo zein bigarren mailako urruntze-neurriak eta oinarritzko beste IEF asko ez baitira ezarri, eta bestetik, ez dela koarentena orokor soil batera mugatzen, oinarritzko eskubide batzuk, askatasun politikoak edo norberaren osasunaren zaintza esaterako, baliogabetuta baitaude. Aurrerago aztertuko ditugu perspektiba mediko hutsetik ebatzi ezin den problema honen soluzio posibleak.

2.3. COVID-19ari aurre egiteko estrategia posibleak

Gedar Langile Kazeta-n eskuragarri dagoen COVID-19aren hedapenak sortu duen egoeraren inguruko hainbat gako lanean pandemiari aurre egiteko bi estrategia nagusi aztertu genituen, bakoitzaren oinarri eta ondorio nagusiak lantzearekin batera[1]. Lan horretan aipatutakoa errepikatzea ekidite aldera, kontzeptu eta ideia berri batzuk azaltzera mugatuko gara.

Orain artean egindako ikerketek ondorioztatu dute interbentzio ez-farmakologikoek, modu isolatuan ezarritz gero, eraginkortasun mugatua dutela, eta ondorioz, beharrezkoa dela neurri horien multzoak konbinatzea[30,55]. Gaixotasunaren eragina gutxitzeko hasiera-hasieratik aplikatu beharreko neurriak prebentzio neurri orokorrak, gaixoen diagnostiko eta isolamendu goiztiarra eta kontaktu miaketa dira. Horien gainean gerora, urruntze-neurriak aplikatuko lirateke jarraitutako estrategiaren arabera[19,21,45,46].

Bi estrategia nagusi daude[1,30]:

- **Mitigazio estrategia** (ingelesezko «mitigation»): estrategia honen helburua epidemiak populazio batean izango lukeen eragina leuntzea litzateke, gaixotasunaren transmisioa ahalbidetuz ($R_t > 1$ mantenduz) eta berau moltipertzera zein arrisku taldeak babestera mugatuz. Estrategia hau izan zen hasiera batean Erresuma Batuek zein AEBek hartu zutena, baina eragingo litzuzkeen heriotza kopuru izugarriak atzera egitera behartu zituen. Estrategia honen

Koarentena orokor edo konfinamenduak ez du zertan kalera ateratzeko aukera deuseztatu ekintza hori transmisioa gertatuko ez denaren bermeekin egiten bada, bere helburua transmisioa gerta litekeen egoera posibleak murriztea baita

muina arrisku taldeak babesteko urruntze-neurriak hartzen diren bitartean populazioaren gehiengo batek gaixotasuna pairatzea litzateke, epe laburrean talde immunizazioa lortuz, hori bai, heriotza kopuru handi baten truke[1,30]. Estrategia hau periferia inperialistan aplikatzen ari dira, bertan ez baitago pandemiari aurre egiteko eta kontentzio estrategia jarraitu ahal izateko bezainbesteko osasun-baliabiderik[30].

- **Kontentzio estrategia** (ingelesezko «suppression»): estrategia hau orokorrean zentro inperialistan jarraitu den estrategia da. Helburu nagusia $R_t < 1$ lortu eta zifra horietan mantentzea litzateke. Horrela kasu berri kopurua zifra baxuetara murriztu edo, egoerarik onenean, gizakion arteko transmisioa ezabatu eta birusa desagerrarazi ahalko litzateke[30]. Horretarako beharrezkoa da populazioak prebentzio neurriak modu egoki eta orokortuan betetzea, gaixo zein kontaktuen jarraipen zorrotza egitea, baita beharrezko urruntze-neurri eraginkorrak hartzea ere.



Txertoa lortu bitartean edo populazioaren ehuneko handi bat immunizatu bitartean probablea da urruntze-neurrien erlaxazioekin $R_t > 1$ izatera pasatzea eta transmisioa berrezartzea

Ezinbestekoa da beherapena hasterako prebentzio neurriak modu egokian betetzea bai eta kutsatutako pertsona guztiak diagnostikatu eta isolatzeko zein kontaktu gehienen miaketa egiteko beharrezko baliabideak bermatzea

2.3.1. Kontentzio estrategiaren erronka: urruntze-neurrien beherapena

Kontentzio estrategiaren erronka nagusia urruntze-neurrien beherapena edo erlaxazioa da. Izan ere, hein handi batean, gaixotasuna pairatzeko aukerak izaten jarraitzen duen populazio batean (immunitate ehuneko txikietan), urruntze-neurriak kentzen direnean birusa oraindik ere zirkulatzen egonez gero, bere transmisioa azkar berrezartzen da[4,40]. Beraz, txertoa lortu bitartean edo populazioaren ehuneko handi bat immunizatu bitartean litekeena da urruntze-neurrien erlaxazioekin $R_t > 1$ izatera pasatzea eta transmisioa berrezartzea[30,40,44,56,58]. Horrekin batera, urruntze-neurriak kentzean transmisio-kateak familiartetik irten eta kate komunitarioak, herrialdekoak, zein nazioartekoak osatuko lirateke. Ondorioz, litekeena da hurrengo urteetan urruntasun neurrien erlaxazioarekin batera epidemia errepikakorrek bizitzea, berriz ere neurri zorrotzagoak hartzea behartuz[30,40,55].

Beherapena gauzatu ahal izateko zenbait baldintza bete behar dira. Hasteko, beharrezkoa da egunero jakinarazten diren kasuen kopurua oso maila txikietara murriztea, beherapena azkarregi eginez gero transmisioa berriz ere esponentzialki haziko litzatekeelako[4,44,58]. Oraingoz ez dago

beherapena hasi ahal izateko bete beharko litzatekeen zifra zehatzik. Txinako adibideari so, Hubei probintzian konfinamendua erlaxatu eta ezinbestekoak ez diren alorretan ekoizpena irekitzeko martxoaren 12ra arte itxaron zuten[59]. Egun horretan 15 kasu berri jakinarazi zituzten eta 11 izan ziren hildakoak[59]. Ikerlari talde batek, ordea, Wuhanen lantokien itxiera apirilera arte ez luzatuz gero eta ekoizpena martxoan berrezarrit gero uda erdialdera bigarren agerraldi bat gertatuko zela estimatu zuen[58]. Izan ere, ondorioztatu zuten lantokiak goizegi irekiz gero, kasuen kopurua igotzeko eta bigarren agerraldi bat sortzeko aukerak nabarmen gehitzen direla, nahiz eta epidemia desagertzeko bidean egon[58]. Ikerlari horiek egindako estimazioaren arabera, urruntze-neurriak agerraldia kontrolatzerakoan hilabete bat gehiago mantentzeak hurrengo agerraldiaren aurrean neurri horiek ezartzeko beharra bi hilabetez atzeratzea eragingo luke[50,58].

Era berean, ezinbestekoa da beherapena hasterako prebentzio neurriak modu egokian betetzea bai eta kutsatutako pertsona guztiak diagnostikatu eta isolatzeko zein kontaktu gehienen miaketa egiteko beharrezko baliabideak bermatzea, horiek baitira beherapena egin ahala kasuen gorakada ekiditeko mekanismo nagusia[4,44,50,58]. Azkenik, kontuan hartu beharra dago

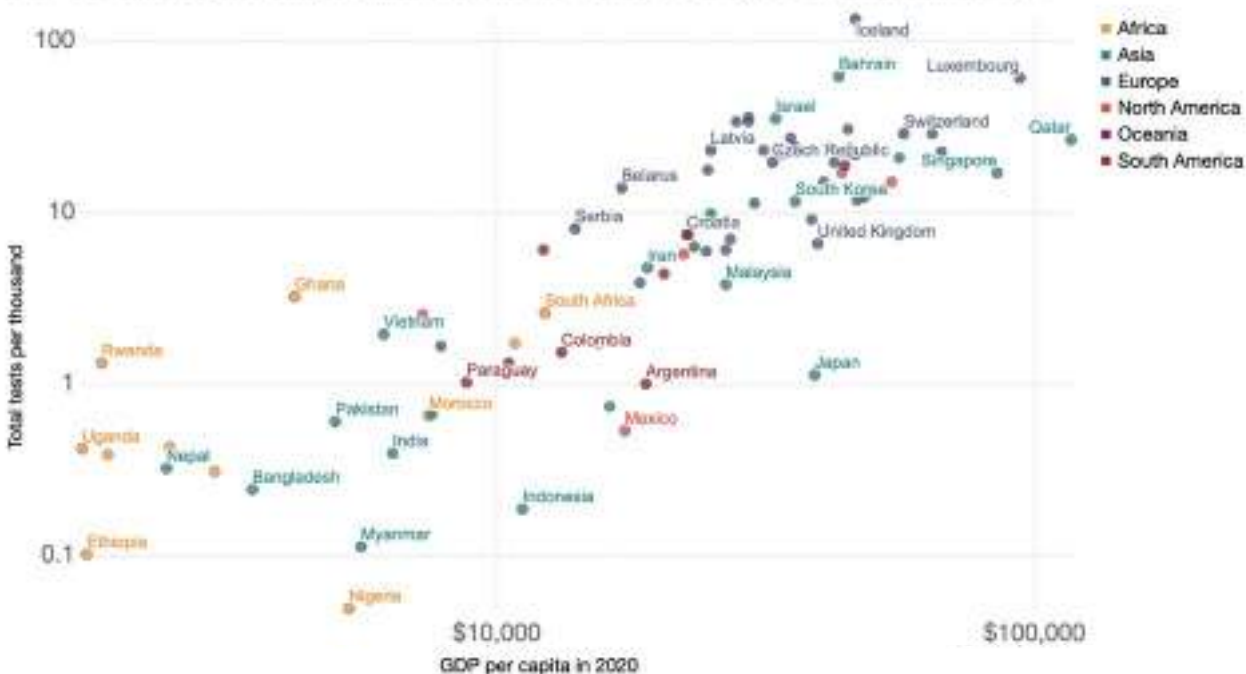
beherapena goizegi ematen bada kendutako urruntze-neurriak berrezartzea ez dela nahikoa izango $R_t \leq 1$ mantentzeko, kasuak esponentzialki handituko liratekeelako, eta beraz, neurri gehiago beharko lirateke helburu hori lortzeko[44]. Berriki eginiko ikerketa batek ondorioztatu du urruntze-neurrien beherapena noiz eta nola gertatuko den zehazterako orduan, eragina izango dutela estatu batek urruntze-neurriak kendu eta epidemia gaixoen isolamendua eta kontaktuen miaketaren bidez kontrolatzera pasatzeko izango lituzkeen muga logistikoek[60]. Hau da, $R_t < 1$ mantenduz, epidemia gaixoen isolamendu eta kontaktuen miaketa bidez kontrolatzera pasatu ahal izateko beharrezko baliabideak (proba diagnostikoak, miaketa egiteko gaitasunak...) eskuratutzeko eta garatzeko izango lituzkeen zailtasun edo mugek zehaztu dezaketela noiz kenduko diren urruntze-neurriak. Ikerketa horren arabera, pauso hori egin ahal izateko, estatuk kasu positibo bakoitzeko egin beharko lituzkeen test edo proba diagnostikoen zifra 30-50 artean egon beharko litzateke[60]. Horiek ekoitzi edo eskuratu ahal izateko aukera ordea, ez da berdina munduko herrialde guztietan, estatuak duten gaitasun ekonomiko delarik funtsezko baliabide horiek eskuratze baldintza bat.

Azter ditzagun jarraian, hori adie-

Total COVID-19 tests per 1,000 vs. GDP per capita

The testing rate is the total number of tests per 1,000 people.

GDP per capita is adjusted for price differences between countries (it is expressed in international dollars).



Source: Official data collated by Our World in Data, World Bank

OurWorldInData.org/coronavirus - CC BY

Note: For testing figures, there are substantial differences across countries in terms of the units, whether or not all labs are included, the extent to which negative and pending tests are included and other aspects. Details for each country can be found at the linked page.

IRUDIA 1 ITURRIA

COVID-19 proba diagnostikoen ratioa (test kopurua 1000 biztanleko) BPGarekin konparatuz
ourworldindata.org (2020/04/24)

razten duten bi irudi. Espainiako Estatuko, Frantziako Estatuko, EAEko eta Nafarroako Foru Erkidegoko datuak testuan emango ditugu. Ezin izan ditugu Ipar Euskal Herriko datuak lortu.

Lehenengo irudian, ahalmen ekonomiko handiena duten estatuek biztanleko proba edo test gehiago egin ditzaketela ikus daiteke, begiratu batean gaitasun ekonomikoaren eta egin ditzaketen diagnostiko proben ratioaren artean erlazioa ikus daitekeelarik. 1.000 biztanleko egindako proba kopuruari dagokionez, honako datuak jaso ditugu: Espainiako Estatuan, apirilaren 16ra arte, 19 proba[61]; Frantziako Estatuan, apirilaren 21ean, bederatz

proba inguru gure estimazioen arabera[62]; EAEn, apirilaren 23an, 24 proba[63]; eta Nafarroan, apirilaren 21ean, 21 proba gure kalkuluen arabera[64].

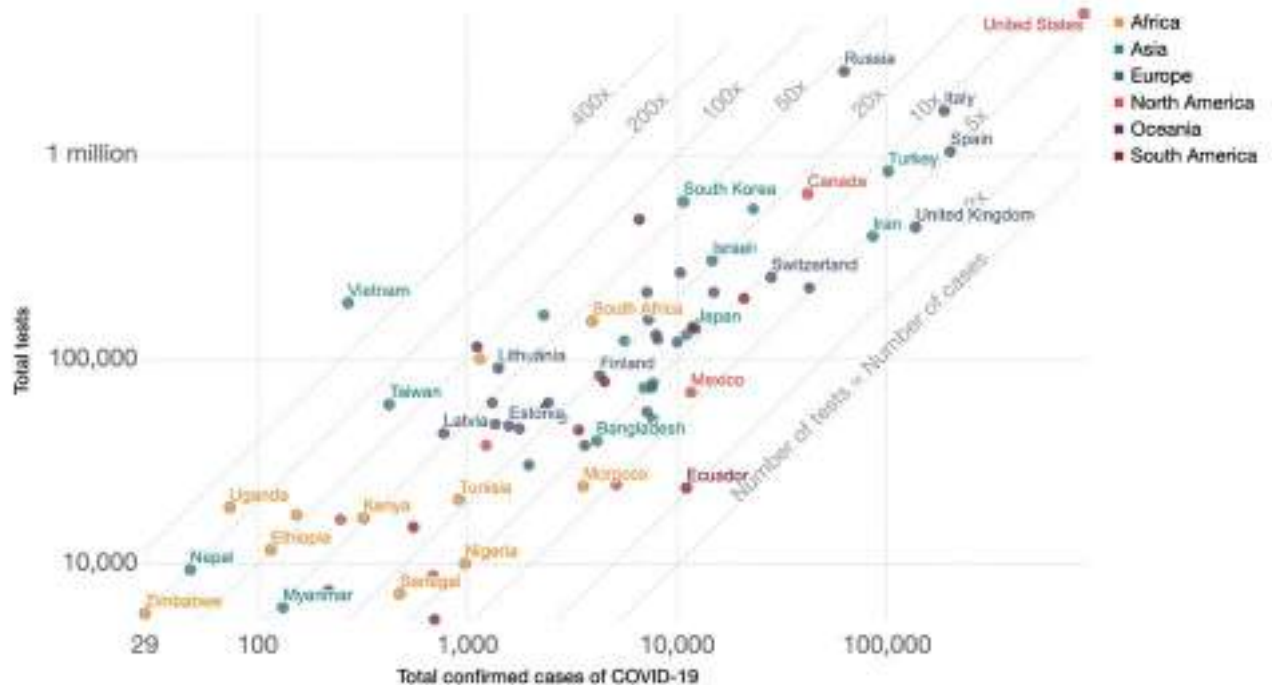
Bigarren irudian, aldiz, ikus daiteke test kopuru handia egiteak ez duela pandemia kontrolatzeko egoera hobean egotea ziurtatzen, egiten den test kopurua baino, baieztatutako kasu edo positibo bakoitzeko egiten den proba kopurua baita garrantzitsuen. Adibide garbi bat ateratze aldera, lehenengo irudian ikusi daiteke Hego Korea zein AEBak 1.000 biztanleko 15 froga egiten ari direla gutxi gorabehera, Espainiako Estatuko datuen azpitik. Bigarrenengo- ra begiratzean, ordea, ohartu gaitezke

AEBetan proba edo test positibo bakoitzeko bost besterik ez dituztela egin (5x lerroa), Hego Korean kasu bakoitzeko 52 (50x lerroa) egin dituzten bitartean. Hego Korean proba gutxiago egin arren, modu egoki eta goiztiarrean egin zituen epidemia kontrolatzea lortu zuen, eta datuek erakusten diguten bezala, kasu bakoitzeko AEBetan baino hamar aldiz proba gehiago egin ditu (AEBetan 5,36 proba egin dira kasu bakoitzeko). EAEn, apirilaren 23ko datuen arabera, kasu bakoitzeko 3,9 test besterik ez dira egin[63]; Nafarroan gure estimazioen arabera apirilaren 21ean zifra 2,98koa litzateke; Espainiako Estatuan, apirilaren 16ko datuei erreparatuta, ka-



Total COVID-19 tests conducted vs. Confirmed cases

Our World
in Data



Source: Tests: official data collated by Our World in Data. Confirmed cases: European CDC – Situation Update Worldwide
Note: For testing figures, there are substantial differences across countries in terms of the units, whether or not all labs are included, the extent to which negative and pending tests are included and other aspects. Details for each country can be found at the linked page.
OurWorldInData.org/coronavirus - CC BY

IRUDIA 2

Konfirmatutako kasuak egindako test kopuruarekin konparatuz. Lerroek kasu positibo bakoitzeko egin diren test kopurua adierazten dute (adib: 20x lerroan dauden estatuek 20 test egin dituzte kasu positibo bakoitzeko)

ITURRIA

ourworldindata.org (2020/04/24)

su bakoitzeko 5,5 test zenbatuko lira-teke[65,66] eta Frantziako Estatuan, aldiz, gure kalkuluen arabera 5,24koa litzateke zenbatekoa apirilaren 21eko datuak kontuan hartuta [62,67].

Estatuko zein erkidegoetako gobernuak, azkenaldian, egindako test kopuruak Europako herrialde askoren gainetik zeudela esanez ibili dira, eta horrekin, optimismo faltua zabaldu nahi izan dute, test kopuruak ez baitu, testuinguratzen ez bada behintzat, ezer esaten. Test positibo bakoitzeko egin beharreko proba kopurua da gakoa. Izan ere ulergarria da epidemiak dimentsio handiagoa hartu duen herrialde batean test kopuru askoz ere

Honetatik guztitik, gainera, ondoriozta genezake asko falta dela oraindik urruntze-neurriak kentzeko eta gaixotasuna isolamendua eta kontaktuen miaketa erabiliz kontrolatzera pasatzeko

handiagoa egin beharko dela. onetatik guztitik, gainera, ondoriozta genezake asko falta dela oraindik urruntze-neurriak kentzeko eta gaixotasuna isolamendua eta kontaktuen miaketa erabiliz kontrolatzera pasatzeko, alde batetik, pandemia oraindik ere gurean uzten ari den zifrak oso altuak direlako,

eta bestetik, hori egin ahal izateko eskuratu beharreko testak eta miaketa egiteko gaitasunetatik[60] urrun gaudelako.

Horrez gain, aipagarria da, emaitzetan ikus daitekeenez, AEBak zein Europako estatu gehienak ez direla probak modu orokortuan egitera iritsi, horien

ezintasun sanitario eta ekonomikoak agerian geratu direlarik[1].

2.3.2. Kontentzio estrategiaren garapena. Ekialde Urruna eta Mendebaldearen arteko desberdintasunak

Kontentzio estrategia jarraitu duten herrialdeei dagokienez, Singapur, Hego Korea edo Txinan Hubei ez den beste probintzietan oinarritzko IEFak eta urruntze-neurri zehatz batzuk aplikatuz epidemia kontrolatzea lortu dute, koarentena orokorra ezartzeko beharrik gabe edo denbora labur batean soilik aplikatuz[41,49,50]. Estatu horiek erakutsi dute estatu baten testak egiteko gaitasuna gakoa dela, IEFak ezartzeko beharrik gabe, COVID-19aren hedapena gelditzeko[28,58].

Hubei probintzian (pandemiaren epizentroa izan den heinean), Europan eta AEBetan, aldiz, oinarritzko neurriak behar bezain laster hartu ez izanak kontrolik gabeko transmisio gorakor mantendua eragin zuen. Egoera horren aurrean emandako erantzuna oso desberdina izan da lurralde horietan. Hubei probintzian, modu azkar eta eraginkorrean oinarritzko IEFak ezarri eta urruntze-neurriak 8-10 astez modu egoki eta zorrotzean aplikatuz, epidemia kontrolatzea lortu zuten, Munduko Osasun Erakundeak ekinbide hau eredugarritzat hartu zuelarik[1,28,41]. Egoera horretara iritsi diren beste herrialdeek egin ez bezala, Txinak modu goiztiarrean lantokiak itxi eta ekoizpena eten zuen, eta horrez gain, prebentzio neurri orokorrak eta gaixo zein kontaktuak topatzeko ahalegin masiboak egin zituen, kontrol sozialerako programa zorrotzak erabiliz[1,44]. Modu horretan Txinak bere hegemonia humanitario, zientifiko eta ekonomikoa sendotu du, eta esparru horietan guztietan munduko gainerako estatuei laguntza emateko aukera ireki zaio[1].

Txinak gauzatutako politikak beste estatuek pandemiari aurre egiteko jarraitu beharreko irizpide bilakatu dira[42]. Izan ere, egungoa bezalako egoera berrien aurrean egin beharre-

koa ezagutzeko metodo bakarra erretrospektiboa da, hau da, jadanik eraginkortasuna erakutsi duten neurriak aztertzea, horiek izan beharko lirateke elarik osasun-politika egiteko irizpide nagusia[41,68].

AEBek eta Europak ere estrategia bera jarraitu arren, ez dituzte Ekialde Urruneko estatu nagusiek hartutako neurriak jarraitu, eta gaixotasunak dimentsio handiagoa eskuratu du eremu horietan. Europaren kasua aztertuz, joan den otsailean Italian bidea egiten hasi zenetik, pandemiak bilakaera geldiezina izan du eta hasiera batean ikaragarriak ziruditen Hubei probintziako zifrak txiki geratu dira COVID-19ak Europako Hegoaldean utzi dituenekin alderatuta[67].

Kolpe latza jasaten ari da Europa. COVID-19aren hedapenak azken hamarkadan agerian jarritako krisia areagotzea eragin du. Osasunaren eremutik hargo, ondorio ekonomiko eta politikoak jada nabaritzen hasiak dira, eta ziur aski, pandemiaren bilakaerari jarraiki, ugaritu egingo dira etorkizunearan. Bloke politiko honen dekadentzia prozesua bizkortu izanaren aukerak, hortaz, litekeena dirudi[1].

Gaitasun ekonomiko handiagoa duten eta zorra erosteko aukeran leudekeen estatuek ondorio ekonomiko larriak jasan arren, lehen inarrosaldi honen aurrean, euren posizioa eutsiko luketela pentsa genezake. Lehendik leporaino zorpetuta zeudenentzat, ordea, kolpea bereziki gogorra ari da izaten, eta gerta liteke, krisialdi komertzial batetik harago, estatu hauek esparru guztietan kinka larrian jarriko litzuzkeen egoerara iristea. Izan ere, zorpeturiko estatuek aurreratu dieten dirua itzuli beharko dute osasun-krisia apaltzean. Itzuli ahal izateko, ordea, zergak igo beharko dituzte, prestazio sozialak gutxitu, sektore publiko guztian gastuak murriztu, austeritate-neurriak ezarri...

2.3.3. Munduko herrialde desberdinetan hartu diren neurrien gainekeo analisia

Pandemiari aurre egiteko munduko

Kolpe latza jasaten ari da Europa. COVID-19aren hedapenak azken hamarkadan agerian jarritako krisia areagotzea eragin du

Bloke politiko honen dekadentzia prozesua bizkortu izanaren aukerak, hortaz, litekeena dirudi

herrialdeetan zehar hartutako neurriak aztertu dituzten zenbait ikerketaren datuak azalduko ditugu hurrengo lerroetan [69,70]. Ikerketa horietan 148 herrialde aztertu dituzte. 139 herrialdetan konfinamendua ezarri dute (ezaugarriak eta irizpideak ez dira uniformeak izan) eta horietatik 124tan lurralde osoan ezarri da. 111 herrialdetan, estatu bakoitzak ezarritako irizpideen arabera, ezinbestekotzat jotzen ez ziren ekoizpen esparruak geldiarazi eta lantokiak itxi dira. 138tan eskolak itxi dituzte momenturen batean. Asintomatikoei testak egiten ari zaizkien herrialdeak, 148 hauetatik 24 besterik ez dira.

Esan dezakegu, beraz, munduko populazioaren zati handi bat bere mugimenduak eta jarduna murriztuta dituen egoeran dagoela edo egon berria dela, egoera horretara iritsi baino lehen euste estrategia garatzeko ezarri behar diren oinarritzko IEFak leku askotan, Mendebaldean kasu, betetzen ez diren bitartean (kontaktu asintomatikoei testak ez egin izanak edo estatu askotan



COVID-19aren hedapenaren aurrean prebentzio neurri orokorrak ez dira aplikatu edo ez da horiek errealki betetzeko baldintzarik jarri

maskarillen erabilera ez ezarri izanak erakusten duten bezala). Koarentena indibidual zein orokorra izaten ari da oraingoan ere pandemia hau gelditzeko oinarritzko neurria Mendebaldean, Antzinaroan jatorria duen eta Erdi Arotik hasita izurriteen aurrean erabili izan den irtenbideak[45], XXI. mendean ere epidemiari aurre egiteko neurri nagusia izaten jarraitzen duelarik.

3. ESPAINIAKO ESTATUKO EGOERA. GOBERNUAK HARTURIKO NEURRIEN ANALISIA ETA BIZI DUGUN EGOERAREN GAINEKO ZENBAIT APUNTE

3.1. Espainiako Gobernuak pandemiaren aurrean harturiko neurrien analisia

Espainiako Estatuak da Europar gehien kolpatuetako bat. Bertan aurrera eramandako politikak kritika nabariak jaso dituzte komunitate zientifikoaren zati baten partetik[68]. Espainiako Gobernuak hartutako neurriak pandemiaren atzetik joan dira, eta ez dute gaitasunik izan kontentzioa modu eraginkorrean betetzeko. Nabarmena da ez direla IFEAk aplikatzerakoan bete beharreko oinarritzko irizpide zientifikoak bete eta ez direla Ekialde Urruneko herrialdeetan aurrera eramanez dituzten neurriak jarraitu, Gobernuak orain arteko ebidentzia zientifikoa kontuan hartu gabe jardun duelarik. Azter ditugun zein izan diren Espainiako Estatuak ezarritako neurrien bereizgarri eta arrazoiak.

3.1.1. Espainiako Estatuan ez ziren pandemia modu goiztiarrean kontrolatzeko beharrezko neurriak hartu

COVID-19aren hedapenaren aurrean prebentzio neurri orokorrak ez dira aplikatu edo ez da horiek errealki betetzeko baldintzarik jarri. Espainiako Gobernuak alor honetan eginitako akats nagusietako bat maskarillak era orokortuan erabiltzeko neurriak ez hartu izana da[23]. Horrez gain, osasun-sistemak neurri prebentiboak jendartean zabaltzeko beharrezko baliabideak jarri ez izanak ezinezko egin du horiek modu egokian betetzea. Izan ere, jendarteari eskuak garbitzeko edo eskularruak erabiltzeko esanda ere, ez badakigu hori modu egokian nola egin, ez da neurri prebentibo horiek behar bezala betetzea lortzen. Nabarmen geratu da, beste behin, osasunaren kudeaketa orokorrak, eta horren baitan prebentzioak, ez dutela lekuri kapitalaren baitako osasunaren ulkeran.

Modu desagokian egin den beste gauza bat gaixoen diagnostiko eta isolamendu goiztiarra zein kontaktuen miaketa izan dira. Kontaktuen miaketa ez da ebidentzia zientifikoa zein instituzio internazionalak zehaztutako irizpideak betez egin. Horren adibide da, Gobernuak otsailaren bukaeran eta martxoaren erdialdera arte (transmisio lokala ezarri eta deskontrolatzen hasi zen momentuan)[67] garatutako protokoloetan arrisku altuko kontaktuen zein kontaktu hurbilak koarentena indibidualean jartzeko agindua eman ez izana[71], kontaktuen miaketa sakon eta zorrotza egin ez izana, miaketa arrisku altuko kontaktuetara soilik mugatu izana[71], arrisku altuko kontaktuetan gaixoei epe presintomatikoan egin ahal zuten transmisioa alde batera utzi izana[71] eta abar. Eta esan bezala, hori egiteko ebidentzia eta irizpideak zeudenean[21,30,35,41,42,72].

Horrez gain, ez zituzten lehen agerraldi hori ezarri baino lehen COVID-19aren epidemiari aurre egiteko beharrezko neurriak hartu, komunitate zientifikoak zein organismo internazionalak eginitako gomendioei entzungor eginez[21,41,73]. Hori dela eta ez da gaixotasuna kontrolatzeko beharrezko proba diagnostikorik nahikorik egon, ez maskarillarik, ez birusarekin kontaktuan egon litezkeen langileak babesteko ekiporik eta abar[74]. Hori dela eta, ez da gaixotasuna kontrolatzeko adina diagnostiko proba egon, ez maskarillarik, ez birusarekin kontaktuan egon litezkeen langileak babesteko ekiporik, eta abar[74]. osasun-baliabideen faltaren adibide da, baita ere, gaixotasun arina daukaten pertsonen (edo eduki lezaketenek, gehiengoari ez baitzaio gaixorik dagoen baieztatze-ko diagnostiko probarik egin) beren etxean bete behar dutela isolamendua, etxeko kideen transmisio-katea gertatzeko arriskua mantenduz.

Beraz, gertakari horiek guztiak agerrarazten dute Espainiako Gobernuak neurririk hartu ez izanak ez zituela osasun-irizpideak jarraitzen. Horren adierazle dugu pandemiari aurre egiteko beharrezko neurri guzti hauen falta gogor salatu zutela komunitate zientifikoko kide batzuek[68].

Egoera hau ahalbidetu duten hiru arrazoi nagusi identifika genitzake. Lehena, horrelako pandemia bati aurre egiteko prestakuntza falta litzateke. Ekialde Urruneko estatuak azkarrago erantzuteko gaitasuna izan dute aurretik antzeko egoerak bizitza arnas birusen epidemiari aurre egiteko bitartekoak zizutzelako. Hala ere, nabarmena da aurretik prestatuta egon ez arren, Espainiako Estatuak auke-

Ander Goiatxe
eta Unai Seguro



ra izan zuela epidemiari aurre egiteko testak, maskarillak eta abar eskuratze eta osasun-sistema prestatzeko (langileak kontratatuz, berrantolaketak eginez, ospitaleak eraikiz...), organismo internazionalen eta komunitate zientifikoak ohartarazita zetorrenaren jakitun baitzen[21,30,41,42,46,75,76]. Beraz, horien guztien atzean dagoen arrazoi nagusia ezintasun ekonomiko edo solbentzia falta da, zailtasun egoera batean egonda estatuak ahal den gutxien gastatzeko hautu okerra egin zuelarik[77]. Eta azkeneko arrazoiak zirkulazioaren kolapsoa litzateke, batez ere martxoaren erdialdera pandemia hedatzen hasi eta estatuak etsi-etsian baliabideak eskuratu nahian hasi zirenean areagotu zena.

3.1.2. Alarma-egoeraren ondoriozko koarentena orokor edo konfinamendua: etsi-etsian ezarritako ezkutuko salbuespenezko egoera

Transmisioaren gaineko kontrola galdu eta kasuak esponenzialki igotzen ari zirela hasi zen Espainiako Gobernuak lehen urruntze-neurriak hartzen. Martxoaren 9ko astean agerraldiak bizitzen ari ziren zenbait hiri eta probintzitan eskolak ixteko erabakia hartu zen. Erabaki horrek epidemia gelditzeko izan zezakeen eragina ordea benetan mugatua zen. Aurreko ataletan landu dugun bezala, neurriak banan-banan hartzen direnean eraginkortasun txikia izaten dute eta gainera, gripearen epidemiari aurre egiteko neurri horrek COVID-19aren kasuan eragin urria izango lukeela adierazi dute zenbait ikerlarik. Hori gutxi balitz, ECDCk aipatzen duen bezala, zentzu gutxi dauka eskolak itxi bai-

na lantokiak irekirik jarraitzeak, adin handiko pertsonen umeak zaintzean gaixotasuna arrisku populazioetara zabalduko bailitzateke[30,55].

Hurrengo neurri nagusia martxoaren 15ean indarrean sartu zen alarma-egoera izan zen, eta horrek estatu osoan zehar ezarritako koarentena orokorra ekarri zuen. Lurralde zehatzetan bigarren mailako urruntze-neurri bakar batzuk ezartzetik, zuzenean hirugarren mailako urruntze-neurria, koarentena orokor edo konfinamendua, aplikatzera pasatu zen Gobernuak, eta modu bortitzean, gainera. Azter ditzagun alarma-egoerak ekarri zuen egoeraren zenbait elementu.

Hasteko, nabarmena da Espainiako Gobernu oso berandu hasi zela IEFak eta horien baitako urruntze-neurriak hartzen. Birusaren intzidentzia modu esponenzialean handitu eta estatu osoan zehar zabaltzen zela ikusita, etsi-etsian urruntze-neurriak ezartzera behartuta ikusi zuen bere burua. Komunitate zientifikoak eta organismo internazionalak[21,41] otsailetik zehaztutako bide-orri eta irizpide oinarrikoenak ere ez zituen bete Espainiako Gobernuak. Horrez gain, ez zen epidemiak transmisio altua zuen eremu eta lurraldeetan euste neurriarik hartu, eta horrek, gaixotasuna inolako kontrolik gabe lurralde guztian zehar zabaltzea ahalbidetu zuen.

Are gehiago, ez ziren urruntze-neurriak hartzerakoan gomendatzen diren irizpideak jarraitu. Izan ere, koarentena orokorra bigarren mailako oinarriko neurri bat hartu gabe aplikatu zen, hain zuzen, SARS-CoV-2aren transmisioa gelditzeko neurri garrantzitsutzat jotzen dena gainera[58,68]: ekoizpen ez-esentziala gelditzea eta lantokiak

ixtea. Neurri hori hartzeak eragingo litzkeen ondorioak bere egiteko ezintasunaren aurrean Gobernuak ekoizpena gelditzea eskatzen ez zuten neurri posible guztiak ezarri zituen. Txinak zentzu horretan ezarritako aurrekariak eta ebidentzia zientifikoak, ordea, baieztatzen egin zuten Espainiako Estatuak bizi zuen COVID-19aren hedapen deskontrolatu eta larria eusteko, koarentena orokorra ezartzearekin batera, ekoizpena gelditzea ere beharrezkoa zela. Hala adierazten dute Espainiako Estatuak datuek ere. Zifrak gora zihoazela, egoerari aurre egiteko beste erremediorik gabe, Gobernuak ekoizpena gelditu zuen martxoaren 30etik aurrera. Azken lanegun nagusitik (martxoaren 28a, larunbata) astebetera[4], apirilaren lauean eta batez ere bostean hasita, beheranzko joera nabari bat ikus daiteke baieztatutako kasu berrien datuetan[65]. Joera hori, gainera, egindako test kopurua handituta ere mantendu zen. Heriotzei dagokienez, ordea, ez zen neurria hartu eta bi astera halako joera nabarmenik egon[65]. Dena den, kontuan hartu beharra dago heriotzak batez ere 70 urtetik gorakoetan gertatzen direnez lantokien itxierak horien eragina izateko 3-4 aste edo gehiago itxaron beharko liratekeela, horiek lanera joandakoek kutsatuta kutsatuko baitziren. Beraz zailagoa da heriotza kopuruen datuetan neurri honen eragina zehaztea.

Beste alde batetik, komenigarria da alarma-egoerarekin batera ezarritako koarentena orokorra aztertzea. Espainiako Gobernuak ezarritako neurriak ez dira pertsona asymptatikoen mugimendu eta jarduerak murriztera mugatu. Lehenago aztertu dugun bezala, koarentena orokorraren ezarpenak ez

Ez dira urruntze-neurriak hartzerakoan gomendatzen diren irizpideak jarraitu. Izan ere, koarentena orokorra bigarren mailako oinarriko neurri bat hartu gabe ezarri zen: ekoizpen ez-esentziala gelditzea eta lantokiak ixtea



du *de facto* oinarritzko eskubide eta askatasunak deuseztatzea ekartzen. Zergatik bizi dugu, bada, gure oinarritzko eskubideen indargabetze bat?

Jurista ugari kritikatu dute alarma-egoerak ez duela oinarri juridikorik eskaintzen oinarritzko eskubideak baliogabetzeko -horretarako salbuespen-egoera ezarri beharko litzateke- ez eta militarrek tartean sartu eta horiei zein gainerako indar armatuei autoritate publiko izaera emateko ere[78]. Izan ere, «autoritateari edo bere agentei desobedientzia edo erresistentzia» jasotzen duen Mozal Legearen 36.6 artikulua baliatuta, euren irizpide propioan oinarrituz, 600 eta 30.000 eurora arteko isunak jartzeko aukera dute indar armatuek. Ez dirudi, ordea, isunak gaixotasunaren transmisioa ekiditeko bermerik ez duten egoerak gertatzea eragozteko jartzen dituztenik, edozein mugimendu ekiditeko baizik. Horixe da hain zuzen ere salbuespeneko egoera juridikoen, alarma- salbuespen- eta setio-egoerek, komunean duten alderdia: zirkulazio-askatasuna eta beraz, mugimendu-askatasuna deuseztatzea[77]. Modu horretan, egoera horiek mugimendu-askatasuna beharrezko duten oinarritzko askatasun politikoak (elkartzeko, bilerak egiteko, kale agerraldiak egiteko... eskubideak) deuseztatzea eragiten dute, eta horrek agerrarazi egiten du neurri horien izaera politikoa: langilariaren kontrol sozialerako mekanismo bezala erabiltzen diren diktadura politiko zuzenak direla[77].

Burgesiak bake soziala erabiltzen du, horretarako gaitasuna duen bitartean, langilariaren gaineko kontrol soziala bermatzeko. Estatuaren bidez, langilariari eskubide zibil, politiko eta sozial bihurtzen den kontzesio ekonomikoa eginez, normaltasun juridikoko egoera bat ezartzen da[77]. Metafora bat erabiltzearen, burgesiak langilariari dagokion pastelaren zatia handitzen du modu horretan askoz ere handiagoa den bere zatia babesteko[77]. Horretarako beharrezkoa den gaitasun ekonomikoa murrizten denean, ordea,

eskubide horiek eta ordenamendu juridikoa baliogabetu eta diktadura politiko zuzena ezartzen da[77].

Egoera hori bizi dugu egun Espainiako Estatuan. Pandemiak ugaritutako ezintasun ekonomikoen bultzatuta eta konfinamenduaren eta osasun-irizpideen arrimuan, oinarritzko eskubideak eta askatasun politikoak baliogabetu ditu burgesiak. Egoera honetan, eze-rezean geratu dira ECDC edo OME bezalako organismo internazionalak koarentenan mantendu beharreko eskubideen inguruan egindako gomen-dioak eta markatutako irizpideak, baita Nazioarteko Osasun Araudiak biltzen dituen printzipio eta artikulua ere[55,57,79]. Aipatzekoa da, bestalde, aurretik 2.2.2. atalean azaldu bezala, kontaktuen miaketaren aitzakiapen ezartzen ari diren kontrol sozialerako neurri eta teknologiak ere, langilariaren oinarritzko askatasunak urratzeaz gain, diktadura politiko horren eraginkortasuna bermatzen duela, adibidez, mugikor bidezko populazioaren geolokalizazio orokorrarekin gertatzen den bezala[54].

Europako beste estatu batzuetan, berriz, batez ere ekonomikoki indartsuagoak diren horietan, eskubide batzuk mantendu egin dira hein batean. Adibidez, estatu askotan kalera ateratzeko aukera gehiago daude, adibidez, kirola egitera edo arnasa hartzera ateradaitezke, osasun arrazoiengatik orokorrean eta ez gaitz zehatzen kasuan bakarrik; umeek ere kalera ateratzeko aukera dute, etxean elkarrekin bizi diren kideak batera ateradaitezke... Beste batzuetan, indarrean jarraitzen dute askatasun politiko batzuek, Alemanian manifestazio eskubidearekin gertatu den bezala[80]. Eta deigarria da ere, estatu horietan neurriak ezartzen ez betetzeagatik ezartzen dituzten isunak ere txikiagoak direla.

3.1.3. Urruntze-neurrien presazko beherapena. Ekoizpenaren berrezarpena

Joan den apirilaren 13an, Espainiako Gobernuak urruntze-neurrien

Pandemiak ugaritutako ezintasun ekonomikoen bultzatuta eta konfinamenduaren eta osasun-irizpideen arrimuan, oinarritzko eskubideak eta askatasun politikoak baliogabetu ditu burgesiak

beherapena abiatu zuen ezinbestekoak ez diren alorretan ekoizpena gelditzeko agindua kenduz. Berriz ere, ebidentzia eta gomendio zientifikoak alboratuta[58] eta komunitate zientifikoaren zati bat aurka izanik hartu zuen erabakia. Horrela, pandemia honetan agerraldia kontrolpean eduki gabe eta berriz ere kasuen gorakada emateko arriskua izanda ekoizpena berrezarri zuen lehenengo estatua izan zen Espainiakoa. Ikusi besterik ez daude gainerako herrialdeek lantokien irekiera ezartzerakoan zituzten datuak[44]. Horregatik, Espainiako Estatuaren antzeko egoeran dauden beste asko, Italia adibidez, neurri hori atzeratzearen aldekoak izan dira. Espainiako Estatuan, ekoizpena berrezarri aurreko egunean, apirilaren 12an, 4167 kasu eta 619 heriotza jakinarazi ziren[65], zeina oso urruti baitago Txinako Hubei probintzian urruntze-neurri hau kentzen hasi ziren egunean notifikatu ziren 15 kasuetatik. Beste datu bat ematearren, egun horretan bertan Espainiako Esta-

tuko R_t parametroaren balioa 0,82koa zen, EAEn 0,89koa eta Nafarroan 0,92koa[81]. Balioak 1etik oso hurbil egoteak transmisioa ozta-ozta eutsita zegoela adierazten dute, eta beraz, ez zegoela berme sendorik beherapena abiatzeko. Txinan beherapena abiatzerako R_t parametroaren balioak oro har 0,5etik beherakoak ziren[44]. Gogorazki beharra dago zifra horien arteko aldea dirudiena baino handiagoa dela, R_0 parametroak ez baitu funtzio lineala jarraitzen, esponentziala baizik.

Europar osasun gaietan erreferente den ECDC agentziak apirilaren 8an kaleratutako txosten batean adierazi zuen goizegi zela Europako estatueta urruntze-neurriak kentzen hasteko, eta neurri horiek azkarregi kenduz gero birusaren transmisioa azkar haziko zela[4]. Aldi berean jakinarazi zuen neurriak mantenduz gero transmisioa handitzeko arriskua moderatua zela, baina beharrezko neurriak gero ezartzen ez baziren, arrisku hori oso altua izatera igaroko zela[4].

Eta bitartean, zirkulazioaren esferak jasandako nazioarteko kolapsoak ezinduta, testak edo maskarillak bezalako bitartekoak eskuratu ezinean jarraitzen zuen estatuak. Egoera horretan abiatu zuen beherapena Espainiako Gobernuak lantokiak irekitzen, transmisioa kontrolatzeko oinarritzko IEFak aplikatu gabe.

3.1.4. Espainiako Gobernuak jarraitutako politikaren gaineko zenbait ondorio

Honetatik guztitik ondorioztatu genezake Espainiako Gobernuak osasun-politikako neurriak hartzerako orduan jarraitu duen irizpide nagusia ekonomikoa izan dela. Pandemia iritsi baino lehen beharrezko baliabideak eskuratzeko aukera alboratu izanak, urruntze-neurriak ezarritakoan ekoizpena gelditu ez izanak, eta, erabaki hori hartuta ere, inongo bermerik gabe berriz ere lantokiak ireki izanak tesi hori indartzen dute. Gainera, bizi dugun testuinguru honen ondorioak kudeatzerako orduan diseinatutako

politikek agerian utzi dute estatuko goi-burgesiaren interes ekonomikoak lehenetsiz jardun duela Gobernuak. Hala adierazten dute hartutako erabaki edo neurriek, Sanchezen «talka plan sozialak» kasu[82], zein hartu ez dituzten guztiek. Eta gainera, hori guztia blindatzeko, diktadura politiko zuzena ezarri da langileriaren gain.

Behin hori bermatuta, COVID-19aren hedapena ahal bezain azkarren eusteko beharrezkoak ziren osasun-neurriak ez hartzeak eragin dituen ondorio sanitarioak leundu besterik ez du egin Gobernuak. Gainera, COVID-19ak zuzenean eragindako ondorio sanitarioez gain, kon-

Honetatik guztitik ondorioztatu genezake Espainiako Gobernuak osasun-politikako neurriak hartzerako orduan jarraitu duen irizpide nagusia ekonomikoa izan dela

tuan hartu behar dira hainbat hilabetez osasun-sistema gainezka egoteak eragindako gainerako patologiak, pertsonen osasun-zaintza alboratzeak eragindakoak, edota konfinamendu luze batek osasun mentalean[83], osasun fisikoan... eragin ditzakeen kalteak. Horrek guztiak langileria, eta batez ere proletalga, COVID-19aren aurrean inolako baliabiderik gabe uztea eragin du. Izan ere, ez dezagun ahaztu gaitz honek ere zuzenean gehien kolpatzen duen sektorea aurretiaz osasun-egoera ahulenean zegoen sektore soziala dela, bere osasuna kudeatzeko bitarteko gehienak erauziak izan zaizkion sektorea hain zuzen: proletalga. Eta



Testuinguru honen ondorioak kudeatzerako orduan diseinatutako politikek agerian utzi dute estatuko goi-burgesiaren interes ekonomikoak lehenetsiz jardun duela Gobernuak

netako ondorengoak baizik: hurrengo egunerako janaria lortzea, gerran dau- den lurraldeetan bala batek jota ez hilt- zea, pertsona trafikatzailen eskuetan erorita mediterraneoko uretan hiltzea, duela urte askotik erremedio terapeuti- koak dituzten eta herrialde hauek kol- patzen jarraitzen duten beste gaixota- sun larriago batzuk ez hartzea, etab.

3.2. Honek guztiak utzitako tes- tuingurua: abagune iraultzaile- ren irekiera

Gaur-gaurkoz klase ertaina zuze- nean arduratzen ari da Gobernuaren- ganako konfiantza mantentzeaz eta ezarritako neurriak betetzen direla bermatzeaz, behar izanez gero zalatari lanak ere egitera iritsiz. Baina urratzen hasia da orain artean izan duen estatus ekonomiko eta soziala, eta sektore ho- nen kondizio materialak aldatzeak eo- rain artean bete duen paper politikoa aldatzea ere ekarriko du. Besteak bes- te, *pyme* asko jada amaierarik ez duen tunel beltzean sartuta daude eta ikusi beharko dugu egoerak okerrera egiten badu estatua funtzionariotzaren egun- go soldatak mantentzeko gai izango ote den. Beraz, hurrengo urteetan kla- se ertainak bizi duen deskonposizio fe- nomenoaren bizkortze bat gerta liteke.

Ildo beretik, aipagarria da sozialde- mokraziak bizi duen ezintasun egoera. Burgesiaren kontzesioekiko guztiz de-

horren guztiaren ondorio ez-zuzenak ere (ekonomikoak besteak beste) pai- ratu beharko ditu.

Egoerak horrek erakusten du dikta- dura politikoaren ezarpenak estatuko burgesiarentzat duen garrantzia. Es- painian alarma-egoeraren bidez egin duten arren, munduan zehar modu as- kotan ezarri dute diktadura politikoa, ikusi besterik ez dago Txileko adibi- dea, non Gobernuak etxeratze-agindua (gaztelerazko «toque de queda») ezarri duen 22:00etatik 05:00etara[84]. Bal- dintza materialak dira gure beharrak, kezka eta kontzientzia bera determi- natzen dituzten elementu nagusia. Beraz, bizi dugun egoerak makurrera

egin ahala gaixotasunak langileriaren kezka nagusia izateari utziko dio, as- korentzat inoiz izan ez den arren. Hain zuzen, bere lekua hartuko dute hipote- ka, argia, jatekoa... ordaintzeko ezinta- sunak; kaleratu ostean askori irekiko zaien etorkizun beltzak; diru-sarrerak nahikoa ez direla ikusteak; urteetako lanaren ondorioz aurrera ateratako negozioak porrot egiteko arriskuak... Ezinbestekoa izango zaio orduan es- tatuari militarrek kaleetan zehar edu- kitzea. Egoera hori are agerikoagoa da periferia inperialistako herrialde askotan. Pentsatzekoa da bertako lan- gileriak dituen kezka nagusien artean ez dela gaixotasuna egongo, mota ho-

Aldi berean, proletalgoa, bizi duen egoera gordina oraindik eta gehiago okertu izanak bultzatuta, klase ertaina eta bere proiektu politikoa den sozialdemokrazia alde batera utzita modu independentean jarduten hasteko abagunea ireki da

pendentea izanik, krisi garaietan hark iturria ixten duenean bere programa betetzeko izaten dituen ezintasunek proiektu politiko hori gainbeheran sartzea eragiten dute. Pandemiaren hedapenak 2008ko krisialdi komertzialaz geroztik gainbeheran zegoen proiektu politiko horri beste kolpe latz bat eman dio. Alde batetik, burgesiarekiko dependentziak bere programari ezartzen dizkion mugak agerian geratu dira. Eta bestetik, azken hamarkadetan ematen ari den eta hurrengo urteetan azkartuko dela dirudien proletarizazio prozesuak[85], bere oinarri soziala izan den klase ertainaren deskonposizioa eragin du. Aldi berean, proletalgoa, bizi duen egoera gordina oraindik eta gehiago okertu izanak bultzatuta, klase ertaina eta bere proiektu politikoa den sozialdemokrazia alde batera utzita modu independentean jarduten hasteko abagunea ireki da.

Hamarkadetan zehar sozialdemokraziak programan eduki dituen eta garairik onenetan ere lortu ezin izan dituen promesak (aberastasunaren banaketa, langileriaren baldintza materialen hobekuntza, errenta unibertsalen ezarpena...) betetzeko bide-orri posible baten faltan, etsi-etsian burgesiarekin paktu sozialak proposatzera mugatu du haren ekinbidea. Izan estatuan bertan, edo izan estatuaren menpeko autonomia erkidegoetan, autonomisten kasuan bezala. Gerta liteke sozialdemokraziaren agente erradikalenak paktu horiek ukatzea eta beste agente moderatuagoak kritikatzera mugatzea, euren programa betetzeko hutsune estrategikoan eta ezintasunean oraindik eta gehiago sakonduz. Hain zuzen ere, *bizitza* vs. *kapitala* dikotomia faltsuan ezkutatu nahi izan dute batzuek ezin-

tasun hori. Izan ere, bizitza burgesiarekin paktatzetik eta bere kontzesioak itxarotetik pasatzen denean, edo beste bide posible baten faltan premisa hori ezeztatzen denean, dikotomia hori desagertu egiten da, are gehiago egun-goa bezalako krisi egoeretan.

Proletalgoa bere independentzia politikoa gauzatzen hasteko momentua da. Hori da, hain zuzen ere, egun bizi dugun egoerak irekitzen duen abagune iraultzailea gauatzeko modua. Bi aukera nagusi irekitzen zaizkio proletalgoari: kapitalaren eta bere aparatuen menpe jarraituz bere baldintza materialen depauperazio progresiboa jasatea, edo bere beharrak kudeatzeko bitartekoak burgesiari erauztea eta etorkizuneko botere independentea eraikitzea ahalbidetuko duen independentzia politikoa gauzatzen hastea. Biak ala biek ondorio gogorak izango dituzte ziuraski, baina lehenengoak basakeriara kondenatzen gaituen bitartean, bigarrenak etorkizun posible baterako ateak irekiko dizkigu.

4. HURRENGO URTEETARA BEGIRAKO AGERTOKI POSIBLEAK

Testuaren azken atalean, hurrengo hilabete eta urteetara begira COVID-19ak izan dezakeen bilakaeraren eta ireki daitezkeen agertokiaren inguruan ariko gara. Aipatu, hasi baino lehen, hemen aurkeztuko ditugun aukerak osasun-esparruko komunitate zientifikoak egun maneiatzen dituenak direla eta gaur-gaurkoz egindako estimazioak oso gutxi direnez okerrak izan daitezkeela. Horrez gain, soilik osasun perspektiba hartzen dute kontuan, bestelako faktoreek (ekonomikoek, sozialek...) aurreikuspen hauetan izan

dezaketen eragina alde batera utziz. Beraz, ez dira aurreikuspen zehatzak baina datorrenaren inguruko ideia bat egiteko aukera ematen dute.

• **1. agertokia:** birusaren deuseztapena. Agertoki hau litzateke guztietan onena, baina ikerlariek oso aukera gutxi ikusten dituzte hau gertatzeko, edo beste batzuk ez dute aukera bezala ere planteatzen[38,86]. Munduko herrialde guztietan pandemia eustea lortuko balitz, gizakien arteko transmisioa ezabatuta eta birusa uztaila-abuzturako[86] erradikatuko litzateke. Horixe gertatu zen 2003an SARS birusarekin. Arazoa da, ordea, birusak oraingoan kolpatu duen periferia inperialistan ez dagoela euste estrategia jarraitzeko baliabiderik eta estatu askotan z dela epidemia kontrolatzeko nahikoa neurri hartu. Hori dela eta, hurrengo urteetan birusaren agerraldi berriak gertatuko dira[40], bai urruntze-neurriak erlaxatzean kontrolatu gabe komunitatean geratutako transmisio kateak berrezartzearen eraginez[56], zein epidemiak bizi dituzten herrialdeetatik infektatutako kasuak inportatzearen eraginez.

• **Birusa endemiko bilakatzea.** Aukerarik probableena beraz, birusa gurean denbora batez egotea litzateke[38,86]. Ikerlariek eginiko estimazioen arabera COVID-19aren agerraldiak biziko genituzke etorkizunean, seguruenik txertoaren bidez talde immunitatea lortu arte. Horrek esan nahiko luke, hurrengo urteetan bizi duguna bezalako agerraldiak jasango genituzkeela. Agerraldi horien luzapena, erregulartasuna edo urtaroko izaera, zenbait faktoreen arabera lirateke, horien artean immunitatearen iraupena (ikus. 1.4.1. atala), tenperaturaren eragina (ikus. 1.5.2. atala), agerraldi baten eus-



Aukerarik probableena beraz, birusa gurean denbora batez egotea litzateke[38,86]. Ikerlariak eginiko estimazioen arabera COVID-19aren agerraldiak biziko genituzke etorkizunean, seguruenik txertoaren bidez talde immunitatea lortu arte

Gaixotasuna kontrolatzeko euste estrategia jarraituz gero, beharrezkoa izango litzateke urruntze-neurriak txertoa lortu bitarteko denboraren 2/3ean indarrean egotea

tea modu egokian egitea eta transmisioaren kontrola lortzea edo ez... Talde immunitatea eta txertoari buruzko informazio eta estimazioak 1.4.3. atalean daude jasota.

- **2. agertokia:** COVID-19aren epidemiak biziko genituzke udazken, negu eta udaberrian, hau da, azaro ingurutik aurrera, koronabirusak gripearen antzeko urtaroko izaera izango lukeelarik. Badirudi hau izan daitekeela pandemiaren hasierako urteetan (hurrengo neguan seguru aski) zein gaixotasunaren bidez garatutako immunitatea mugatua izango balitz izango genukeen egoera probableena[38,86]. Dena den, gaixotasunaren inguruan egun dakigun apurretik abiatuz, aukera bat litzateke txertoaren bidez arrisku populazioa babesteko gaitasuna zein gaixotasunaren larritasuna gutxitzeko tratamendu egokiak lortuz gero, mitigazio estrategia jarraitzea zentro inperialistako estatuetan. Egoera hau lortzeko, ordea, urte pare bat beharko direla dirudi.

- **3. agertokia[38]:** kontentzioa ez-egokia bada, eta tenperaturak birusean eraginik ez izanez gero, talde immunitatea garatu bitartean, COVID-19aren agerraldi errepikatuak bizitzea urteko edozein momentutan.

- **4. agertokia[38]:** COVID-19ak urte batzuetako immunitatea eskainiz gero posible litzateke zenbait agerraldi (2-3) (edo baita bizi dugunarekin ere espero dena baino dimentsio askoz handiagoa badu) pasatu ostean gaixotasuna asko murriztu eta desageritzen joatea.

- **5. agertokia[38]:** euste neurri eraginkorrak hartuz gero eta agerraldiak azkar eta dimentsio handia hartu baino lehen kontrolatuz gero, posible litzateke agerraldiak urteroko maiztasuna ez jarraitzea eta modu irregularrean agertzea (bi urtean behin adibidez). Modu honetan hurrengo agerraldia atzeratuko litzateke, gertatzen denerako herrialdeak prestatuago egotea ahalbidetuz (tratamendu eraginkorrrak egongo lirateke, osasun baliabide nahikoa...)

Zenbait ikerlarik egindako estimazioen arabera, gaixotasuna kontrolatzeko kontentzio estrategia jarraituz gero, beharrezkoa izango litzateke urruntze-neurriak txertoa lortu bitarteko denboraren 2/3ean indarrean egotea[30]. Horrez gain, nabarmendu beharra dago IEFen bidez gaixotasunaren zenbat eta kontentzio eraginkorragoa lortu, talde immunitate gutxiago lortuko litzatekeenez, orduan eta handiagoa izango litzatekeela hurrengo epidemia edo agerraldia, gaixotasunaren transmisioa errazago egingo bailitzateke[30].

Horrenbestez, aipatutako guztiak hurrengo urteetan osasun-politika dinamikoa egitea eskatuko du. Pre-

bentzio neurri orokorrak, gaixo eta kontaktuen detekzio goiztiarra eta isolamendua modu zorrotz eta eraginkorrean betetzea oinarri izanda, epidemiaren bilakaeraren arabera, urruntze-neurrien beherapen eta berrezartzeak jasango genituzke[44]. Ondoriozta genezake, oinarritzko neurri horiek ez hartzeak agerraldi handiagoak maizago jasatea, eta beraz, urruntze-neurri gogorragoak denbora luzeagoz ezartzea eragingo lukeela. Eta hasia den krisialdi ekonomikoak eragingo dituen ezintasun eta mugak kontuan hartuta, pentsa dezakegu agerraldiak deskontrolatzeko eta larriagotzeko aukera nabariak daudela.

Espero dugu testua baliagarri suertatu izana.

Animo eta besarkada bana!

5. BIBLIOGRAFIA

- 1- Goiatxe A. COVID-19aren hedapenak sortu duen egoeraren inguruko hainbat gako. Gedar Langile Kazeta. Asteazkena 2020ko Marxoaren 18a; Kolaborazioak. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/kolaborazioak/AnderGoiatxe/covid-19aren-hedapenak-sortu-duen-egoeraren-inguruko-hainbat-gako>
- 2- McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. UpToDate. 2020 Mar [updated 2020 Apr 07]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-clinical-features-diagnosis-and-prevention>
- 3- Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 Illness in Native and Immunosuppressed States: A Clinical-Therapeutic Staging Proposal. J Heart Lung Transplant. 2020 Mar 12; [Epub]. <https://doi.org/10.1016/j.healun.2020.03.012>
- 4- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – eighth update. Stockholm: ECDC; 2020 Apr 8. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf>
- 5- Young BE, Xiang SW, Kalimuddin S, Low JG, Ten S, Loh J et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. JAMA Netw Open. 2020 Mar 20; [Epub]. doi:10.1001/jama.2020.3204
- 6- Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet. 2020 Mar 9; 359: 1054-62.
- 7- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 pandemic: increased transmission in the EU/EEA – seventh update. Stockholm: ECDC; 2020 Mar 25. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>
- 8- Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan 2020. Euro Surveill. 2020 Mar 12; 25(10). <https://doi.org/10.2807/1560-7917>.
- 9- Day M. Covid-19: four fifths of cases are asymptomatic, China figures indicate. BMJ. 2020; 369: m1375. doi:10.1136/bmj.m1375
- 10- Davies NG, Klepac P, Liu Y, Prem K, Jit M, Eggo RM et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. medRxiv. 2020 Mar 24; [Epub]. <https://doi.org/10.1101/2020.03.24.20043018>
- 11- Begley S. What explains Covid-19's lethality for the elderly? Scientists look to 'twilight' of the immune system. STAT. Monday 2020 March 30; Health. Available from: <https://www.statnews.com/2020/03/30/what-explains-coronavirus-lethality-for-elderly/>
- 12- Gobierno de España. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, Covid-19. Madrid: Gobierno de España; 4 Abr 2020. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200404_ITCoronavirus.pdf
- 13- World Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Geneva: WHO; 29 march 2020.
- 14- Doremalen N van, Bushmaker T, Morris D, Holbrook M, Gamble A, Williamson B, et al. Aerosol and surface stability of HCoV-19 (SARS-CoV-2) compared to SARS-CoV-1. NEJM. 2020 Mar 30; [Epub]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.09.20033217v2>
- 15- Hindson J. COVID-19: faecal-oral transmission? Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 2020 Mar 25; [Epub]. <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0295-7>
- 16- Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Annals of Internal Medicine. 2020 Mar 10; [Epub]. <https://doi.org/10.7326/M20-0504>
- 17- Tapiwa G, Cécile K, Dongxuan C, Andrea T, Christel F, Jacco W et al. Estimating the generation interval for COVID-19 based on symptom onset data. medRxiv. 2020 Mar 5; [Epub]. <https://doi.org/10.1101/2020.03.05.20031815>
- 18- Wei WE, Li Z, Chiew CJ, Yong SE, Toh MP, VJ. L. Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2 — Singapore, January 23–March 16, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Apr 1; [Epub]. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6914e1>
- 19- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update. Stockholm: ECDC; 2020 Apr 8. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management>
- 20- Ferretti L, Wymant C, Kendall M, Zhao L, Nurtay A, Abeler-Dörner L et al. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. Science. 2020 Mar 31; [Epub]. DOI: 10.1126/science.abb6936
- 21- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidelines for the use of non-pharmaceutical measures to delay and mitigate the impact of 2019-nCoV. Stockholm: ECDC; 2020 Feb. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-guidelines-non-pharmaceutical-measures_0.pdf
- 22- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Using face masks in the community. Stockholm: ECDC; 2020 Apr 8. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-use-face-masks-community.pdf>
- 23- Cohen J. Not wearing masks to protect against coronavirus is a 'big mistake,' top Chinese scientist says. Science Mag. Friday 2020 March 27; Health.
- 24- World Health Organization (WHO). Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19)



in suspected human cases: Interim guidance. Geneva: WHO; 2020 Mar 19. Available from: <https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-for-2019-novel-coronavirus-in-suspected-human-cases-20200117>

25- World Health Organization (WHO). Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19. Geneva: WHO; 2020 Mar 21. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331509/WHO-COVID-19-lab_testing-2020.1-eng.pdf

26- Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd Immunity": A Rough Guide. *Clin Infect Dis*. 2011 Apr 1; 52(7): 911-6

27- Yong E. How the Pandemic Will End. *The Atlantic*. Wednesday 2020 Mar 25; Health. Available from: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2020/03/how-will-coronavirus-end/608719/>

28- Morrison JS, Carroll A. Which Covid-19 Future Will We Choose? *Whashington: CSIS*; 2020 Apr 1. Available from: csis.org/analysis/which-covid-19-future-will-we-choose

29- Mills CE, Robins JM, Lipsitch M. Transmissibility of 1918 pandemic influenza. *Nature*. 2004 Dec; 432: 904-6.

30- Ferguson NM, Laydon D, Nedjati-Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M et al. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. London: Imperial College London; 2020 Mar 16. DOI: <https://doi.org/10.25561/77482>

31- Flaxman S, Mishra S, Gandy G, Unwin HJT, Coupland H, Mellan TA et al. Estimating the number of infections and the impact of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in 11 European countries. London: Imperial College London; 2020 Mar 30. DOI: <https://doi.org/10.25561/77731>

32- Ansele M. ¿Hay ya siete millones de infectados en España? *El País*. Martes; 31 de marzo de 2020. Disponible en: <https://elpais.com/ciencia/2020-03-31/hay-ya-siete-millones-de-infectados-en-espana.html>

33- Russel TW, Hellewell J, Abbott S, Jarvis CI, van Zandvoort K, Flasche S. Using a delay-adjusted case fatality ratio to estimate under-reporting. London: Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases; 2020 Mar 22 [updated 2020 Mar 30]. Available from: https://cmmid.github.io/topics/covid19/global_cfr_estimates.html

34- Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. El número reproductivo básico (R_0): consideraciones para su aplicación en la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2015; 38(2): 167-176.

35- Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020 mar 6; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)

36- Burr T, Chowell G. The Reproduction Number R_t in Structured and Nonstructured Populations. *Math Biosci Eng*. 2009 Apr; 6(2): 239-59.

37- O'Reilly K, Auzenberg M, Jafari Y, Liu Y, Flasche S, Lowe R. Effective transmission across the globe: the role of climate in COVID-19 mitigation strategies. London: Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases; 2020 Mar 25 [updated 2020 Mar 26]. Available from: <https://cmmid.github.io/topics/covid19/role-of-climate.html>

38- Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020 Apr 14; [Epub]. doi: 10.1126/science.abb5793

39- Rothstein MA, Coughlin CN. Ensuring Compliance With Quarantine by Undocumented Immigrants and Other Vulnerable Groups: Public Health Versus Politics. *Am J Public Health*. 2019 Sep; 109(9): 1179-1183

40- Tuite AR, Fisman DN, Greer AL. Mathematical modeling of COVID-19 transmission and mitigation strategies in the population of Ontario, Canada. *CMAJ*. 2020 Apr 8; [Epub]. doi:10.1503/cmaj.200476

41- World Health Organization (WHO). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva: WHO; 2020 Feb

[cited 6 April 2020]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

42- Lai S, Ruktanonchai NW, Zhou L, Prosper O, Luo W, Floyd JR, et al. Effect of non-pharmaceutical interventions for containing the COVID-19 outbreak in China. *medRxiv*. 2020 Mar 3; [Epub]. <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20029843>

43- Koo JR, Cook AR, Park M, Sun Y, Sun H, Lim JT et al. Interventions to mitigate early spread of SARS-CoV-2 in Singapore: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Mar 23; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30162-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30162-6)

44- Leung K, Wu JT, Leung GM. First-wave COVID-19 transmissibility and severity in China outside Hubei after control measures, and second-wave scenario planning: a modelling impact assessment. *Lancet*. 2020 Apr 8; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30746-7)

45- Rothstein MA. From SARS to Ebola: Legal and Ethical Considerations for Modern Quarantine. *Indiana Health Law Rev*. 2015 Jun; 12(1): 227-280.

46- Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health*. 2020 Feb 28; 8: e488-96.

47- Quilty BJ, Diamond C, Liu Y, Gibbs H, Russell TW, Jarvis CI et al. The effect of inter-city travel restrictions on geographical spread of COVID-19: Evidence from Wuhan, China. *medRxiv*. 2020 Apr 16; [Epub]. <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067504>

48- Park K, Meagher T, Li W. Tracking the Spread of Coronavirus in Prisons. *The Marshall Project*. Friday 2020 Apr 24; Coronavirus. Available from: <https://www.themarshallproject.org/2020/04/24/tracking-the-spread-of-coronavirus-in-prisons>

49- Sjödin H, Wilder-Smith A, Osman S, Farooq Z, Rocklöv J. Only strict quarantine measures can curb the coronavirus disease (COVID-19) outbreak in Italy, 2020. *Eurosurveillance*. 2020 Apr 2; 25(13): 2000280. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.13.2000280>

50- Colbourn T. COVID-19: extending or relaxing distancing control measures. *Lancet Public Health*. 2020 Mar 25; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30072-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30072-4)

51- Hamilton IA. Compulsory selfies and contact-tracing: Authorities everywhere are using smartphones to track the coronavirus, and it's part of a massive increase in global surveillance. *Business Insider*. Tuesday 2020 Apr 14; Coronavirus. Available from: <https://www.businessinsider.com/countries-tracking-citizens-phones-coronavirus-2020-3?IR=T>

52-Brandom R, Robertson A. Apple and Google are building a coronavirus tracking system into iOS and Android. *The Verge*. Friday 2020 Apr 10; Science. Available from: <https://www.theverge.com/2020/4/10/21216484/google-apple-coronavirus-contact-tracing-bluetooth-location-tracking-data-app>

53- Romm T, Dwoskin E, Timberg C. U.S. government, tech industry discussing ways to use smartphone location data to combat coronavirus. *Washington Post*. Saturday 2020 Mar 18; Tech Policy. Available from: <https://www.washingtonpost.com/technology/2020/03/17/white-house-location-data-coronavirus/>

54- Gedar Langile Kazeta. Biztanleen mugimenduak arakatuko dituzte Espainiako Gobernuak eta Europako Batzordeak, sakelako telefonoen geolokalizazioaren bidez. *Gedar Langile Kazeta*. Asteartea 2020eko martxoaren 31a; Aktualitatea. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/aktualitatea/ofentsibakapitalista/biztanleen-mugimenduak-arakatuko-dituzte-espainiako-gobernuak-eta-europako-batzordeak-sakelako-telefonoen-geolokalizazioaren-bidez>

55- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update. Stockholm: ECDC; 2020 Mar 23. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-social-distancing-measuresg-guide-second-update.pdf>

56- Chao DL, Oron AP, Srikrishna D, Famulare M. Modeling Layered Non-pharmaceutical Interventions Against SARS-CoV-2 in the United States With Corvid. *medRxiv*. 2020 Apr 8; [Epub]. <https://doi.org/10.1101/2020.04.08.20058487>

doi.org/10.1101/2020.04.08.20058487

57- World Health Organization (WHO). Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19). Geneva: WHO; 2020 Mar 19. Available from: [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

58- Prem K, Liu Y, Russell T, Kucharski A, Eggo R, Davies N et al. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2020 Mar 25; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30073-6)

59- Vidal M. China da por superado el pico de transmisiones de coronavirus en el país. *El País*. Jueves 12 de marzo de 2020; Sociedad. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-12/china-da-por-superado-el-pico-de-transmisiones-de-coronavirus-en-el-pais.html>

60- Kucharski AJ, Klepac P, Conlan AJK, Kissler SM, Tang M, Fry H. Effectiveness of isolation, testing, contact tracing and physical distancing on reducing transmission of SARS-CoV-2 in different settings. London: Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases; 2020 Apr 23. Available from: <https://cmmid.github.io/topics/covid19/tracing-bbc.html>

61- Rte.es. ¿Cuántos test de coronavirus se realizan en el mundo? Rte.es. Sábado 18 de Abril de 2020; Coronavirus. Disponible en: <https://www.rte.es/noticias/20200418/cuantos-test-coronavirus-hacen-otros-paises-comparacion-espana/2012292.shtml>

62- Our World in Data. Total COVID-19 tests. Our World in Data. 2020 Jan 21 [updated 2020 Apr 24]; Health. Available from: <https://ourworldindata.org/grapher/full-list-total-tests-for-covid-19>

63- Osakidetza. Informes con la actualización de datos sobre la evolución del nuevo coronavirus COVID-19 - Análisis 23/04/2020. Gasteiz: Osakidetza; 23 Abr 2020. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/boletin_coronavirus/es_def/adjuntos/23_abril_Boletin.pdf

64- Gobierno de Navarra. Navarra refuerza su estrategia de detección del COVID-19 con el aumento de PCR, pruebas que extenderá a los nuevos casos de Atención Primaria. Navarra.es. Martes 21 de Abril de 2020; Noticias. Disponible en: <https://www.navarra.es/es/noticias/2020/04/21/navarra-refuerza-su-estrategia-de-deteccion-del-covid-19-con-el-aumento-de-pcr-pruebas-que-extendera-a-los-nuevos-casos-de-atencion-primaria>

65 Colaboradores de Wikipedia. Pandemia de enfermedad por coronavirus de 2020 en España. Wikipedia, la Enciclopedia Libre. Consultado 20 de Abril de 2020. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Pandemia_de_enfermedad_por_coronavirus_de_2020_en_España

66- Villarreal A, Escudero J. ¿Cuántos se han hecho realmente? Verdades y bulos en las cifras de test PCR del Covid-19. *El Confidencial*. Martes 21 de Abril de 2020; Tecnología. Disponible en: https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-04-21/datos-test-pcr-covid-19-verdades-mentiras_2557907/

67- World Health Organization (WHO). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Reports. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

68- Mitjá O, Arenas A, Rodó X, Tobias A, Brew J, Benlloch JM et al. Experts' request to the Spanish Government: move Spain towards complete lockdown. *Lancet*. 2020 Mar 26; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30753-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30753-4)

69- Thomas H, Webster S, Petherick A, Phillips T, Kira B. Oxford COVID-19 Government Response Tracker, Blavatnik School of Government. Oxford: University of Oxford; 2020.

70- Internacional Monetary Found. Policy responses to COVID19. Washington: International Monetary Fund; 2020. <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>

71- Gobierno de España. Procedimiento de actuación frente a casos de infección por el nuevo coronavirus (SARS-CoV-2)[Actualizado a 27 de febrero de 2020 y 11 de marzo de 2020]. Madrid: Gobierno de España; 2020. Disponible en: [actualizado 27 de febrero de 2020] <https://www.oceez.es/>



net/archivos/noticia/1211-3-protocolo-de-ac-tuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nue-vo-coronavirus.pdf y [actualizado 11 de marzo de 2020] https://www.iislafe.es/media/upload/pdf/procedimiento-covid-19_1584008932.pdf

72- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union. Stockholm: ECDC; 2020 Feb 25. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-public-health-management-contact-novel-coronavirus-cases-EU.pdf>

73- Xu S, Li Y. Beware the second wave of COVID-19. *Lancet*. 2020 Apr 8; [Epub]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30845-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30845-X)

74- Mouzo J. Las bajas y la falta de material ponen en jaque la atención primaria. *El País*. Miércoles 25 de marzo de 2020; Sociedad. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-24/las-bajas-y-la-falta-de-material-ponen-en-jaque-la-atencion-primaria.html>

75- World Health Organization (WHO). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness And Response Plan. Geneva: WHO; 2020 Feb 3. Available from <https://www.who.int/publications-detail/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>

76- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Outbreak of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19): increased transmission globally –fifth update. Stockholm: ECDC; 2020 Mar 2. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-outbreak-novel-coronavirus-disease-2019-increased-transmission-globally-COVID-19.pdf>

77 Mendinueta H. Arautze proletarioa Zuzenbide burgesaren aurka. *Gedar Langile Kazeta*. 2020 Mar 29. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/kolaborazioak/hodei-mendinueta/arautze-proletarioa-zuzenbide-burgesaren-aurka>

78- Sánchez C. No es un estado de alarma, es un estado de excepción. *El Confidencial*. Miércoles 25 de marzo de 2020. Disponible en: <https://www.elconfidencial.com/espana/2020-03-25/>

estado-alarma-coronavirus-dudas-juristas-excepcion_2516099/ç

79 Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional. 3ª edición. Ginebra: OMS; 2005.

80- Carbajosa A. El Constitucional alemán defiende el derecho de manifestación, también en tiempos de pandemia. *El País*. Jueves 16 de abril de 2020; Internacional. Disponible en: <https://elpais.com/internacional/2020-04-16/el-constitucional-aleman-defiende-el-derecho-de-manifestacion-tambien-en-tiempos-de-pandemia.html>

81- Diario Farma. Evolución-del-número-básico-de-reproducción-(R₀)-del-covid-19-por-comunidades--autónomas-(datos-hasta-12-de-abril). *Diario Farma*. Lunes 13 de Abril de 2020- Disponible en: <https://www.diariofarma.com/2020/04/13/el-r0-crece-en-14-ccaa-en-un-dia-y-extremadura-y-cyl-superan-el-1/evolucion-del-numero-basico-de-reproduccion-r0-del-covid-19-por-comunidades-autonomas-datos-hasta-12-de-abril>

82- Mendinueta H. 'Pauper ante festum'-a alarma egoeraren aurrean. *Gedar Langile Kazeta*. 2020 Mar 21. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/kolaborazioak/hodei-mendinueta/pauper-ante-festum-a-alarma-egoeraren-aurrean>

83- Brooks S, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395: 912-20.

84- Montes R. Chile declara el toque de queda en todo su territorio. *El País*. Miércoles 22 de marzo de 2020; Sociedad. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2020-03-22/chile-declara-el-toque-de-queda-en-todo-su-territorio.html>

85- Gedar Langile Kazeta. Proletariotzaren jaiotzak. *Gedar Langile Kazeta*. 2020ko martxoaren 29a igandea; Editoriala. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/editoriala/proletariotzaren-jaiotzak>

86- Asian Boss Español. Tienen que escuchar a este experto de COVID-19 de Corea del Sur [video]. 2020 Mar 30. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=xafPqcy3lwk&feature=emb_logo /

Argitaraturik
2020KO MAIATZEAN
EUSKAL HERRIAN

Koordinazioa eta Erredakzioa
GEDAR LANGILE KAZETA

Irudi kolaboratzaileak
BESTEAK BESTE, ZMTK, AITOR ARROYO,
GAXIGAX, KXK1319 ETA ITZIAR
MILA ESKER

Web
GEDAR.EUS

Sare sozialak
TWITTER **@ARTEKA_GEDAR**
INSTAGRAM **@ARTEKA_GEDAR**
FACEBOOK **@ARTEKAGEDAR**

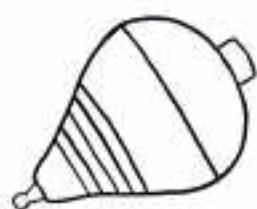
Harremanetan jartzeko
HARREMANAK@GEDAR.EUS

Harpidetza egiteko
GEDAR.EUS/HARPIDETZA

Lege gordailua
GR 1731-2019

Lizentzia







Oroimena,
askatasun politikoak
eta langile antolakuntza

Maiatzak 1
Langileriaren
nazioarteko eguna



arteka

