

#5 / 2020 MAYO

# artelka



COVID-19,  
acelerando la caída

**GEDAR**

arteka

arteka

# SUMARIO



|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| <b>EL DERRUMBE DE LA ILUSIÓN POLÍTICA</b>               |    |
| Editorial.....                                          | 6  |
| <b>CONTRIBUCIÓN A UNA POLÍTICA SANITARIA SOCIALISTA</b> |    |
| Colaboración de Koltza.....                             | 8  |
| <b>CRISIS</b>                                           |    |
| Martin Goitiandia, análisis de coyuntura .....          | 24 |



# SUMARIO



|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>EL SISTEMA COMO PANDEMIA</b>                                                    |           |
| Reportaje .....                                                                    | <b>28</b> |
| <b>DE LOS FUNDAMENTOS DE LA COVID-19 AL<br/>ANÁLISIS POLÍTICO DE LA ACTUALIDAD</b> |           |
| Colaboración de Ander Goiatxe y Unai Segurola .....                                | <b>54</b> |

# El derrumbe de la ilusión política



Mucho se ha dicho sobre la COVID-19. También desde el movimiento socialista. No por ello creemos que sea un tema agotado. Mucho menos que esté todo dicho. Todo apunta a que no se ha hecho más que empezar a delimitar el terreno de la lucha de clases, también en lo que a la pandemia se trata, y que se requerirá insistencia, constancia y labores mastodónticas para hacer frente al enemigo de clase, allí donde esté organizado, y allí donde la necesidad social y política de combate premien. No dejar ni un terreno al azar, ni dejarse engañar por falsas proclamas humanistas despolitizadoras, o politizadoras de la razón social burguesa. No montar en el vagón de la falsedad, ni tirar del remolque al que han subido todas esas voces «críticas», empuñando la fusta de la burguesía, dispuesta a marcar los cuerpos desnudos del proletariado, al que pretenden hacer empujar.

Se ha comprobado y demostrado que, tras la ilusión científica, que pretende dibujar una realidad en sí, independiente de la acción humana, hay una realidad construida, y detrás de sí se oculta una política de clase. Gran parte del retroceso o repliegue al estado por parte de los representantes institucionales de la «clase obrera» está fundamentado sobre esta realidad independiente, a la que aparentemente no se puede acceder, y frente a la que hay que resignarse. Así han sido los primeros pasos desde que estalló oficialmente la crisis sanitaria, llamando a pactos nacionales, eufemismo que esconde el pacto entre clases, para gestionar la pandemia que «no entiende de condiciones sociales». Y cuando lo ha entendido *—porque no les ha quedado más remedio que aceptarlo, aunque solo sea de un modo analítico y subordinado a sus estrechos intereses políticos, esto es, para ocultar así su sumisión a las directrices de los representantes del capital—* tan solo ha sido para confirmar y certificar lo que la estadística decía, con el fin de jus-

tificar, de nuevo, la política de reconciliación, eso sí, tintado de falso radicalismo, alzando la bandera reivindicativa de otra nomenclatura estatal y con el supuesto fin de ayudar a los más necesitados.

Más allá de cuestiones técnicas (que no sirvan para empañar la política), la pandemia ha dejado en evidencia viejos intereses ya conocidos, a pesar de que los diferentes actores de la política gestora del capital han tratado de ocultarlo, con falsas proclamas por la unidad y la no utilización política de la pandemia. ¿Pero es que no es acaso esta negación de la política la evidencia más clara de que nada escapa a la misma, y el reclamo por la gestión unitaria institucional, bajo la que se enmascara tal negación, el proyecto de reinstitución del sujeto burgués, es decir, la estrategia de su reestructuración positiva sobre la base de la cancelación superficial de sus contradicciones?

Nada cambia en los diferentes fósiles políticos de la administración capitalista. Desde absurdos y anacrónicos reclamos de soberanía *—¿para quien?—*, en los que se destapa la verdad de la política burguesa, su abstracción e irrealidad, su sinsentido histórico, cuando tal soberanía implica que sean fuerzas más reaccionarias si cabe quienes gestionen la situación; hasta el reclamo de mayor estatalización, mayor intervención burocrática del capital mediante su estructura administrativa y de poder político, en una situación en la que la publicación efectiva, en tanto que gestión estatal burguesa de determinadas ramas de la reproducción capitalista, se presenta como límite a la política de publicación misma. Este límite le es interno, y no externo, de los administradores políticos, como la socialdemocracia pretende. Está determinado por las condiciones de reproducción de todo el sistema capitalista y su extensión llega hasta donde la producción de plusvalor lo permite. Si se sobrepasa la proporción necesaria entre la esfera pública y privada del capital, en favor de la primera, se abolen las condiciones de su reproducción *—el principio de totalidad—*, que se hayan en la esfera privada de la producción capitalista. Ese es el límite insuperable al que se enfrentan los reformistas, con la confianza de quien se enfrenta a una derrota segura. Si a esto le sumamos una menor producción de ganancia capitalista, tanto más se ahonda en la destrucción espontánea y descontrolada del sistema, destrucción que no nos acerca lo más mínimo a un futuro socialista, sino que socava, junto con la destrucción de todo el aparato técnico-reproductivo capitalista, sus condiciones de posibilidad.

El ya conocido «cuanto peor mejor», pero en una forma mucho más temeraria: si el constante y



creciente pauperismo relativo y absoluto de la clase obrera es condición *sine qua non* del sistema capitalista, es la condición normalizada de su existencia, que en su tendencia a la miseria no genera automáticamente conciencia revolucionaria alguna, la destrucción de capital, o el «cuanto peor» de la clase burguesa, en cambio, vislumbra una miseria llevada al punto de no retorno y de destrucción de todas las condiciones de vida biológica del proletariado y de la humanidad, y de todas las posibilidades para hacerle frente. La diferencia es importante, ya que, así como la pobreza de la clase obrera es señal de buen funcionamiento, su muerte, su aniquilación, constituye, en cambio, la prueba más cruda del derrumbe de todo el sistema. Es labor del proletariado evitar tal destrucción, que sucede de continuo en forma parcial, pero que se acentúa aún más, hasta rozar su no reproducción como proceso contradictorio de la marcha capitalista, en época de crisis económica.

El plan histórico de la socialdemocracia izquierdista, en parte aceptado, en parte inconsciente y oculto, trata precisamente de llevar al límite el sistema capitalista, sin plan ni estrategia para su superación. Reducir el terreno a la valorización y capitalización de las condiciones de producción conlleva a su inutilización y al deceso total de las mismas, junto con el deceso de millones de vidas humanas. Este es el fin sin salida al que conduce toda política reformista. Primero, porque, al identificar a la clase obrera como una clase puramente económica, sin *corpus* político propio, condenan toda política a la administración capitalista por la reforma, a una disputa constante en el que la victoria final se dibuja como limitación subjetiva y moral a la ganancia capitalista. «La vida por delante del capital» le llaman, o «el valor de uso sobre el valor de cambio», pero en ningún caso plantean no ya un nuevo equilibrio entre ambos polos, sino que la abolición de aquello que constituye el fundamento de su contradicción. Segundo, porque inconsciente de las condiciones objetivas de la reproducción capitalista, la limitación de la ganancia no se realiza solo como fin político contra la burguesía, sino que además responde a un pseudo-plan de estructuración social, el mencionado nuevo equilibrio, lo que conduce irremediablemente al mismo fin.

Como ya es costumbre, no hay diferencia alguna en las hojas de ruta de las diversas facciones de la burguesía; mismo conceptos y mismas categorías, las mismas viejas cantinelas para ocultar, y si cabe posponer, la impotencia frente a los acontecimientos.

La política-ficción, el recurso a un futuro incier-

to e indeterminado, sigue siendo una alternativa para quien no aspira, más allá de la palabrería -y si no fuera así, sería de una imprudencia total-, a ejercer puestos de gestión en la administración capitalista. También es un recurso para quienes ejercen tales puestos, pero aparentan no hacerlo. No es casualidad que tanto quienes hablan en nombre de un estado, como quienes hablan por una supuesta falta del mismo, coincidan en que hace falta mayor soberanía para poder hacer frente efectivamente a la pandemia -o a cualquier otro problema social. Este recurso a lo abstracto, a lo soberano como impulso colectivo insustancial, es un reclamo al futuro incierto, mediante el que gobiernan el presente, las vidas de millones de seres humanos, y las condenan a ser mero instrumento para sus intereses.

Los comunistas sabemos, y defendemos, que la soberanía no es un medio abstracto para realizar reformas utópicas, ni siquiera un clamor espontáneo, impotente y hasta ridículo por los límites a los que nos condena el sistema capitalista, que no una nomenclatura estatal particular, sino que el fin objetivo y real de medidas efectivas en la construcción del poder obrero. Es por ello que debemos hacer frente a la ilusión política generada por la burguesía, que es reflejo de una impotencia real frente a los acontecimientos, en los que la falta de soberanía para llevar a cabo políticas estatales no es más que un límite objetivo del sistema capitalista reflejado como límite de la voluntad subjetiva de tal o cual gestor institucional, y no como una condición estructural que llama a su total superación. Frente a la política de ficción de la burguesía, fruto del límite histórico que llama a su superación, es necesario recuperar la realidad histórica que condensa el proletariado en su existencia objetiva como clase. /



# Contribución a una política sanitaria socialista

**COLABORACIÓN**

Kolitz





**L**a crisis sanitaria global a raíz de la COVID-19, causada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, ha puesto de manifiesto que ni la sociedad burguesa mundial, ni la economía capitalista que tiene a la base, están preparadas para hacer frente a problemas sanitarios extensos, globales ni novedosos, como es el caso de esta pandemia.

El impacto inicial de la enfermedad ya ha desbordado la red de sistemas sanitarios existentes, la organización burguesa de la medicina y la salud, en pocas semanas y en la mayoría de países avanzados, y ha dejado en evidencia la incapacidad del mercado privado de la salud, del mercado de las farmacéuticas y de la intervención estatal (y su sistema de sanidad pública) para ser efectivos como órganos directivos en este campo de actividad humana tan importante como es el de la salud y la medicina. Junto con ellos es el propio modelo capitalista y de rentabilidad económica el que ha quedado al descubierto, también en este ámbito (sanitario), como históricamente desfasado, caducado, incapaz de proporcionar a la población toda la potencia del avance técnico real. Ha sucedido lo que hace unos meses parecería imposible: un simple virus ha descuartizado el orden social burgués y ha puesto en jaque tanto al sistema sanitario capitalista como, más allá de él, a la mayoría de los sectores productivos, y lo ha hecho en unas pocas semanas.

En ese contexto, en la evidencia de que la estructura entera de la sanidad burguesa ha sido desbordada como principio social de organización de este ámbito del metabolismo social, podría haber sido un buen momento para socializar y politizar el subyacente problema de clase y su raíz económico social. Sin embargo, muchos partidos y grupos de «izquierda» han optado por señalar únicamente, de los tres elementos arriba enumerados, al mercado privado de la salud (o sanidad privada), y a la falta de inversión en el sistema de salud estatal (público) como factor

clave, reivindicando la ampliación de la salud pública de control estatal burgués como solución. Dicho de otro modo, la solución sería para estos grupos ampliar a todo el espectro de gestión burguesa de la salud el modelo estatal, en detrimento de la gestión privada. Es decir: poner al mando de la sanidad al agente colectivo de la burguesía, al estado, en lugar de agentes particulares de la burguesía, como son las empresas del sector. Las farmacéuticas, por su parte, no se han visto cuestionadas para nada en el contexto de la pandemia. Antes bien, han visto subir indefectiblemente sus cotizaciones en bolsa. Es decir, dejar la gestión de la producción de medicamentos, de investigación de curas, de formación de los estándares de la medicina, etc. en manos de las farmacéuticas, no parece tener nada que ver con, por ejemplo, que no existan mayores medios o mayor capacidad de acción inmediata para hacer frente a la pandemia, tanto a nivel preventivo (plan de acción prediseñado, EPIs, etc) como a nivel inmunizador (desarrollo de vacunas de rango universal, etc.). No se ha marcado tampoco desde la izquierda reformista a los organismos sanitarios corruptos de la burguesía, como es la propia OMS, sino que se la utiliza constantemente como argumento de autoridad, como el organismo que nos dice lo que habría que hacer frente al estado, sin comprender que la OMS y los estados están del mismo bando: que los propios estados capitalistas, anticomunistas y antiproletarios son quienes financian la OMS. En concreto, Estados Unidos, Alemania o Reino Unido, junto con algunas farmacéuticas e inversores poderosos como la familia Gates, son los valedores financieros de la OMS, tan utilizada como argumento de autoridad por la izquierda desorientada actual. Tampoco se señala por parte de estos grupos de izquierda progresista la evidencia de que todo el personal médico acude a trabajar por un salario que se paga con producción de plusvalor en otras esferas (se ha llegado incluso a caer en la contradicción

## **No hay posibilidad de parar la producción ‘no esencial’, porque lo esencial es la producción misma**

de reivindicar una ampliación del sistema público estatal de salud, calificando con razón esta actividad de ‘necesaria’ en este contexto; mientras se reivindica simultáneamente la paralización de la actividad productiva industrial, comercial, etc...) calificando esta actividad de ‘no esencial’, siendo esta actividad la base económica desde la cual la cual financia el estado capitalista su emisión de deuda para mantener entre otros los salarios de personal médico, los gastos de sanidad, etc. En una palabra, el modelo de sanidad pública que la izquierda tanto defiende, pero cuyos cimientos de explotación tanto detesta, en lugar de defender directamente la socialización del espacio sanitario. Y es que por activa y por pasiva la óptica reformista insiste en no ver que el sistema burgués es un todo interdependiente, y que no se puede estar todo el día pidiendo lo bueno y quitando lo malo, que eso es puro socialismo utópico y que ya fue desenmascarado hace 200 años. Que, si renuncias a la Revolución, a la estrategia de lucha por el poder, por destruir los aparatos de estado de la burguesía y constituir la dictadura revolucionaria del proletariado para mudar la forma histórica de la totalidad social, estás completamente condenado al rodillo aplastante de la lógica social de la valorización, hoy en fase destructiva.

En el modelo estatal burgués todas



## **El complejo sistema de sanidad burguesa global integra como complementos la gestión privada y pública de la sanidad**

**¿Qué implica la petición de aumento de gasto y de volumen en la sanidad pública, en un momento de ofensiva económica del capital financiero por destruir a la clase media? Pues simplemente (lo voy a decir en plan fuerte) implica plegarse a la política capitalista de los tiempos**

las actividades económicas, desde la sanidad hasta la automoción, están totalmente soldadas e interconectadas por la ley del valor y de la acumulación. En la sociedad burguesa, por muchos recursos técnicos que haya acumulado, no hay posibilidad de desatar todo el potencial técnico del grado de desarrollo histórico, y desde luego, no hay posibilidad de parar la producción ‘no esencial’, porque lo esencial es la producción misma. Sin la producción sobreviene la hecatombe. Sin lo esencial, sin la producción de plusvalor, no funciona nada, se derrumban todos los principios que mantienen la vida en esta sociedad: la sanidad, el salario, el derecho a la vivienda, el suministro de alimentos, los ahorros del banco, la maltrecha paz interimperialista, etc.

El planteamiento progresista del problema, hegemónico por el momento dentro de las filas de la clase trabajadora es, por lo tanto, muy deficiente en la práctica, y radicalmente falso ya en teoría. Tanto de cara a la comprensión de los nexos internos de la sociedad económica burguesa actual, como de cara a las posibles soluciones a los problemas que plantea, la reivindicación de una sanidad pública estatal bajo las órdenes directas del gobierno de turno (que en el caso del Estado español podría ser perfectamente un partido como VOX en la siguiente legislatura) no soluciona absolutamente nada. Si lo que pretendemos es solucionar, no ya el conjunto de graves problemas de sanidad globales (cáncer, sida, diabetes, tuberculosis, adicciones, asesinatos laborales, enfermedades mentales, contaminación masiva...), sino, aunque sólo sea el problema puntual de desbordamiento de hospitales en esta pandemia, y que no se repita en la siguiente, y lo pretendemos hacer eliminando la sanidad privada y reforzando la pública/estatal, estamos en un error manifiesto. A nadie le gusta que los ricos tengan privilegios, pero no olvidemos que es en los hospitales públicos donde la gente está muriendo tumbada en los pasillos. Es falso que mayor inversión en sanidad pública

soluciona el problema. Vamos a verlo:

Dicho de forma breve, el complejo sistema de sanidad burguesa global integra como complementos la gestión privada y pública de la sanidad. El servicio sanitario de gestión privada, los seguros médicos etc. responden hoy a la división de la atención sanitaria entre por un lado burguesía y capas superiores de la clase trabajadora, que por nivel de renta pueden acceder a mayor calidad y rapidez en la atención; y proletariado y capas inferiores de la aristocracia obrera por otro lado, que tienen una sanidad para pobres (pública/estatal), que funciona a brocha gorda dejando sin tratar la mayoría de las afecciones leves y algunas graves. Ambos modelos externalizan parte de sus actividades a empresas privadas (limpieza, hostelería, televisión, etc.)

¿Qué implica la petición de aumento de gasto y de volumen en la sanidad pública, en un momento de ofensiva económica del capital financiero por destruir a la clase media? Pues simplemente (lo voy a decir en plan fuerte) implica plegarse a la política capitalista de los tiempos. La élite financiera global, con sus programas de flexibilización monetaria, de imprimir billetes y prestárselos entre ellos, ha dejado obsoleto el modelo de financiación estatal mediante tributación: y en semejante situación, la clase media pierde su sentido económico, que era ser la base tributaria de los estados (el sentido político lo perdió cuando desapareció la amenaza del proceso revolucionario consciente del proletariado). De manera que vivimos un proceso de destrucción global de las clases medias mediante una agresiva ingeniería financiera, que pasa desapercibida a la práctica totalidad de partidos reformistas, y contra la cual los sindicatos no pueden hacer nada (pues tiene a la base el diferencial de salario relativo, la revolución tecnológica y la separación del gobierno sobre el trabajo del proceso productivo inmediato. Esto quizá lo trate en otro texto futuro). De hecho, en una ofensiva sin preceden-

**La lucha de clases frente a todo el sistema de sanidad burguesa (que integra estatal y privada), por la construcción de un sistema de sanidad socialista, o socializada, que debemos impulsar como única alternativa real para los intereses del proletariado. Es decir: Sistema de sanidad bajo control de la burguesía y regido por las necesidades de acumulación de Capitales, o Sistema de sanidad bajo control democrático del proletariado, uUniversal, gratuito y de máxima calidad, o con el objetivo de producir la mejor calidad de vida posible, según el nivel de desarrollo técnico científico, para el total de la población mundial**

tes del Capital Financiero contra todas las facciones de clase media, es lógico que uno de los fundamentos de la clase media, como las ayudas del estado a la sanidad privada o a la educación concertada para mantener una amplia clase media con privilegios se vengán a abajo. En sí, la reivindicación de una sanidad pública para pobres más amplia, de más gasto en sanidad pública, es la reivindicación, aunque no se quiera ver, de abaratamiento y de peor calidad, que el propio Capital en su más actualizada forma financiera está ya demandando: sanidad privada sólo para los más ricos. Probablemente, en este contexto de proletarianización, aumentará la dotación general de la sanidad pública, pero porque aumentarán exponencialmente las personas que tiene que atender, ya que cada vez menos de ellas pueden permitirse un seguro médico, una mutua, etc. con el recorte de todas las modalidades de salario, con lo que en sí supone un ahorro al Capital. De tal manera que sí, habrá más recursos

en general para la sanidad pública, pero menos recursos per cápita, es decir: mayor colapso y peor servicio. No hay escapatoria en los estados endeudados hasta las cejas y con poca productividad más que la Revolución Socialista y la Organización Socializada de toda la Producción, incluida la sanidad.

A mayor proletariado, es lógico que haya una mayor sanidad pública, y menos uso de la sanidad privada. Cuantitativamente mayor inversión en sanidad pública, pues existe un proletariado cuantitativamente mayor, y esto corre a cargo del estado, por supuesto, es decir, de la deuda que contrae y echa a las espaldas de las siguientes generaciones proletarias a través del mecanismo del pago de la deuda.

Lo que garantiza la calidad del servicio sanitario no es su publicidad/estatalidad, sino los objetivos, el contenido, en fin: el quién manda y el quién obedece al nivel de las cuestiones básicas, como en todos los campos de actividad económica. Y la sanidad pública es sa-

nidad para pobres, de calidad bajísima, bajo el control y gobierno del capital a través del estado de los banqueros y los empresarios y sus partidos estructuralmente corruptos.

En este texto definiendo plantear la oposición y la lucha de clases del ámbito de la sanidad no como una apuesta por aumentar la inversión en una sanidad para pobres (pública de gestión estatal sustentada de medicamentos, investigación y recursos por el mercado) y disminuirla en una sanidad para ricos y clases medias (de gestión privada y de pago o copago); sino en la lucha de clases frente a todo el sistema de sanidad burguesa (que integra estatal y privada), por la construcción de un sistema de sanidad socialista, o socializada, que debemos impulsar como única alternativa real para los intereses del proletariado. Es decir: Sistema de sanidad bajo control de la burguesía y regido por las necesidades de acumulación de Capitales, o Sistema de sanidad bajo control democrático del proletariado, Univer-





**El control directo y el gobierno de la alta burguesía, especialmente de la oligarquía financiera, tanto en empresas de gestión privada de la salud, como en la sanidad pública a través del estado; pasando por todas las empresas que externalizan otros servicios (limpieza, hostelería y servicios en hospitales) y la producción de complementos sanitarios (farmacéuticas, aparatos técnicos, etc.). No sólo eso, sino que prácticamente todas las instituciones sanitarias globales son organismos corruptos de propaganda y control biopolítico capitalista**

sal, gratuito y de máxima calidad, o con el objetivo de producir la mejor calidad de vida posible, según el nivel de desarrollo técnico científico, para el total de la población mundial.

El texto analiza para ello las características más significativas del sistema de sanidad capitalista, para poder identificar bien cuáles son los núcleos problemáticos que hay que golpear y desprestigiar en el periodo de la lucha de clases que inauguran este gran confinamiento y esta crisis económica global que se va a desencadenar ya con total seguridad a partir del verano de 2020, cuando el mundo entre oficialmente en recesión al concatenar dos trimestres desastrosos.

### **1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DEL ESPACIO SANITARIO CAPITALISTA GLOBAL**

La característica política fundamental de todo el espacio sanitario burgués global como actividad que integra diversos procesos de trabajo, de conocimiento y de recursos técnicos, consiste en que está bajo el control directo y el gobierno de la alta burguesía, especialmente de la oligarquía financiera, tanto en empresas de gestión privada de la salud, como en la sanidad pública a través del estado; pasando por todas las empresas que externalizan otros servicios (limpieza, hostelería y servicios en hospitales) y la producción de complementos sanitarios (farmacéuticas, aparatos técnicos, etc.). No sólo eso, sino que prácticamente todas las instituciones sanitarias globales son organismos corruptos de propaganda y control biopolítico capitalista. Arrebatar a la burguesía el control de todo el proceso de trabajo que produce la salud de la población mundial es indispensable, de lo contrario el sistema de sanidad seguirá sirviendo a los intereses de una parte de la población, y no a los intereses de toda la humanidad.

Mientras está bajo el gobierno de la burguesía, los objetivos de cada institución sanitaria, los métodos de intervención, de tratamiento y de diagnóstico, la





clasificación de las patologías, etc. serán decididas en última instancia por las necesidades de la clase dominante. En los centros privados orientados a la clase dominante, dominará la producción del bienestar, como parte de gasto del componente social de la ganancia; mientras que en los centros de sanidad para la mayoría de población, dominará la reproducción de la fuerza de trabajo como componente social del salario indirecto, y el hacer negocio privado como actividad productiva de plusvalor, sin que la producción del bienestar colectivo sea en ningún caso importante, sino un gasto improductivo, que por lo tanto no sucederá. Añadido a esto, una gran parte de la población mundial, por no ser productiva, seguirá sin tener asistencia sanitaria del menor tipo, como es el caso de múltiples estados del Sur Global, en África, América Latina y Asia-Pacífico.

Por otro lado, la burguesía domina también el discurso médico, las ciencias biológicas, y el orden de la verdad en este campo, tanto en lo que respecta a lo que se considera correcto e incorrecto en medicina, pasando por lo que se puede investigar o no (véase,

## **La burguesía domina también el discurso médico, las ciencias biológicas, y el orden de la verdad en este campo**

por ejemplo, la prohibición de la OMS de publicar artículos de investigación sobre el impacto en la salud global de los residuos de la industria nuclear), priorizando inversiones en investigación según sus intereses y no los de la población general, y utilizando en todo momento un discurso médico totalmente intervenido como autoridad técnica para imponer decisiones políticas (tenemos un claro ejemplo de ello en la imposición de un estado de excepción y arresto domiciliario globales, siguiendo las recomendaciones sanitarias de instituciones capitalistas como la OMS, o ministerios de sanidad que están todos bajo control mafioso del propio Capital Financiero en general y las Farmacéuticas y multinacionales de la sanidad en particular). Es decir, que incluso el Capital está en parte bloqueando un potencial de mejora técnica investigadora del espacio sanitario global, porque directamente no es rentable en términos económicos.

En definitiva, la poderosa élite financiera global, y sus cuadros intermedios empresariales, controlan la totalidad del discurso y las prácticas médicas, en todos los campos de actividad, para sus propios intereses. El espacio sanitario mundial es propiedad de la burguesía. Una parte de ese poder productivo médico lo utiliza para su propio bienestar, otra parte como sector para producir ganancias (en el Estado español la sanidad supone el 13 por ciento del PIB), y otra parte como algo similar al servicio veterinario para mantener vivo a su ganado especial: el proletariado.

La producción y reproducción de la vida en la formación social burguesa es de vital importancia para nutrir al proceso de acumulación de valor. La valorización funciona consumiendo fuerza de trabajo en el proceso, por lo que le resulta necesario, por un lado, mantener operativa la fuerza de trabajo frente a accidentes, enfermedades, etc. que podrían inutilizarla y convertirla en un gasto improductivo: por otro lado, necesita mantener bajo control biopo-







lítico y formar la nueva fuerza de trabajo desde el nacimiento, por eso controla también el proceso de crear vida nueva, y pone cuidado en ello. Además, supone un sector de acumulación propio, en la medida en que existe toda una industria privada que ofrece productos sanitarios de consumo, desde las farmacéuticas hasta todo tipo de asistencia médica de pago.

El sistema sanitario global forma y crea la fuerza de trabajo siempre respondiendo a las distintas necesidades de cada ciclo de acumulación del Capital, y por lo tanto, atendiendo a distintos criterios a la hora de distribuir la vida y la muerte, o las patologías a tratar y los tratamientos a aplicar, según las necesidades del Capital en cada coyuntura. El mismo sistema sanitario que mantenía en vida artificial hasta hace poco a gran parte de los pensionistas, por cumplir con funciones de mantenimiento del orden siendo sus pensiones un punto de apoyo de muchas familias, por suponer un depósito del Capital riesgo sus fondos de pensiones para las maniobras del Capital financiero, y por ser un grupo social de consumo de ciertas industrias como el turismo, o del comercio; ahora ese mismo sistema sanitario los deja morir porque en el nuevo cambio de ciclo ya no serán útiles, ni siquiera para la realización del capital, para la esfera del consumo.

## **2. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LA SANIDAD PÚBLICA/ESTATAL BURGUESA**

Si queremos entender el engranaje del espacio sanitario burgués, debemos tener claro a qué nos enfrentamos, dónde residen sus puntos de debilidad, dónde tenemos los focos de propaganda, de organización y de lucha, en orden sucesivo de proceso táctico, para dar la batalla las siguientes décadas. Sirva como contribución a ello el siguiente análisis de los puntos débiles, que podrían ser resueltos con la capacidad técnica actual en un sistema sanitario socializado.

### **El sistema público de sanidad burguesa es un sistema colapsado por principio**

**2.1-** El sistema público de sanidad burguesa es un sistema colapsado por principio. No porque no haya recursos suficientes, sino porque la organización social capitalista es incapaz de proporcionarlos. La sanidad pública siempre está colapsada, en mayor o menor medida, porque no es prioritario gastar recursos económicos de estados estructuralmente deficitarios y gobernados por la deuda, para dar un servicio más rápido y de calidad a una población mayormente improductiva. Eso lastraría demasiado la tasa de valorización. Las mutuas, etc. se encargan de asegurar que el trabajador que tiene empleo esté lo menos posible de baja, y la sanidad pública sólo tiene que ocuparse de mantener en la medida de lo posible con vida y operativa a la fuerza de trabajo, o en su caso según el ciclo de acumulación, al ejército de consumidores que ayudan a que la mercancía llegue a realizar su valor mediante la venta. Una de las características fundamentales de toda sanidad pública estatal son las listas de espera y la saturación del número de pacientes por médico. ¿Alguien cree que esto puede cambiarse realmente sin arrebatar el poder social al Capital?

Sobra decir que un sistema colapsado de antemano no tiene nada que hacer ante una emergencia global, como puede ser un ataque militar masivo,

### **Una de las características fundamentales de toda sanidad pública estatal son las listas de espera y la saturación del número de pacientes por médico**

un desastre ecológico, o una pandemia. Lo estamos comprobando ahora mismo: la sanidad ya estaba colapsada de entrada, y el problema de la COVID-19 ha bloqueado muchos procesos y a mucha gente que estaba esperando para ser atendida por otras patologías, además de estar los hospitales colapsados ya desde el primer momento para atender a los afectados por el propio virus. Desde un punto de vista sanitario, la población trabajadora mundial está totalmente desprotegida ante este tipo de amenazas, y lo seguirá estando mientras la lógica capitalista rija la actividad sanitaria. Esta saturación sanitaria estructural sólo puede solu-

### **El modelo profesional médico y la formación de personal sanitario tiene una baja o nula formación humanista**





## Es importante por lo tanto una política socialista en el campo de la medicina

cionarse con una Revolución Socialista Internacional.

**2.2-** El modelo profesional médico y la formación de personal sanitario tiene una baja o nula formación humanista, salvo en estados de ensayo socialista agotado del ciclo revolucionario anterior, que han avanzado en elementos guía de una política socialista, como es el caso de Cuba. En una disciplina que exige una humanidad extrema como es la actividad sanitaria, en la que se trabaja con el sufrimiento y el dolor, la formación humanística y ética no debe ser una mera asignatura, sino el contenido central, la columna profesional del personal sanitario. La falta de sensibilidad médica hacia el paciente es fomentada por la forma misma de la medicina burguesa. El personal sanitario es formado para trabajar con tejidos, con órganos, con cuerpos, no con personas. En *El Nacimiento de la Clínica*, M. Foucault expone el proceso de formación de la medicina moderna como un proceso de mirada diagnóstica sobre tejidos, etc. en el que no existe dimensión humana. De ahí que la mayor parte de ese mismo personal actúe de forma totalitaria con los pacientes, en los que han aprendido a ver objetos a intervenir. No es necesario informar al detalle, ni permitir que los pacientes den su opinión sobre su tratamiento, ni ofrecer alternativas, ni poner especial interés en el diagnóstico en todos aquellos casos que no sean obvios (de hecho, actualmente los profesionales sanitarios están siendo devaluados a meros intermediarios entre el paciente y el código de diagnóstico establecido en sistemas informáticos, sin capacidad hermenéutica propia ni intención alguna de desarrollar el saber

**En cuanto al modelo de producción de medios, ya sean hospitales, maquinaria, material de diagnóstico o tratamiento, fármacos, etc. en la sanidad estatal burguesa es la rentabilidad económica de su uso la que prima a la hora de utilizar esta o aquella tecnología, herramienta, o procedimiento de diagnóstico**

específico). Evidentemente siempre hay excepciones, pero el modelo de personal sanitario burgués más extendido es este, un mecánico de cuerpos, tanto por la formación nula en valores y humanismo que se recibe, como por la naturaleza del propio proceso de trabajo enajenante al que se incorporan, siempre bajo las órdenes de una burocracia médica/política sin escrúpulos. Es importante por lo tanto una política socialista en el campo de la medicina, es una actividad estratégica. El personal sanitario militante del comunismo debe formarse profesionalmente en la excelencia técnica y humana, una formación fomentada desde el Partido Comunista, y que sirva como herramienta ideológica y propagandística dentro del sistema sanitario capitalista, de referente humano que mejora las vidas de los que más lo necesitan, y más aún en el momento en que el proletariado tenga en sus manos el rumbo de la Historia y los recursos para demostrar la superioridad ética del socialismo.

**2.3-** En cuanto al modelo de producción de medios, ya sean hospitales, maquinaria, material de diagnóstico o tratamiento, fármacos, etc. en la sanidad estatal burguesa es la rentabilidad económica de su uso la que prima a la hora de utilizar esta o aquella tecnología, herramienta, o procedimiento de diagnóstico.

En cuanto al desarrollo de fármacos y su uso recomendado para tratamientos, lejos de primar el criterio puramente médico, es la probabilidad de ganancia de la industria y las farmacéuticas la que impone los criterios médicos. Por muy necesario que sea un medicamento o un medio técnico, si no hay ganancia, no se fabrica, y aunque no resulte necesario administrar cierto medicamento, es probable que se recomiende consumirlo por parte del médico de cabecera, así de simple. La escasez de mascarillas tiene una base objetiva en esto: no existía demanda, por lo que no se fabricaron ni mucho menos se almacenaron. Desde un punto de vista téc-





## El modelo de intervención general está basado en el tratamiento, y no en la prevención, por el simple motivo de que en la prevención no hay negocio

## El modelo de sistema sanitario burgués está parcial o totalmente separado del resto de procesos de producción

nico sanitario, tener reservas de EPIS de este tipo ante una probabilidad real de pandemia, que ya se venía advirtiendo en diversos documentos e informes internacionales, era una necesidad indiscutible. Sin embargo, en el mercado capitalista no prima la necesidad técnica, sino la demanda de consumo efectiva. Sin demanda, no hay producción. Y aunque haya demanda, pero si los demandantes no pueden pagar, tampoco. Por ejemplo, eso es lo que sucede con la falta de abastecimiento de medicamentos básicos en grandes zonas del planeta donde millones de personas mueren al año por enfermedades de fácil tratamiento.

En lo que respecta a hospitales y recursos, el espacio sanitario burgués es por naturaleza brutalmente segregacionista, y esencialmente basado en la competencia. Si no eres competitivo, no tienes recursos, y no tienes derechos, tampoco a la salud. Por ejemplo, la desigual distribución de camas hospitalarias por cada mil habitantes de un estado a otro. Por ejemplo, la desigual disposición de recursos, de material diagnóstico, por países, incluso por zonas dentro de los mismos países. Y no sólo segrega territorialmente entre centro y periferia capitalista: también lo hace y sobre todo, como decíamos antes, entre clases: la sanidad privada de la élite dispone de las tecnologías

puntas, de los mejores profesionales y del mejor acceso a los recursos, mientras que el proletariado se ve obligado a convalecer en hospitales viejos y descacharrados, con material caducado y con recursos insuficientes, incluso en el centro financiero global y el país con mayor inversión del PIB en sanidad, que aunque parezca mentira son los Estados Unidos de América.

A todo ello hay que añadir el rapto de medicamentos básicos a causa de las patentes farmacéuticas. También la falta de escrúpulos para envenenar a grandes poblaciones con medicamentos de dudosa calidad, y la ausencia parcial o total de investigación en materias de relevancia médica, como impactos de la contaminación nuclear, electromagnética, alimentaria, etc.

**2.4-** El modelo de intervención general está basado en el tratamiento, y no en la prevención, por el simple motivo de que en la prevención no hay negocio. Si la gente enferma menos, las farmacéuticas ganan menos, es así de sencillo. Además, prevenir es más caro que aplicar un medicamento, especialmente cuando hablamos de población improductiva, que suele ser la que más necesita el sistema sanitario (enfermos crónicos, ancianas, discapacitados, etc.), ya que mantenerla sana exige una multidisciplinariedad y un uso de

recursos muy alejado de los intereses de la clase dominante y su intención de gasto.

**2.5-** El modelo de sistema sanitario burgués está parcial o totalmente separado del resto de procesos de producción. Por ejemplo: los espacios siempre son espacios especializados, fríos, deshumanizados y separados de la vida cotidiana (ambulatorios, hospitales). Además, son espacios abstractamente unitarios, que, por encima de todo criterio médico, reúnen todas las patologías y los procesos en un mismo centro: Por ejemplo, se trae a la vida, se da a luz en el mismo sitio donde se muere; se trata el cáncer a gente inmunodeprimida en el mismo espacio en que se tratan las enfermedades infecciosas como la COVID-19, lo cual resulta totalmente absurdo desde un punto de vista médico.

Junto con esto, al separar la sanidad del proceso de vida y enclaustrarla en centros especializados, esta no está presente en el resto de ámbitos de la producción y la vida. Por ejemplo, no hay servicio de enfermería inmediato en la industria, en la construcción, etc. Si un obrero sufre un accidente, debe desplazarse al ambulatorio u hospital. No hay servicio de atención médica inmediata en escuelas, en universidades, en muchos barrios obreros con una





## **El sistema de sanidad público/estatal capitalista se basa en la exclusión del bienestar y de un modelo de plenitud, centrándose en la lucha contra las enfermedades**

media de edad avanzada, en instituciones de masas, etc. No se aplican los estudios de impacto de salud en otras industrias, en gestión de residuos, en niveles de contaminación, etc. Hay una ausencia de control médico del mercado de alimentos, de los materiales de vestido de la industria textil, de la seguridad en los procesos de trabajo, etc. En un sistema social realmente preocupado por la prevención y el tratamiento eficaz, la tecnología médica sería un complemento de todos los procesos sociales, no un ámbito separado de la vida, parcialmente ineficaz, sin autoridad real para determinar cómo deben ser el resto de procesos, y deshumanizado en su modo de proceder.

Bajo mi punto de vista, en el proceso de articulación del Partido Comunista como organización de los poderes proletarios, la dimensión sanitaria debe estar enraizada en todos los ámbitos del partido, para reforzar todos los procesos proporcionando bienestar a la ofensiva militante revolucionaria. Esto debe servir como semilla de organización superior para aplicar en la dictadura revolucionaria del proletariado.

**2.6-** El sistema de sanidad público/estatal capitalista se basa en la exclusión del bienestar y de un modelo de plenitud, centrándose en la lucha contra las enfermedades. Sólo la sanidad

para ricos produce bienestar, la sanidad para pobres se destina a evitar la destrucción de la capacidad productiva. De tal manera que excluye de la gratuidad de ciertos servicios sanitarios esenciales, o lo que es lo mismo, excluye a todo el proletariado que no puede pagarlos de servicios esenciales como masajistas, fisioterapeutas, nutricionistas, medicina de cabecera realmente cercana y holística, e incluso odontología y todo un conjunto de especialistas. No hablemos ya del descanso, del derecho a una alimentación sin tóxicos, a la vivienda, a vivir sin estrés, a no ser socializados en un medio social que fomenta las adicciones, y un largo etcétera de factores sociales que deberían de ser de dominio sanitario primordial para producir un bienestar y una salud reales para la mayoría de la población.

Podría extenderme más, pero considero suficiente como texto introductorio al gran problema social de la sanidad capitalista, visto desde un punto de vista que realmente proponga una solución real, que pasa indefectiblemente por arrebatar los mandos a la burguesía y socializar el proceso. /

**COYUNTURA**  
Martín Goitiandia

# Crisis

**D**icen que estamos en crisis. Dicen que vivimos una crisis de salud con este COVID-19. Pensaba que estábamos en crisis desde la crisis financiera del 2008, pero parece ser que esta situación va a generar una nueva crisis económica. Al mismo tiempo, parece que la crisis social es una terrible consecuencia de estas crisis económicas: crisis de la vivienda, crisis de la igualdad de género, crisis de la cultura... Y esta crisis social, con una perspectiva global, se convierte en una crisis mundial: crisis alimentaria, crisis ecológica, crisis de la paz, crisis geopolítica, etc. En tiempos de crisis, por tanto, pasamos de la crisis política -crisis de la democracia- a la crisis de nuestra moral; llegando de una crisis emocional a una crisis existencial. Parece que tenemos una crisis para cada aspecto de la vida. Pero la cosa no termina ahí, porque también era muy difícil saber cuándo empezaba o terminaba la crisis. En el ámbito sanitario, por ejemplo, alrededor del 2016 se produjo la crisis

del virus Zika, en el 2019 y el 2014 la del Ébola, en el 2014 la del Polio, o en el 2009 la de la gripe H1N1 (sólo declaradas emergencias globales por la OMS). La misma pregunta podemos hacernos sobre otras crisis: ¿cuántas crisis ha habido en cada ámbito? ¿Cuándo han empezado y cuándo han terminado?

En el campo de las llamadas crisis económicas, a principios del siglo XX se convirtieron en muy frecuentes los institutos de análisis de la coyuntura, entre los que se encuentra el DIW de Berlín. En ellos se consideraban capaces de encontrar el origen y características (duración, frecuencia...) de las crisis mediante el análisis de datos estadísticos y modelos matemáticos. En torno a esta idea se plantearon diferentes orígenes de la crisis: el cambio de precios, la tecnología y la invención, la cosecha y los factores naturales, la descoordinación entre los sectores, la tasa de interés, el crédito y el endeudamiento, los costes laborales, la falta de consumo, etc. Todos estos análisis se

derivaron del programa que el Instituto DIW fijó en su primer año: «Los trabajos del instituto alemán van paralelos a los de Harvard. Harvard, así como otros intentos análogos, impulsan en primera línea la sintomática. (...) Cuanto más completamente el cuadro sintomático abarque los síntomas, tanto con mayor seguridad se puede establecer el diagnóstico». Sin embargo, aunque las academias positivistas vigentes hicieron muchos intentos en este sentido, no pudieron explicar la esencia de la crisis. De hecho, estaban analizando las consecuencias de la crisis, no su causa. Lejos de explicar la crisis, se limitaron a describirla.

De igual manera, no podemos explicar la crisis actual con una mera descripción de la situación. Esto significa que conocer con exactitud el número de muertos o el número de ERTes permite percibir la situación, pero no ofrece la capacidad de entenderla. Esta cuestión «metodológica» es de vital importancia, ya que si se establece la



## Si se establece la causa de la crisis en un factor coyuntural, la respuesta a la misma estará necesariamente ligada a la coyuntura

causa de la crisis en un factor coyuntural, la respuesta a la misma estará necesariamente ligada a la coyuntura. Por el contrario, si el motivo de la crisis se sitúa en el propio sistema productivo, se deduce que todo el sistema debe ser transformado. Por eso se ha obsesionado la academia burguesa con asociar la crisis a factores coyunturales; porque si se relaciona con la acumulación de capital se pondría en cuestión el origen del poder burgués. El caso de la COVID-19 no ha sido una excepción. Esto no quiere decir que la enfermedad no tenga nada que ver con la situación que llamamos crisis, sino que no la explica.

La imposibilidad de entender la situación que vivimos no deriva de un mal análisis económico o sanitario, sino de una incapacidad para situar la situación en una totalidad. Cuando David Ricardo estudió la relación entre el trabajo y los medios de producción en la producción no vio problemas, mientras que Marx señaló la tendencia a la decadencia y el origen de la crisis al analizar

la relación entre el capital constante y el variable en la producción capitalista. Ambos hablaban del mismo suceso, pero las conclusiones fueron muy distintas. Dentro de la totalidad capitalista, todas las crisis tienen su origen en la decadencia del capital; son expresiones de esa decadencia. La intuición nos dice que vivimos la crisis por consecuencia del coronavirus, pero la crisis tiene su origen en el carácter capitalista de la sociedad y luego se une con factores coyunturales y no al revés. El virus COVID-19 no lo ha creado el capitalismo (que nosotros sepamos), pero sí el paro y la pobreza que vivimos, la violación sistemática de las libertades políticas, la escasez... Hablando en general, las enfermedades son un fenómeno natural, pero el hecho de que África tenga el 25 % de las enfermedades del mundo, no. Asimismo, si vemos al COVID-19 como un simple desastre natural, todos estamos en el mismo bando y podemos seguir hablando del «sacrificio que todos debemos hacer». Por el contrario,

si situamos la pandemia en el seno de la formación social capitalista al que corresponde, tenemos otro capítulo de la lucha entre clases irreconciliables.

Pero esto no es un simple choque entre diferentes puntos de vista, ya que la lucha contra el carácter capitalista de la crisis conduce a la necesidad de la revolución socialista, mientras que la respuesta ante una crisis coyuntural y aislada nos lleva, en cambio, al reformismo de la socialdemocracia. Esta segunda posición se refleja claramente en las líneas de trabajo que marcan los referentes intelectuales, sindicales y políticos del reformismo más radical de Europa. El Partido de la Izquierda Europea, por ejemplo, aúna muchas expresiones de la llamada «izquierda radical» o «anti-capitalista»: Syriza, Die Linke, IU, PCF, y comparte un grupo parlamentario más amplio con Bildu, el Sinn Féin y la izquierda verde escandinava. Las declaraciones que estos han realizado a raíz de la situación creada por el coronavirus son ilustrativas: «No

## Sin embargo, partiendo del carácter capitalista de la situación en la que vivimos, no hay un momento que esté separado, sino el desarrollo de las contradicciones de la misma situación

podemos omitir la causalidad de la situación más allá de la incuestionable agresividad del nuevo virus. (...) han sido las políticas neoliberales imperantes en muchos estados y el austericidio consecuente en agresión sostenida, lo que nos ha llevado a la mercantilización/privatización y debilidad de los sistemas públicos de sanidad. En este estado de fragilidad, la carga de estrés provocada por la pandemia ha resultado insuperable». Esta causalidad sitúa el origen de la situación de crisis en la reducción del peso del gasto público. De este modo, es necesario que la actividad política de esta «izquierda radical» se limite a aumentar el gasto público. Podemos confirmar esta práctica en el ámbito sindical, por ejemplo en propuestas de la Confederación Europea de Sindicatos (CES): «Que se permita a los Estados miembros de la Unión destinen recursos para frenar estas catástrofes sin que se les penalice por ello» -significa la derogación del pacto de estabilidad-; «que la UE ponga a disposición fondos (...) que el Banco Central Europeo intervenga mediante estímulos económicos; acabar ya con las políticas de austeridad, tanto en lo que se refiere al gasto como en lo que tiene que ver con los servicios públicos».

Aunque habrá sus matices en cada partido y en cada sindicato, poner la

intervención del estado en el centro de la crisis es un rasgo característico de la política reformista. Economistas como el conocido francés Thomas Piketty, representan la expresión intelectual de este keynesianismo demócrata (lo que en Estados Unidos son Krugman o Stiglitz). Piketty, junto con otros 400 economistas, envió un manifiesto al Consejo Europeo a favor de los eurobonos fracasados (para financiar el gasto público). Todos ellos, manteniendo la tradición del pensamiento burgués del DIW, relacionan la crisis con uno u otro factor coyuntural: la actual a la carencia de la salud pública, la del 2008 al sector financiero no regulado... La actividad política ligada a este pensamiento se limitará siempre a reformar estos factores coyunturales; esto es, a reformar los elementos dañinos puntuales sin comprometer la naturaleza de la sociedad.

Esta actividad política, hoy dominante, no deriva de una decisión o análisis erróneo de estos partidos y sindicatos, sino de su naturaleza política. En su visión de hacer política se abre un abismo infranqueable entre la situación que vivimos y la situación que debería ser. Caracterizan esa situación que debería ser en contraposición a cada manifestación de desequilibrio crónico provocado por el capital. Como se ha dicho anteriormente, consideran

factores de una situación «normal» o perturbación coyuntural: frente a la pobreza y la desigualdad, redistribución y justicia social; frente a la política contra la clase trabajadora, un estado más democrático; o, en la situación que vivimos, una sanidad pública universal. Mezclando los valores del liberalismo clásico con los conceptos que afectan a la indefinición, contraponen a cada ausencia de la situación actual una característica de la situación futura. Sin embargo, partiendo del carácter capitalista de la situación en la que vivimos, no hay un momento que esté separado, sino el desarrollo de las contradicciones de la misma situación. Esto significa que en la situación que vivimos, en el capitalismo, la superación de sí mismo está dada, por lo que no hay necesidad de una proyección diferenciada de lo que debería ser. Si no se toma como fundamento que la situación en la que nos encontramos son determinadas relaciones históricas (capitalistas), esa situación dada se perpetúa, por lo que no hay otra alternativa que plantear una situación que debería ser. En cambio, si se interioriza que la situación actual es un conjunto de relaciones sociales determinadas, el atributo de la transitoriedad se encuentra en su propia naturaleza. En este segundo caso el principal reto es, por lo tanto, liberar esa potencialidad de la situación que





## **De nada sirve hablar de lo que hemos mencionado sobre el proceso histórico; sacar las entrañas al cambio histórico, resaltar el carácter histórico de la situación en la que nos encontramos o hablar de los límites del reformismo si no tenemos la capacidad material para encauzar el proceso**

vivimos. Los reformistas se jactan de tener en cuenta la situación inmediata porque dicen ser «realistas» a diferencia de los demás, pero no hay ninguna mediación para llegar a la situación que proyectan, por lo que es inevitable perpetuar esa situación inmediata o «normal». Es decir, no hay nada más utópico que un reformista.

¿Cómo vamos a convertir, entonces, «la crisis del coronavirus» en una oportunidad para avanzar en la liberación de ese potencial? Como hemos dicho, es el germen del cambio que queremos dar en la situación actual. Si aspiramos a este cambio, debemos orientar conscientemente el desarrollo histórico que normalmente se da por sí mismo. Esto significa que, en la medida en que entendemos que las relaciones sociales capitalistas -que en la situación actual se nos presentan congeladas, eternizadas o cosificadas- son cambiantes e históricas, tenemos el propósito de guiar su cambio. Queremos marcar un rumbo entre todas las mediaciones complejas que hay en el tránsito de un momento histórico a otro. Esto supone una enorme fuerza material; suficiente para orientar el curso de la historia. Nada más golpear el mal de la COVID-19, la burguesía ha aprovechado para aumentar su fuerza material: control social, militarización de las calles, duras medidas jurídicas,

ampliación de los aparatos de estado, reforzamiento de la explotación, mayor control de la educación, impulso de la propaganda ideológica de los medios de comunicación, alimentación de un discurso humanitario desclasado... Sus fuerzas materiales serán reaccionarias, porque, como hace el reformismo, básicamente perpetúan la situación que vivimos.

En contraposición a lo anterior, el proletariado es en sí mismo el portador del potencial o semilla de la situación actual. Esta clase social, en general, tiene el potencial de percibir la totalidad capitalista tanto en la crisis del coronavirus como en cualquier otro momento puntual. Esta percepción no es, sin embargo, un cambio de pensamiento en la mente de cada uno de los miembros de la clase obrera, ya que el individuo siempre se encontrará impotente frente a las leyes (no sólo jurídicas, sino también económicas, laborales, morales, culturales...) que gobiernan el mundo que él conoce. En cambio, revela el ser social para transformar la situación que vive una clase social que tiene unas condiciones; conciencia de clase de la práctica que debe realizar. Dicho así la cuestión puede parecer críptica y oscura, pero la conclusión más clara que se puede extraer es la necesidad de esa fuerza material: la fuerza para orientar a la clase trabajadora misma en un pro-

ceso consciente.

De nada sirve hablar de lo que hemos mencionado sobre el proceso histórico; sacar las entrañas al cambio histórico, resaltar el carácter histórico de la situación en la que nos encontramos o hablar de los límites del reformismo si no tenemos la capacidad material para encauzar el proceso. Esta no es una forma de menospreciar el esfuerzo realizado para desarrollar las tesis políticas, tanto a raíz de la crisis del coronavirus como en general, sino la afirmación de que esas tesis se pudrirán sin fuerza material. La primera verdad que debemos interiorizar es esta: debemos aspirar a ser una conexión entre el socialismo científico y las masas. De no ser así, nuestras hipótesis no tendrán sustrato, y mucho menos posibilidad de realización. Tanto en esta como en cualquier otra crisis del coronavirus la burguesía refuerza su posición material, pero al mismo tiempo en estas crisis se encuentra el potencial de detectar la vulnerabilidad y fragilidad de la situación en la que se encuentra la clase trabajadora y de actuar de forma consecuente. El rumbo de la historia es, por decirlo de alguna manera, una cuestión de fuerza. Si en el momento histórico no tenemos la fuerza suficiente para mediar, la historia pasará por encima de nosotros. /





REPORTAJE

# El sistema como pandemia

**L**a Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado como pandemia a la propagación del virus COVID-19. Millones de personas se han contagiado y más de 200.000 han muerto. Es evidente, sin embargo, que esta enfermedad no sólo ha irrumpido en miles de cuerpos. Los estados de alarma y estados de excepción encubiertos han venido de la mano de la pandemia, que liderados por la burguesía, han alimentado el ya anunciado brutal proceso de proletarización y que, sin duda, a no tan largo plazo serán tan letales como el virus.

La irrupción del COVID-19 ha dado paso a una crisis polifacética en la que han salido a la luz múltiples dimensiones: el colapso y la reestructuración del sistema sanitario, las macabras maniobras para evitar el «coma económico», las regulaciones de empleo masivas, el confinamiento, la terrible situación de las mujeres que sufren violencia machista, la desaparición de los derechos y libertades políticas... Es de especial importancia ahora mirar cara a cara a estos variados aspectos, así como al contexto de decadencia que ya se había acrecentado antes de la aparición de este coronavirus, ya que juntas van a conformar el escenario que estamos contemplando.





# LA SANIDAD EN ESTADO DE ALARMA



**E**n el estado de excepción que hemos vivido estas semanas, la situación en los hospitales ha sido uno de los aspectos que, de forma inmediata, con más claridad se ha visto. La justificación para todas las medidas adoptadas ha sido evitar el colapso del sistema sanitario y es previsible que, tarde o temprano, los que gestionan el sistema sanitario aparezcan en los medios de comunicación diciendo que gracias a sus decisiones se ha evitado dicho colapso. Pero ¿cuál ha sido la situación de este sistema en esta época de crisis?

Desde el principio, desde las instituciones se difundió lo que tendrían que hacer los enfermos para que el sistema sanitario no colapsara: se pusieron en marcha números de teléfono especiales y se les dijo a los que presentaban síntomas que llamasen a dichos números de teléfono, para que no saturaran ni el 112 ni los servicios de emergencia. Es irónico, sin embargo, ver el resultado de esta medida (que supuestamente tenía como objetivo evitar el colapso) en la CAV, a modo de ejemplo: el 16 de marzo, día siguiente a la implantación del confinamiento, el número de teléfono creado por Osakidetza para prestar asesoramiento sanitario ya estaba saturado. Los enfermos pasaron horas (y días) sin recibir respuesta, y muchos esperaron (siguiendo instrucciones de las instituciones) mientras nadie analizaba la gravedad de su situación. Así, posteriormente, los enfermos más graves llegaron aún más graves a los hospitales.

En los hospitales, para evitar el colapso, se ha llevado a cabo una reorganización completa. En general, y aunque cada centro tenga sus particu-





## Han ampliado la residencia a los residentes para que sigan trabajando, pero no con el sueldo de los especialistas, con la excusa de que «no se cumplen los requisitos para la evaluación»

laridades, las medidas adoptadas han sido las siguientes:

- *Todas las cirugías, excepto las oncológicas y las urgencias, han sido suspendidas.*

- *Los servicios de emergencia se han reorganizado de arriba abajo, creando zonas especiales para cualquier persona con síntomas respiratorios y/o fiebre (lo que los sanitarios llaman «zona sucia»), reservando la «zona limpia» para todos aquellos que no presenten síntomas respiratorios o fiebre.*

- *Muchas plantas y alas del hospital han sido habilitadas para las personas que han dado positivo en la prueba del COVID-19, desplazando a otros lugares a los pacientes que se encontraban en esas zonas, ya sean de cardiología, medicina interna o rehabilitación.*

- *También se ha modificado la ubicación de los trabajadores.* En el caso del personal sanitario de servicios cuya carga de trabajo ha descendido casi hasta la extinción, se ha procedido a su derivación al área de atención a perso-

nas infectadas por el coronavirus para poder hacer frente a la carga de trabajo existente.

Sin embargo, esta reordenación no se ha realizado únicamente en los hospitales. Los centros de salud de atención primaria también han sufrido cambios notables. Por un lado, se han concretado algunos centros de salud que serán referentes en la cuestión del coronavirus, con consultas especiales. Por otro lado, casi todas las consultas se están realizando por teléfono, con el fin de reducir el riesgo de contagio.

Además, se han abierto otros espacios (hoteles, en la mayoría de los casos, como María Cristina en Donostia-San Sebastián o Lakua en Vitoria-Gasteiz), donde se está atendiendo a pacientes que han dado positivo en la prueba del COVID-19 pero que no están graves, que no pueden volver a casa por diferentes circunstancias (no pueden mantener las medidas de aislamiento adecuadas, no hay condiciones para que se les cuide estando enfer-

mos, son familiares de los trabajadores sanitarios...).

En las residencias de ancianos y centros sociosanitarios similares, con grandes problemas, se están estableciendo protocolos específicos para crear circuitos que permitan aislar a los enfermos y desplazar a otras infraestructuras a aquellos que no pueden ser aislados.

### REFLEJO EN LAS CONDICIONES DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS

Pero para que toda esta reorganización funcione y pueda hacer frente de forma efectiva al coronavirus, son imprescindibles los trabajadores que atenderán a los enfermos (no sólo médicos o enfermeros, sino también socorristas, celadores o limpiadores) y el material necesario para su protección.

A través de un correo remitido a los trabajadores el 13 de marzo, se les denegó la opción de tener días festivos y vacaciones a partir del 16 de marzo,



## La falta de material ha sido generalizada y constante desde el inicio de la crisis, desde mascarillas y EPI hasta tests para diagnosticar

y las solicitudes que se habían hecho hasta entonces se suspendieron, para que todos los trabajadores estuvieran en sus puestos de trabajo para hacer frente a la crisis sanitaria. También se modificó el calendario para Semana Santa.

Desde el inicio de la crisis, los trabajadores de muchas áreas (los de urgencias, medicina interna...), están realizando más horas de trabajo, sea en turnos adicionales de atención a los hospitalizados, o sea haciendo guardias en urgencias o en medicina interna. Es decir, además de tener menos festivos, el número de horas semanales trabajadas es más elevado. Han ampliado la residencia a los residentes (médicos que se están especializando en un campo) para que sigan trabajando, pero no con el sueldo de los especialistas, con la excusa de que «no se cumplen los requisitos para la evaluación». En cuanto a las contrataciones de trabajadores que acaban de realizar el examen MIR o que aún son estudiantes de sanidad,

a menudo se les ha puesto a trabajar sin decirles qué hacer.

Todo ello, además, sin el material de protección necesario. Las escasas fotografías difundidas donde aparecen trabajadores sanitarios vestidos con bolsas de basura no reflejan la dimensión de la situación. La falta de material ha sido generalizada y constante desde el inicio de la crisis, desde mascarillas y EPI hasta tests para diagnosticar. En este contexto, se han establecido protocolos en función del material disponible, reduciendo el material necesario y limitando la posibilidad de realizar tests en un protocolo que iba variando prácticamente día a día. Es difícil creer, por tanto, que los protocolos que se han llevado a la práctica en el sistema sanitario hayan seguido estrictamente criterios de salud.

### COLAPSO MÁS ALLÁ DEL VIRUS

Para evitar el colapso, por tanto, se ha confinado a toda la población, se ha dificultado o restringido el acceso a la

sanidad a unos, se ha denegado o retrasado la atención sanitaria a otros, se han remodelado las infraestructuras sanitarias y de todo el ámbito sociosanitario, y se ha aumentado la carga de trabajo a sus trabajadores sin el material necesario. ¿Cuándo se puede decir que se ha evitado el colapso? El colapso, según el diccionario, significa la destrucción o deterioro de una estructura, institución o sistema; o en otro sentido, la suspensión o disminución importante del ritmo de una actividad.

Mientras dure la crisis están suspendidos los controles a diabéticos, a enfermos cardiovasculares o a personas con insuficiencia cardíaca o renal. Se han restringido las posibilidades de rehabilitación o fisioterapia a las personas con problemas osteomusculares. Se ha pospuesto la cirugía de los pacientes con prótesis de rodilla, junto con otras intervenciones que no se consideran urgentes, «hasta que la situación se normalice». Casi todas las consultas de atención primaria han sido telefónicas,



## REPORTAJE

con las dificultades y limitaciones que ello conlleva para atender al paciente.

El número de personas fallecidas por el coronavirus está en constante renovación en los medios de comunicación. Se cuentan cientos de subidas y bajadas. ¿Quién está contabilizando, sin embargo, el número de fallecidos por esta paralización o ralentización de la atención sanitaria general (ese era el significado del colapso)? ¿Cuántas muertes «naturales» se producirán durante esta crisis, cuántos empeoramientos de patologías crónicas que en las estadísticas quedarán fuera de la reconversión del sistema sanitario? Probablemente, nunca podremos saberlo.

Ni que decir tiene cuando finalice esto que han denominado crisis sanitaria. Habrá que retomar los controles de todas estas patologías crónicas que no han tenido seguimiento, muchas veces desequilibradamente, y por tanto, con necesidad de más seguimiento. Los análisis, consultas, intervenciones no realizadas hasta ahora... se acumularán, se prolongarán las listas de espera, con el consiguiente perjuicio para la salud. A los trabajadores sanitarios que han estado mucho tiempo sin poder descansar y con una mayor carga de trabajo, se les va a acumular aún más el trabajo, con las consecuencias físicas y psicológicas que ello (y la situación pasada) puede tener, y por tanto, con el impacto que eso puede tener en la salud de los pacientes. Todo ello, además, ante una crisis económica que conllevará un deterioro generalizado de la salud. Hay que tener en cuenta todo esto la próxima vez que los que gestores del sistema sanitario aparezcan en televisión diciendo «hemos superado la crisis sanitaria».





# COVID-19, UN VIRUS CON CLASE

**P**or otro lado, refiriéndose al «declive de la economía mundial al que ha llevado la pandemia» del COVID-19, Kristalina Georgieva, directora gerente del FMI, declaró en compañía del presidente del Banco Mundial que «ya está claro que estamos en una recesión igual o peor que la del 2009». Las previsiones de las dos instituciones garantes de la hegemonía monetaria y financiera mundial no son para tomarse a broma. Pero para entender si nos hallamos ante una fatal desgracia de la naturaleza o una ofensiva de la burguesía en toda regla, es preciso identificar cómo afecta la pandemia a la clase obrera, y no sólo en sus pulmones.

Los trabajadores sanitarios no son los únicos que están viviendo en su piel las consecuencias más severas. Más allá de las declaraciones de que «las consecuencias de esta crisis las pagará la clase obrera», para entender la situación actual es necesario que comprendamos cuál ha sido la tendencia del capital y el contexto en el que ha irrumpido el COVID-19, como hemos dicho al principio.

## CRISIS, EJÉRCITO INDUSTRIAL DE RESERVA (EIR) Y CONDICIONES DE REPRODUCCIÓN

La crisis del 2008 y la Gran Recesión posterior han sido la forma mediante la

cual la crisis capitalista ha aflorado a la entrada del nuevo siglo (junto a la crisis asiática del 97 o la burbuja de las *punto-com* del 2000). Como consecuencia de la crisis durante muchos años se han deteriorado las condiciones de vida de la clase trabajadora de muchos países. También dejó consecuencias evidentes en Euskal Herria. La ofensiva desatada a partir del 2008 provocó la reducción de prestaciones sociales, la pérdida de derechos laborales y la caída de la calidad de los servicios sanitarios, es decir, aceleró el proceso de proletarización.

Entre 2008 y 2012 el número de parados aumentó considerablemente. En 2008 el número de desempleados en

**La ofensiva  
desatada a partir  
del 2008 provocó  
la reducción de  
prestaciones  
sociales, la pérdida  
de derechos  
laborales y la caída  
de la calidad de los  
servicios sanitarios,  
es decir, aceleró  
el proceso de  
proletarización**





**Como es evidente, en épocas de crisis el desempleo, el deterioro de las condiciones de quienes siguen trabajando y el aumento del número de receptores de prestaciones son fenómenos que suceden al mismo tiempo**



Hego Euskal Herria era de 87.852 personas, pero al finalizar 2012, el número de desempleados se situó en 215.400. Así, en cuatro años, 127.540 personas se quedaron en paro, con un incremento del 145 %. Además, entre 2008 y 2012, el salario medio disminuyó un 7,15 % en la CAV y un 9,15 % en la Comunidad Foral de Navarra.

Según los datos de 2013 de la Agencia Tributaria de España, 10.434.641 asalariados (casi el 60 % del colectivo), ingresaban por debajo del Salario Mínimo Interprofesional: 1282,8 euros brutos al mes. Eso quiere decir que, una vez pagados la cotización social y los impuestos, sus ingresos están por debajo del límite. De esos, más de la mitad (5,6 millones) ingresaban de media 6.603 euros al año, por debajo del salario mínimo. A esos datos hay que sumarle seis millones de parados a nivel estatal, y, de esos, más de dos millones no cobraban ningún tipo de prestación.

Aunque aumentó el número de personas que recibía prestaciones, los gas-

tos no incrementaron en la misma medida. Según los datos de Lanbide, en la CAV 62.082 familias recibían la Renta de Garantía de Ingresos en octubre de 2013, y al comienzo de la crisis económica eran menos de 30.000 familias las que la recibían. De cada diez personas que recibían la RGI, seis eran mujeres y casi un tercio pensionistas que tenían que complementar la pensión.

Como es evidente, en épocas de crisis el desempleo, el deterioro de las condiciones de quienes siguen trabajando y el aumento del número de receptores de prestaciones son fenómenos que suceden al mismo tiempo. Eso tiene su explicación. La relación entre la acumulación y las condiciones de reproducción se materializa en gran parte a través del desempleo. La población en desempleo no sólo afecta a la reproducción de los propios parados, sino que presiona para empeorar las condiciones de los trabajadores que conservan el empleo. De esta manera, esta parte de la fuerza de trabajo que no se con-



trata describe cómo afectan los vaivenes de la acumulación a las condiciones de reproducción del proletariado. Del mismo modo, la reducción de la actividad económica a consecuencia de la crisis acarrea la reducción del fondo de dinero público que sirve de base a las prestaciones. Por eso, aunque esas



## **La existencia del desempleo (o empleando la categoría de la Crítica de la Economía Política, la existencia del Ejército Industrial de Reserva) es estructural y consecuencia de una gran acumulación de capital**



prestaciones puedan aumentar en número de forma absoluta, decrecen relativamente. Eso puede provocar que aunque se reparta más dinero cada persona reciba menos dinero, lo que es un fenómeno claro del proceso de proletarianización.

La reproducción de la fuerza de tra-

bajo, es decir, la adquisición de los medios de vida (alimentos, ropaje, energía, vivienda, salud...) necesarios para subsistir no solo dependen del salario directo, obtenido por la venta de la fuerza de trabajo, sino que también depende del salario indirecto que el Estado ofrece mediante diferentes mecanismos

(servicios públicos, prestaciones por desempleo o incapacidad, pensiones...). Estos se financian, en gran parte, por la imposición de ciertas aportaciones conocidas como impuestos y cotizaciones. La desaparición en diferentes crisis (desde los 70 hasta hoy) de las condiciones que hicieron posible el Estado de Bienestar, por ejemplo, han provocado un considerable deterioro en la calidad de vida de la clase obrera.

La tasa de desempleo es una noción estadística (concretamente mide el nivel de desocupación en relación con la población activa) y como tal puede ofrecernos correlaciones y modelos respecto a otros factores (número de infectados, días de confinamiento, sexo, raza). Mediante esa tasa podemos aclarar las consecuencias que produce cada coyuntura económica sobre la clase obrera y el proceso de proletarianización. No es, sin embargo, capaz de explicar el desempleo, solo recibe los cambios fenomenológicos que suceden en el mismo.

La existencia del desempleo (o empleando la categoría de la Crítica de la Economía Política, la existencia del Ejército Industrial de Reserva) es estructural y consecuencia de una gran acumulación de capital. Aunque la crisis o el auge económico inciden sobre su tamaño, el EIR es un elemento fundamental para la acumulación de capital, ya que genera condiciones adecuadas para que el capital aumente y capitalice sus ganancias. Por eso, en dependencia del ciclo económico, el desempleo o el EIR tendrá un nivel u otro.

En la coyuntura unida al fenómeno del coronavirus el aumento del desempleo ha tenido consecuencias directas a corto plazo. Está por ver, por un la-



do, en qué medida volverá la actividad económica y volverán los trabajadores a los puestos de trabajo. Por otro lado, también están por ver las consecuencias que tendrá el aumento de desempleo en las condiciones de vida de todos los trabajadores, esto es, cuánto le hará pagar el capital a la clase obrera su propia crisis.

Y es que, por ahora, los datos no son nada positivos. A finales de marzo de 2020, el número de desempleados aumentó en 14.364 personas en Hego Euskal Herria, hasta situarse en 165.578. Al finalizar abril, el paro aumentó en 13.507 personas, hasta situarse en 179.085 personas. El paro ha golpeado con más fuerza al sector de los servicios, seguido de la industria y la construcción. Una afirmación ilustrativa es que casi el 8 % de los parados tiene menos de 25 años, según los datos de marzo. Tampoco en los meses más graves de la crisis iniciada en 2008 se registraron tantos parados en las oficinas del Servicio Navarro de Desem-

**Tampoco en los meses más graves de la crisis iniciada en 2008 se registraron tantos parados en las oficinas del Servicio Navarro de Desempleo y Lanbide, y con anterioridad sólo se había superado en tres ocasiones la barrera de los 10.000 nuevos parados: 2009, 2010 y 2012**

pleo y Lanbide, y con anterioridad sólo se había superado en tres ocasiones la barrera de los 10.000 nuevos parados: 2009, 2010 y 2012.

Por lo tanto, la crisis del coronavirus se ha encontrado de lleno con los datos que pueden presagiar una crisis económica. A esos hay que sumar los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) impuestos aprovechando la coyuntura de crisis sanitaria, los cuales han aumentado mucho la tasa de desempleo. Según los datos publicados hasta el 30 de abril, en Hego Euskal Herria había 202.629 trabajadores afectados por los ERTEs. A principios de abril, el 37% de las empresas de Hego Euskal Herria habían solicitado la implantación de un ERTE y, según Confebask, ya eran 58.893 las empresas que estaban en regulación temporal. De media, el 84 % de los trabajadores de estas empresas fueron expedientados. A medio plazo, parece que muchas de las empresas no recuperarán la actividad económica previa a la aparición del



**Lejos de lo que cree la mayor parte de la sociedad, la pobreza es un hecho estructural, no un mero problema de gestión y redistribución de la riqueza**

**Los datos sobre la pobreza real indican la falta de cobertura de todas las necesidades básicas. Si reparamos a los de la CAV, observamos que de 2008 a 2018 la tasa asciende de 4,2 % a 6,1 %. Utilizando los datos relativos parece que no es un gran aumento, pero si reparamos en los datos absolutos, veremos que de 90.678 personas pasa a 132.431 personas**

coronavirus, lo que tendrá un impacto significativo en distintos sectores de la clase trabajadora. Por otro lado, está por ver cuántas empresas aprovecharán la situación para cerrar sus plantas o para expulsar a los trabajadores contratados temporalmente.

#### **CAPITALISMO Y LA POBREZA DE LA CLASE OBRERA**

Después de tratar el desempleo, podemos abordar la reproducción de la clase obrera en términos más generales. Dado que el periodo ha sido muy corto, es casi imposible cuantificar las consecuencias que las perturbaciones producidas por esta epidemia en la acumulación han provocado en las condiciones de vida del proletariado. Por ello, debemos identificar cómo ha alterado dichas condiciones la crisis capitalista hasta la fecha, para extrapolarlo a la tesitura actual.

Lejos de lo que cree la mayor parte de la sociedad, la pobreza es un hecho estructural, no un mero problema de gestión y redistribución de la riqueza. La falta de ingresos deriva de las relaciones de producción capitalistas, lo que supone que amplias capas de la clase trabajadora no puedan obtener los recursos mínimos para subsistir. Esto afecta a aspectos como la vivienda, la alimentación, la energía y los hábitos de consumo. Todos estos aspectos

repercuten de manera directa en la salud de las personas, lo cual cobra una importancia crucial en la situación que estamos viviendo.

Así, los datos sobre la pobreza real indican la falta de cobertura de todas las necesidades básicas. Si reparamos a los de la CAV, observamos que de 2008 a 2018 la tasa asciende de 4,2 % a 6,1 %. Utilizando los datos relativos parece que no es un gran aumento, pero si reparamos en los datos absolutos, veremos que de 90.678 personas pasa a 132.431 personas. Es decir, en 10 años la cantidad de personas en esta condición aumentó en 41.753 personas. Si atendemos otros indicadores, apreciamos que, en 2018, 446.695 personas estaban en riesgo de pobreza y exclusión social en la CAV, lo que supone un 16 % más que en 2016. Siguiendo la definición que da Eustat, este indicador hace referencia a personas en riesgo de pobreza, en situación de privación material grave o bien que viven en hogares con una intensidad de trabajo muy baja. Sin embargo, acudiendo a los datos a nivel estatal, nos percatamos de que la realidad es aún más cruda. En 2008 la tasa de pobreza se situaba en un 19,8 %, cuyo crecimiento fue constante hasta que en 2016 alcanzó el pico, un 22,3 %, y en 2018, se situó en un 21,5 %. Este último dato indica que, en 2018, 10.031.900 personas estaban en riesgo

de pobreza. De todas formas esto no es algo residual, ya que en 2019 el 55,3 % (26.046.517 de personas) de la población del Estado español tenía algún tipo de dificultad para llegar a fin de mes.

Según UNICEF la malnutrición, provocada por la desnutrición, por el sobrepeso o la obesidad y por las carencias de nutrientes esenciales (como hierro o vitaminas), está afectando cada vez más a las familias pobres de todo el mundo, lo que disminuye sus posibilidades de supervivencia o de mantener una buena salud. Si observamos la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) del 2019, podemos ver que el 24,7 % en la CAV y el 15 % en la Comunidad Foral de Navarra de personas de entre 2 y 17 años sufren obesidad o sobrepeso. Cualquiera podría vincular esto con la opulencia, pero en realidad la falta de recursos se asocia con una mala alimentación.

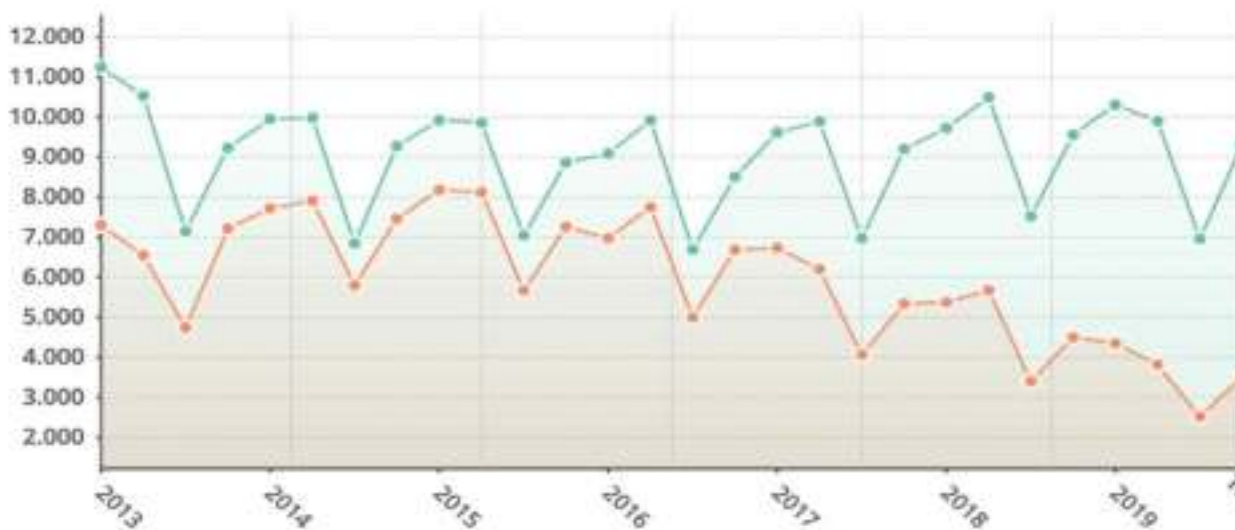
En lo que respecta a la vivienda, la falta de ingresos produce una incapacidad a la hora de hacer frente a gastos como el de la hipoteca o el alquiler. El siguiente gráfico indica el número de desahucios realizados en el Estado español en cada trimestre desde el año 2013. En el último trimestre de 2019 se realizaron 13.612, tanto por impago del alquiler como de la hipoteca. Según los datos de Eustat, en 2018, 2.979 personas de media hicieron uso de la









**IMAGEN**

Número de desahucios realizados en el Estado español en cada trimestre desde 2013.

Impago de alquiler en verde e impago de hipoteca en naranja

**FUENTE**

CGPJ, [www.epdata.es](http://www.epdata.es)

**En el último trimestre de 2019 se realizaron 13.612, tanto por impago del alquiler como de la hipoteca. Según los datos de Eustat, en 2018, 2.979 personas de media hicieron uso de la red de centros para personas sin hogar a diario, lo que supone un incremento del 25,6 % respecto al 2016**

red de centros para personas sin hogar a diario, lo que supone un incremento del 25,6 % respecto al 2016. Unos hechos que demuestran una vez más, el carácter sumamente violento del orden social capitalista, al cual no le tiembla el pulso a la hora de expulsar y condenar a la más absoluta miseria a miles de familias.

En 2019 la Cruz Roja atendió a 1.415 familias en la CAV, de las cuales el 50 % tenía que elegir entre una alimentación adecuada o una temperatura adecuada en el hogar. Diversos estudios han demostrado la relación existente entre una exposición prolongada a temperaturas inadecuadas en el hogar y el riesgo de padecer enfermedades respi-

ratorias o cardiovasculares, las cuales combinadas con el COVID-19 aumentan en gran medida la probabilidad de fallecer.

**CONSECUENCIAS DEL COVID-19**

Ya hemos explicado que gran parte de ese calvario de la clase obrera depende del progreso de la acumulación y el incremento del Ejército Industrial de Reserva. Por tanto, lo que debemos preguntarnos por último es cómo afectará el COVID-19 a la acumulación. Si, como han vaticinado el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, esta pandemia intensifica la crisis capitalista hasta situaciones peores que los de 2008, podemos figurarnos una

situación parecida a la descrita en el apartado anterior.

En la CAV Arantza Tapia, el lehendakari Iñigo Urkullu y Confebask coinciden en que, para evitar «el coma económico», hay que evitar parar la producción. Pero, al mismo tiempo, alientan los ERTes para reducir la plantilla. El caso es que el capital constante, a diferencia del variable, cuando no se usa pierde valor (se amortiza) en vez de transferirlo a las mercancías: «Representan un adelanto inútil de capital, y esta pérdida se vuelve positiva no bien su irrupción hace necesarios gastos adicionales para que se pueda reanudar el trabajo» (además entrarían en juego otros factores como la fide-





zación o la cuota de mercado).

Simultáneamente, la situación de sobreacumulación de la última década genera por un lado, como ya hemos explicado, un excedente de capital variable que se debe expulsar por una insuficiencia de plusvalor; para ello se usarán los dichosos ERTes, claro, pero sobre todo la no contratación de todos aquellos trabajadores que deambulan entre trabajos temporales y, al acabar la pandemia, los clásicos EREs. Por otro lado, la sobreacumulación genera también una necesidad acuciante de engrosar el EIR de manera que presione al capital variable contratado para aumentar el plusvalor absoluto y relativo extraído: bajar salarios reales, aumentar jornadas (horas extra...), fomentar la temporalidad... Por supuesto, en estas dos vías de acrecentar el EIR se han dado grandes pasos desde el 2008, pero situaciones como esta de pánico y excepcionalidad son grandes oportunidades para intensificar de forma velada estas labores. Las llamadas contratendencias se aceleran en estas ocasiones.

Pero las grandes compañías no son las únicas que van a prescindir de capital variable alimentando el EIR en este período, pues gran parte de los autónomos, las microempresas (menos de 10 empleados), las pequeñas (menos de 50 empleados) e incluso las medianas (menos de 250 empleados) saldrán muy mal paradas, aunque esta cuestión es algo más compleja. La inmensa mayoría tendrán que parar totalmente su actividad, privándose de sus ingresos, pero haciendo frente a los costes fijos como el alquiler. Gran parte se dedica a la realización de las mercancías de mayores capitales, por lo que dependen totalmente del crédito concedido por estos proveedores. Otros, dedicados a la exportación e importación, caerán por la ralentización de la acumulación de otros países (China, por ejemplo). Los pequeños productores deberán elegir entre enfrentarse al poder monopsonista de los distribuidores o encontrar cerrados sus canales para colocar mercancías. En cualquier caso,

en general, estos pequeños negocios no tienen capacidad de acumular capital y reproducirse a escala ampliada, por lo que el plustrabajo efectuado se materializa en ganancias del gran capital (proveedores, distribuidoras, bancos, acreedores...). Por tanto, en estos se seguirá la tendencia anteriormente mencionada de exprimir más plusvalor a menos capital variable, sólo que no la acumularán para sí. Además, ante el cierre masivo de estos negocios surgirá la centralización del capital (sobre todo en empresas medianas), otro mecanismo muy usual para enfrentar la caída de la tasa de ganancia (para acumular sin aumentar la composición orgánica, aumentar la cuota de mercado, competir en la tecnificación...). De todas formas, en esta ocasión han permitido la rapiña de los capitales pequeños sólo en vistas al mercado interior, mientras se han blindado contra capitales externos limitando la participación que se puede adquirir en determinadas empresas al 10 %.

Aunque la pandemia del coronavirus sea la coyuntura adecuada para aplicar estas medidas contrarrestantes, el parón completo o parcial de la producción acarrea otro problema muy gordo que las autoridades no han pasado por alto: empeora la escasez de plusvalor. Este es un problema bifacético: la primera cara son las dificultades para realizar el plusvalor producido, que se expresa en un problema de morosidad. De manera muy parecida a la crisis del 2008, una cadena de impagos (de préstamos, rentas, intereses, suministros... que en última instancia son plusvalor o salario) reducirá aún más el plusvalor que devuelve la producción, sea este impago «permitido» o no. La otra cara de este problema es más simple: si no hay producción, no hay plusvalor. Así de sencillo; cuanto más capital se desmovilice por la pandemia, menos plusvalor se extraerá. De todas formas, lejos de ser un problema de demanda agregada (como lo planteará el progresismo), es muy importante recalcar que la falta de plusvalor

**Simultáneamente, la situación de sobreacumulación de la última década genera por un lado, como ya hemos explicado, un excedente de capital variable que se debe expulsar por una insuficiencia de plusvalor; para ello se usarán los dichosos ERTes, claro, pero sobre todo la no contratación de todos aquellos trabajadores que deambulan entre trabajos temporales y, al acabar la pandemia, los clásicos EREs**





**Aunque la pandemia del coronavirus sea la coyuntura adecuada para aplicar estas medidas contrarrestantes, el parón completo o parcial de la producción acarrea otro problema muy gordo que las autoridades no han pasado por alto: empeora la escasez de plusvalor**

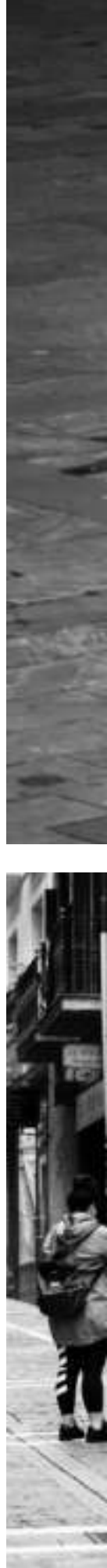
es la causa del problema de la realización (como del crédito, los precios...), y no al revés.

Hay muchos aspectos más que se relacionan con la tesitura actual del COVID-19 que no hemos mencionado. En general, el efecto de la epidemia es arma de doble filo, pues al mismo tiempo que acentúa la escasez de plusvalor, sirve de palanca para aumentar la tasa de plusvalor y reducir el peso del capital constante (devaluándolo) mediante las llamadas contratendencias.

Otro elemento a tener en cuenta serían las medidas que se han tomado para «paliar la crisis», como el «plan de choque» del Gobierno de España. Aun

así, una explicación detallada de las últimas la podéis encontrar en el artículo de Hodei Mendinueta publicado en la página *gedar.eus*. Allí nos explica que las políticas económicas expansivas son meras transferencias de valor, que dichas políticas no lo crean, por lo que todas las políticas fiscales (exenciones, subvenciones...) y monetarias (QE, recortes de la tasa de interés...) sólo pueden suavizar las tendencias, no cambiarlas. Lo principal al analizar cualquier vertiente de estas cuestiones es, como dice Mendinueta en su artículo, la escasez de plusvalor. El coronavirus no crea la crisis, sino que influye en aspectos de la misma. La crisis la crea el capital.

**El coronavirus no crea la crisis, sino que influye en aspectos de la misma. La crisis la crea el capital**





**Tanto la pérdida de trabajo como la reducción de las prestaciones sociales, va a acarrear que muchas familias, ante la incapacidad de pagar sus alquileres o hipotecas, sean desahuciadas y que sean arrojadas a la miseria de no poder pagar los alimentos o la calefacción, poniendo en grave riesgo su salud**

Cabe destacar que este virus se está cebando y se cebará con los sectores más desfavorecidos, es decir, con el proletariado, que cada vez es más amplio en Euskal Herria. Tanto la pérdida de trabajo como la reducción de las prestaciones sociales, va a acarrear que muchas familias, ante la incapacidad de pagar sus alquileres o hipotecas, sean desahuciadas y que sean arrojadas a la miseria de no poder pagar los alimentos o la calefacción, poniendo en grave riesgo su salud. Si los datos que

se han expuesto sobre las condiciones de vida ya eran bastante brutales, todo indica que lejos de mejorar, van a ir a peor. Y aunque el gobierno apruebe ciertas medidas, estas no van a ser más que un parche y vamos a encontrarnos ante un proceso de proletarianización acelerado. Mediante las políticas públicas (rescates...) socializarán las pérdidas y privatizarán los beneficios, por lo que ahora sí podemos afirmar que esta crisis, como todas, la va a pagar la clase obrera.

# A CUENTA DE LA MUJER TRABAJADORA

**Y**en cuanto a la clase obrera golpeada, la situación de las mujeres trabajadoras también se ha revestido de singularidad en este acen tuamiento de la crisis capitalista. Por un lado, en un contexto tan especial como duro, son muchos los sectores laborales que el Gobierno español ha denominado como «servicios esenciales» correspondientes a sectores feminizados. Las mujeres realizan el 90 % de las tareas domésticas, el 82 % de quienes trabajan en servicios sociales son mujeres, el 77 % en servicios de salud y el 70 % en pequeños comercios. Como hemos comentado al analizar la situación del personal sanitario, todas estas trabajadoras se han visto obligadas a acudir al trabajo, pero en muchos casos no han contado con las medidas de protección necesarias para garantizar su salud. Asimismo, los problemas relacionados con la salud y/o las bajas por enfermedad derivadas del cuidado de las personas familiares, por un lado, y el miedo a contratar nuevos trabajadores (consecuencia de la posibilidad de padecer el virus), por otro, han incrementado las horas de trabajo y las funciones de quienes trabajan, generando jornadas penosas y altos niveles de estrés.

## CON EL AGUA AL CUELLO

El sector de la limpieza, entre otros, ha sido considerado fundamental por el Gobierno español, pero no se han hecho distinciones entre las zonas en funcionamiento y las cerradas. Así, cientos de limpiadoras han sido obligadas a acudir a trabajar a los centros cerrados, además, han insistido en que apenas han tenido recursos para protegerse. Cabe que destacar, por ejemplo,

el caso de las limpiadoras de la UPV/EHU, que estaban en huelga antes del inicio de la pandemia y que al comienzo de la crisis les fueron impuestos unos servicios mínimos del 100 %.

También es especialmente duro el caso de quienes trabajan como empleadas de hogar residentes. Muchas, han denunciado que hasta que no termine el estado de alarma no se les permite salir de las casas en las que trabajan, y que su situación, se ha agravado en poco tiempo al estar confinadas. Asimismo, muchas mujeres obligadas a ejercer la prostitución se han quedado en la calle al cerrar los prostíbulos. Aunque en algunos casos han conseguido negociar la permanencia en los locales, ha sido a través de un aumento de las deudas futuras. En otros casos, como la demanda continúa siguen trabajando, poniendo en grave riesgo su salud.

Además de los expedientes de despido y regulación temporal que se han extendido en el seno de la realidad de la clase obrera, los trabajadores que tenían un contrato de obra o servicio específico han quedado excluidos de las regulaciones laborales y muchos ni siquiera tienen acceso a las prestaciones. El caso de las empleadas de hogar es un caso evidente en este contexto de aflicción. En 2011 la Organización Internacional del Trabajo estableció el convenio 189, que regulaba las condiciones para las empleadas de hogar. Para que tenga carácter obligatorio debe ser ratificado por cada Estado, cosa que el Estado español, por ejemplo, no ha hecho. Por tanto, este sector sometido a un régimen especial de la Seguridad Social no tiene derecho a la prestación por desempleo.

El 2 de abril, el Consejo de Ministros







**Además de los expedientes de despido y regulación temporal que se han extendido en el seno de la realidad de la clase obrera, los trabajadores que tenían un contrato de obra o servicio específico han quedado excluidos de las regulaciones laborales y muchos ni siquiera tienen acceso a las prestaciones**



aprobó una partida extraordinaria para este sector. Esta subvención incluye únicamente a las trabajadoras dadas de alta en la Seguridad Social antes del 14 de marzo. No se ha tenido en cuenta, por un lado, que muchas de las que trabajan en este sector trabajan por horas y que, si trabajan menos de 60 horas al mes, los empleadores no están obligados a hacerles un contrato (aunque la mayoría trabaja más de 40 horas semanales). Además, no han obviado que este sector laboral, sobre todo en lo que a las empleadas residentes se refiere, sirve de refugio a muchas mujeres procedentes del extranjero que carecen de permiso de residencia o trabajo. Así, el 40 % de las mujeres empleadas de hogar se han quedado sin ayuda económica alguna. Varios colectivos de trabajadoras del hogar y mujeres inmigrantes han tenido que poner en marcha mecanismos para garantizar sus condiciones de vida, entre ellos las cajas de resistencia para garantizar gastos de alquiler, manutención o desplazamientos.

A pesar de que muchas de las tareas de cuidado de personas dependientes (niños, adultos o discapacitados) se han convertido en trabajos asalariados, la situación actual ha dado continuidad al proceso iniciado con anterioridad por regresión de los servicios sociales y las privatizaciones. De esta manera, la mayoría de estos trabajos han vuelto a las casas y han vuelto a caer sobre las mujeres. Muchas han tenido que abandonar sus empleos para poder hacerse cargo de estas labores de cuidado, ya que no disponen de recursos económicos para contratar a otra persona. Algunas han tenido que transformar jornadas completas en jornadas parciales, y de quienes siguen a jornada completa, algunas trabajando desde casa, están soportando una enorme carga de trabajo. Está por ver cómo van a ser las consecuencias psicológicas y físicas para la salud de estas personas.

## LA REALIDAD DENTRO DE CUATRO PAREDES

El confinamiento impuesto por los

gobiernos en esta crisis ha cambiado radicalmente nuestro día a día. Ahora tenemos que compartir las 24 horas del día con quienes convivimos y la situación se ha vuelto extrema e insostenible para las mujeres maltratadas. La mayoría de los casos de violencia y asesinatos machistas se dan dentro del hogar. Ante la situación actual, esta convivencia aislada genera muchas posibilidades de generar tensiones, en el caso del maltrato continuado, aumentando la oportunidad de un endurecimiento de la violencia. Somos conscientes, además, de que este tipo de violencia aumenta en momentos en los que la convivencia se estabiliza o aumenta, por ejemplo, en periodos vacacionales.

En este sentido, Emakunde ha señalado que en la semana 0, es decir, del 7 al 13 de marzo, se registraron 90 denuncias y que en las semanas posteriores se redujeron a la mitad. Han subrayado que ello puede deberse a varias razones. Por un lado, mientras conviven con el agresor, las posibilidades que tienen las mujeres para denunciar son menores y a la vez aumenta el miedo. Por otro lado, en muchas ocasiones los agresores suelen ser exparejas y el confinamiento ha podido dificultar estas agresiones. Otras hipótesis apuntan a que la finalización del confinamiento conllevará un aumento de los ataques.

Sin embargo, en 2020 en el País Vasco ya se han producido cuatro asesinatos machistas, la misma cifra que en todo el año anterior. Uno de ellos tuvo lugar durante el confinamiento en Soraluze. En el Estado español, por el contrario, se han registrado 17 asesinatos hasta marzo, uno de ellos durante el estado de alarma. Aunque todavía no se dispone de los datos de las denuncias presentadas en la CAV, en el Estado español se registraron alrededor de 2000 denuncias la semana que comenzó el confinamiento.

Si bien la situación de las mujeres que sufren y están en riesgo de sufrir violencia machista se ha agravado aún más, desde el punto de vista de los recursos, muchas pueden tener claras



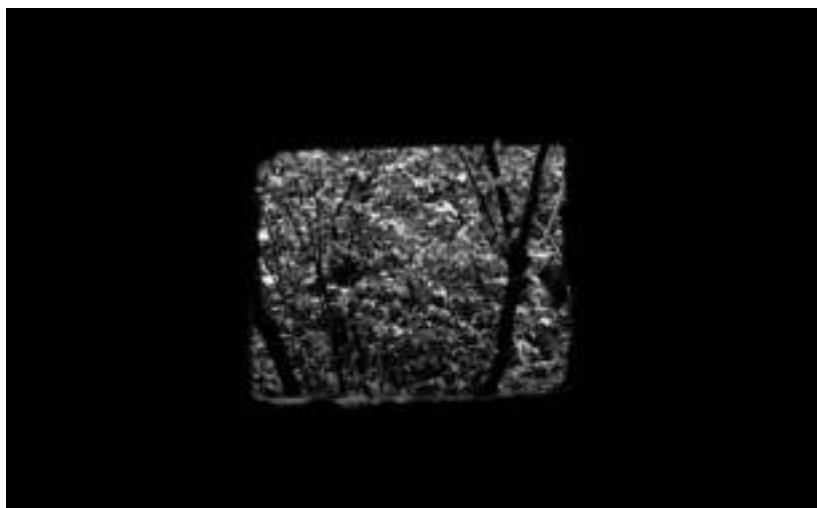










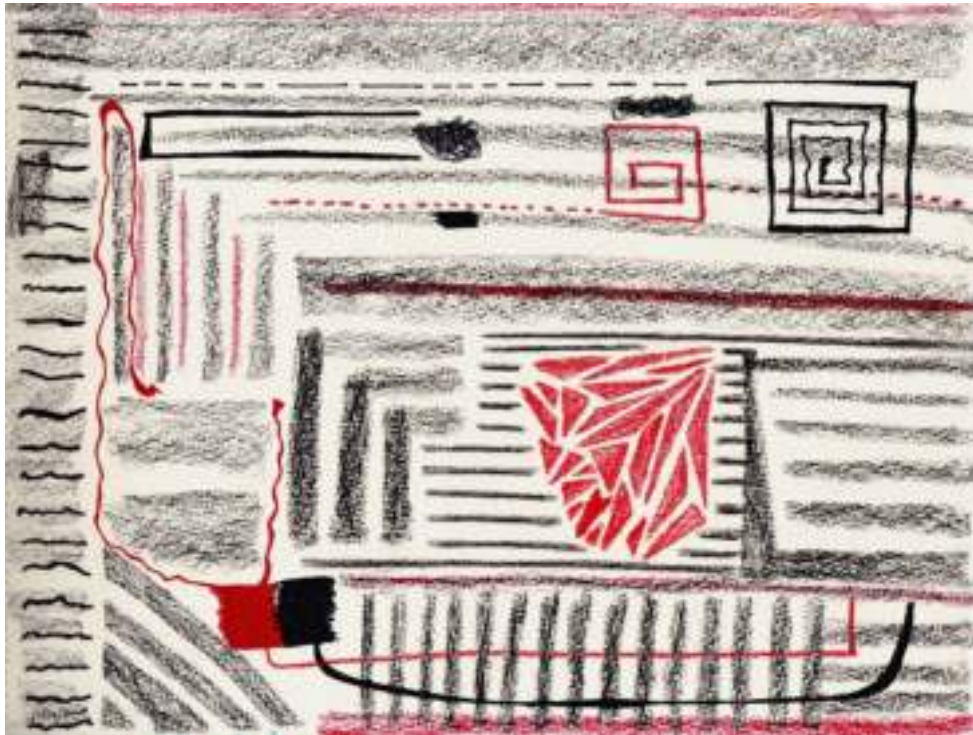


limitaciones para hacer frente a esta situación. Muchas mujeres trabajadoras, aun teniendo acceso a un teléfono móvil, pueden tener limitado su uso debido al control al que les someten sus agresores. La posibilidad de salir a la calle también puede estar muy limitada, por lo que tampoco pueden utilizar los recursos creados para denunciar la violencia machista en las farmacias. Al fin y al cabo, la denuncia queda en manos de la mujer, consciente de todos los obstáculos que tiene para ello.

### LA CAÍDA

Atendiendo también a la dura realidad de muchas mujeres trabajadoras, es evidente que el escenario que estamos viendo de frente no tiene buena pinta para la clase trabajadora. Todas las reducciones y reestructuraciones que se puedan dar como consecuencia de esta crisis pueden generar la vuelta a casa de muchos trabajos centrados, entre otros, en las actividades de cuidados, y pueden recaer en gran medida sobre las trabajadoras, con las consecuencias que ello conlleva. La miseria que esta situación puede generar podría acentuar el contexto de violencia y es previsible que las mujeres trabajadoras lo vivan una vez más en su piel.

En general, la situación de emergencia que se ha desatado con la aparición del COVID-19 ha generado desconcierto y pánico, y el capital, aprovechará la convulsión y el miedo, así como el ámbito de las relaciones laborales ahora cuestionado, para llevar a cabo la reestructuración que necesitan las relaciones sociales capitalistas. Las condiciones de trabajo y de vida de la clase trabajadora parecen ser todavía más precarias y desfavorables, cada vez con menos obstáculos, a no ser que se trate de una respuesta. El pronóstico es cada vez más sonoro: la crisis del COVID-19, es una crisis que ha acelerado y acelera la caída. /



*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.***

# De los fundamentos de la COVID-19 al análisis político de la actualidad

**COLABORACIÓN**

*28 de abril del 2020*

Ander Goiatxe  
y Unai Segurola





Este trabajo que tienes entre manos es una revisión, composición y continuación del trabajo «Apuntes sobre la situación provocada debido a la expansión del COVID-19» publicado el pasado 18 de marzo en *Gedar*. [1] La velocidad de producción científica sobre el nuevo coronavirus nos ha impedido profundizar lo suficiente en todos los ámbitos. Además, en las últimas semanas los análisis y medidas políticas se están renovando constantemente, y aunque los primeros borradores están viendo la luz, todavía es pronto para conocer la dimensión real de las consecuencias de esta pandemia. Por ello, algunos de los datos o hipótesis aquí mencionados pueden ser erróneos con el tiempo. Sin embargo, conscientes de nuestras limitaciones, hemos visto la necesidad de volver a plantear algunos elementos para que sirvan de apoyo al análisis y sobre todo a la actuación política.

El texto está organizado en cuatro apartados. El primer apartado aborda aspectos médicos, desarrollando algunas nociones necesarias de la COVID-19 y facilitando la comprensión de los siguientes apartados. La segunda parte es una explicación de las políticas y estrategias de salud en los periodos de pandemia. La tercera se centra en la situación en el Estado español, aportando algunas conclusiones sobre el contexto en el que nos encontramos. Por último, el cuarto aborda los posibles escenarios de futuro desde la perspectiva epidemiológica.



# ÍNDICE DE LOS CONTENIDOS

## **1. Algunas claves sobre la COVID-19 y el nuevo coronavirus — 58**

**1.1** Fisiopatología de la COVID-19 — **58**

**1.2** Características clínicas — **58**

**1.3** Transmisión — **60**

**1.4** Inmunidad — **61**

**1.5** Datos epidemiológicos — **63**

## **2. Políticas sanitarias en tiempos de pandemia — 65**

**2.1** Principales herramientas de política sanitaria:  
intervenciones no farmacológicas (INF) — **65**

**2.2.** Principales intervenciones no farmacológicas ante la  
COVID-19. Medidas preventivas, detección precoz de caos  
y rastreo de contactos, y medidas de distanciamiento — **66**

**2.3.** Estrategias posibles frente a la COVID-19 — **70**



### **3. Situación del Estado Español. Análisis de las medidas tomadas por el Gobierno y algunos apuntes sobre la situación en la que vivimos — 75**

- 3.1** Análisis de las medidas tomadas por el gobierno de España — **75**
- 3.2** El contexto que ha dejado todo esto: la apertura de la oportunidad revolucionaria — **82**

### **4. Posibles escenarios de cara a los próximos años — 83**

### **5. Bibliografía — 84**

## 1. ALGUNAS CLAVES SOBRE LA COVID-19 Y EL NUEVO CORONAVIRUS

**P**ara empezar, analicemos algunas claves del nuevo Coronavirus denominado SARS-CoV-2 y, sobre todo, de la enfermedad COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) que provoca. En esta ocasión no volveremos a mencionar los aspectos tratados en el texto anterior [1]: explicación general de los coronavirus, hipótesis sobre el origen del SARS-CoV-2, sintomatología de la COVID-19... En caso de querer profundizar en esos temas, os recomendamos leer dicho texto.

### 1.1. Fisiopatología de la COVID-19

El Coronavirus SARS-CoV-2 tiene la capacidad de afectar a todo el aparato respiratorio (vías respiratorias superior e inferior, incluyendo los pulmones). Para ello el virus se enlaza con los receptores de las células que se encuentran en las vías respiratorias, accede a las células y comienza a multiplicarse de forma repetida en su interior [2]. Ante eso nuestro cuerpo pone en marcha un proceso inflamatorio para poder hacer frente al virus. Esta inflamación puede limitarse a las vías altas o extenderse por todo el aparato respiratorio, provocando neumonía. Se denomina neumonía a la enfermedad producida por el desarrollo de un proceso inflamatorio en los pulmones, y es la manifestación más grave de la COVID-19[2].

Recientemente diversos investigadores han propuesto que el desarrollo o patogenicidad de la enfermedad se basa en dos grandes hechos interrelacionados: el daño causado por el propio virus y el daño derivado de la respuesta inflamatoria activada por nuestro organismo frente al virus [3]. De hecho, aunque la respuesta inflamatoria nos proteja en un primer momento, a partir de un punto puede llegar a producir más perjuicios que beneficios [3]. En base a lo expuesto, se han propuesto tres fases para entender mejor la evolución de la enfermedad y determinar

mejor las opciones terapéuticas [3]. Estas fases no tienen por qué producirse siempre y a medida que se avanza en ellas aumenta la gravedad de la enfermedad [3].

- *Primera fase o leve - Infección precoz.* En esta fase se produce la inoculación del virus y el desarrollo precoz de la enfermedad, siendo el propio del virus el principal factor dañino. Se produce una enfermedad leve, que normalmente sólo afecta a las vías respiratorias superiores, y los síntomas, si los hay, serían: fiebre, tos, dolor de garganta, debilidad, dolores musculares (mialgias) y/o pérdida de olfato y gusto [2,4,5]. La mayoría de las personas infectadas logran frenar la propagación del virus y por lo tanto consiguen curarse en esta fase, por lo que tienen un pronóstico muy favorable.

- *Segunda fase o grave - Afectación pulmonar.* En esta fase la enfermedad se instala principalmente en los pulmones, produciéndose, además de la multiplicación del virus, neumonía o inflamación pulmonar localizada. En esta fase, por tanto, se incrementa la respuesta inflamatoria, y a pesar de que el virus sigue afectando, buena parte de la enfermedad se produce como consecuencia de esta inflamación. En esta fase la mayoría de las personas necesitan hospitalización y el principal síntoma pasa a ser la disnea, es decir, la dificultad respiratoria o la sensación subjetiva de falta de aire.

- *Tercera fase o crítica - hiperinflamación sistémica.* Una minoría de pacientes con COVID-19 alcanza la tercera y última fase en la que se produce una respuesta proinflamatoria excesiva y la consiguiente hiperinflamación. En esta fase se produce una inflamación sistémica que afecta a otros órganos además de los pulmones (corazón, riñones...). Esto puede provocar insuficiencia respiratoria y síndrome de distrés respiratorio agudo (que pueden requerir ventilación mecánica), shock, disfunción multiorgánica, problemas de coagulación, parada cardiorrespiratoria y fallecimiento [2,6]. El pronósti-

## Una parte de los infectados padece una infección asintomática

## Las personas asintomáticas podrían tener una gran importancia en la transmisión de la enfermedad

co de las personas que llegan a esta fase es muy malo y podemos observar que, además de los ventiladores que tan famosos se han hecho, se necesitan muchas otras intervenciones.

### 1.2. Características clínicas

Como acabamos de analizar, el desarrollo de la infección no siempre se produce de la misma manera, por lo que puede presentarse de varias formas [2].

Una parte de los infectados padece una infección asintomática [7,8]. El porcentaje de pacientes asintomáticos está siendo objeto de controversia entre la comunidad científica. Aunque algunos estudios estiman cifras de entorno al 20 % [2,8], otros más recientes proponen que este porcentaje es muy superior, llegando incluso al 80 % [9]. Aún es pronto para conocer datos concretos, pero se puede concluir, al contrario de lo señalado por la Organización Mundial de la Salud en febrero, que las personas asintomáticas podrían tener una gran importancia en





la transmisión de la enfermedad [2,9]. El tiempo y, sobre todo, la detección de estas personas asintomáticas permitirá extraer conclusiones más precisas.

La infección sintomática comprende un amplio espectro de presentaciones clínicas. Alrededor del 80 % padece la forma leve de la enfermedad [2], el 15 % sufre una enfermedad grave (neumonía con dificultad respiratoria) y el 5 % enfermedad muy grave o crítica (insuficiencia respiratoria, shock o disfunción multiorgánica) [2].

En cuanto a la edad, la enfermedad puede ser padecida por personas de cualquier edad, pero es más frecuente en personas de mediana y avanzada edad [2,6,10]. Además, las personas de edad avanzada (mayores de 70 años y sobre todo de 80) tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad grave y fallecer [2,6,10]. Las razones que explicarían esto parecen ser dos: que las personas de edad avanzada tienen mayor dificultad para controlar la replicación del virus y que debido a que las defensas se vuelven más débiles con la edad (inmunosenescencia) desarrollan una respuesta proinflamatoria más larga y mayor para activar dichas defensas [6,11], lo cual acaba perjudicando al organismo.

La infección sintomática en los niños es poco frecuente [2,10]. Por lo que parece esto se debería a una menor tendencia a padecer formas graves de la enfermedad y a desarrollar síntomas por parte de los niños, más que a una menor vulnerabilidad frente a la infección [4,10].

Actualmente los factores de riesgo de hospitalización, enfermedad grave y fallecimiento son: tener >65 años, hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria crónica, inmunosupresión, cáncer y obesidad [2,4]. Otros posibles factores de riesgo relacionados con la enfermedad serían la enfermedad renal crónica y la enfermedad hepática [2].

### 1.3. Transmisión

La principal vía de transmisión de

## Las personas infectadas podrían transmitir el coronavirus entre 1 y 2 días antes del comienzo de los síntomas

este nuevo coronavirus es la que se produce a través de las gotículas respiratorias, es decir, las gotitas que soltamos al estornudar, toser, hablar etc. Estas gotículas de más de 5 micrómetros de diámetro se extienden hasta una distancia de dos metros, ya que terminan cayendo al suelo por el efecto de la gravedad [12,13]. Una persona infectada puede transmitir la enfermedad a través de esta vía de tres maneras [12,13]:

- *Mediante las gotículas que llegan a la mucosa de la boca, nariz u ojos de otra persona que se encuentra cara a cara con la persona infectada y a una distancia menor de 2 metros.* Esta es la principal vía de transmisión junto con el contacto directo.

- *Mediante contacto directo con personas infectadas.* Esto ocurre sobre todo a través de las manos. Por ejemplo, cuando una persona infectada se toca inconscientemente su nariz con las manos o utiliza las manos para protegerse al toser, el virus pasa a las manos. Posteriormente si esa persona tiene contacto directo con una persona no infectada, por ejemplo, al darle la mano, transmite el virus a sus manos, y esta, inconscientemente, acaba tocándose la nariz o los ojos con las manos e infectándose.

- *Mediante contacto indirecto.* Normalmente se debe a que las personas infectadas han tocado objetos contaminados (ya sea porque los han tocado con sus propias manos o porque directamente han caído gotículas en ellos). Los objetos habituales son asas de puertas, botones que toca mucha gente, dinero, superficies...

Las escasas investigaciones que han estudiado la duración del virus en los objetos han conseguido los siguientes resultados. En la plata, el cartón, el ace-

ro inoxidable y el plástico la duración del virus ha sido de 4, 24, 48 y 72 horas respectivamente a 21-23 °C y 60 % de humedad [14]. En el papel ha durado 3 horas, 1 a 2 días en la ropa y 4 días en billetes y mascarillas quirúrgicas [12].

Existen también otras vías de transmisión posibles. Una de ellas sería la transmisión aérea [12,13]. En circunstancias especiales se pueden producir partículas o aerosoles de menos de 5 micrómetros de diámetro que contengan el virus. Estas partículas son tan pequeñas que la gravedad no les afecta y se quedan en el aire, por lo que las personas sanas se contagian directamente al respirar ese aire. Por el momento, esta vía de transmisión sólo se ha demostrado en situaciones y ámbitos concretos y en relación con procedimientos diagnósticos y terapéuticos [2,13]. No obstante, si se demostrara que se trata de una vía de transmisión habitual, desempeñaría un papel importante en la transmisión que se produce en espacios cerrados en los que coinciden varias personas (en casa, en el trabajo, en la cárcel...). Aunque de momento no hay suficientes evidencias al respecto, se ha comprobado que la supervivencia del virus en estos aerosoles es de aproximadamente una hora [12]. Otra posible vía de transmisión sería la vía fecal-oral, pero aunque se haya conseguido aislar el virus en las heces hoy por hoy no podemos afirmar que el virus se transmita también por esta vía [13,15].

Analicemos otros conceptos relacionados con la transmisión.

El periodo de incubación comprende el tiempo que transcurre desde el momento de la exposición al virus hasta el desarrollo de los síntomas. El periodo de incubación medio del



nuevo coronavirus ronda los 5-6 días [2,7,16,17], y salvo en algunos pocos casos, la mayoría de los que desarrollan síntomas comienzan a tenerlos en los primeros 12-14 días [2,7,16]. Por lo tanto, se puede concluir que la cuarentena de 14 días que se está aplicando incluye a la mayoría de las personas que van a desarrollar los síntomas.

Un estudio publicado a principios de abril ha constatado que las personas infectadas podrían transmitir el coronavirus entre 1 y 2 días antes del comienzo de los síntomas [2,4,18]. Otro estudio reciente ha revelado que el 12,6% de los casos confirmados de COVID-19 son consecuencia de esa transmisión presintomática [19], mientras que otros investigadores han estimado que la proporción de la transmisión total que han provocado estas personas antes del desarrollo de los síntomas sería del 48-62% [7,17,19,20]. Aún es pronto para conocer las cifras exactas, pero parece que una buena parte de la transmisión se produce antes de que aparezcan los síntomas, y esto es muy importante de cara a tomar medidas de salud pública [17] (utilizar las mascarillas en toda la población o incluso realizar pruebas a los contactos asintomáticos, en lugar de limitar su uso a los que sólo tienen síntomas).

Además, los elevados niveles de carga viral que se han encontrado en los infectados al inicio de los síntomas sugieren una alta transmisibilidad del virus en las fases iniciales de la enfermedad (fase en la que comienzan los síntomas y antes de su inicio) [2,4,7].

Todavía no se ha podido confirmar la hipótesis que plantea que los pacientes asintomáticos (ya sean los que posteriormente desarrollen síntomas o no) transmiten el virus, ya que, aunque se haya encontrado carga viral en estas personas, ello no significa que tengan capacidad de contagio. Sin embargo, estos hallazgos aumentan mucho la probabilidad de que sea cierta y de hecho es una hipótesis bastante aceptada entre la comunidad científica [2,4].

Estos últimos descubrimientos au-

**Las medidas de salud pública no deben centrarse únicamente en las personas que presentan síntomas, por lo que es necesario adoptar medidas generales para llevar a cabo la prevención de la transmisión**

**Hay dos posibilidades para obtener inmunidad frente al virus: padecer la enfermedad o ser vacunado**

mentan y dificultan considerablemente el reto de combatir la pandemia [18]. Dicho todo esto, se puede concluir que las medidas de salud pública no deben centrarse únicamente en las personas que presentan síntomas, por lo que es necesario adoptar medidas generales para llevar a cabo la prevención de la transmisión: promover medidas preventivas en la comunidad (lavado de manos, uso generalizado de mascarillas...) [21,22,23], realizar test o pruebas diagnósticas a todas las personas que han estado o podrían estar en contacto con los infectados (para evitar la transmisión de los asintomáticos) así como a todas las personas que presentan síntomas [24,25], aislar a los infectados, etc.

#### 1.4. Inmunidad

Tal y como se recoge en el texto redactado el pasado mes de marzo [1], hay dos posibilidades para obtener inmunidad frente al virus: padecer la enfermedad o ser vacunado. Las personas infectadas producen anticuerpos frente al virus entre los 6 y 15 primeros días de la enfermedad. El objetivo de la vacuna sería eso mismo. Estos anticuerpos, además de ser un mecanismo de defensa para superar la infección aguda, proporcionan protección contra el virus a largo plazo, por lo que evitan, en general, volver a padecer la enfermedad.

Salvo que se produzca la desaparición del virus, cosa que parece cada vez más improbable, la única forma de controlar la enfermedad sería desarrollar la inmunidad colectiva o inmunitad de grupo. La inmunidad colectiva es la protección que un porcentaje elevado de personas inmunizadas ( $1 - 1/R_0$  \*ver apartado 1.5.1) proporciona a toda la población [26]. Gracias a las personas inmunizadas o «protegidas» ya sea a través de la vacuna o tras padecer la enfermedad, se reduce el número de personas que podrían infectarse, disminuyendo o deteniendo de este modo la transmisión de la enfermedad.

Sin embargo, existen algunos factores que condicionan el desarrollo y el producto de esta respuesta inmunita-



ria protectora. Nosotros analizaremos la duración de la inmunidad y las mutaciones del virus y posteriormente haremos una revisión general para entender su impacto sobre los posibles escenarios de inmunidad colectiva.

#### **1.4.1. Duración de la inmunidad**

Los anticuerpos que produce nuestro cuerpo contra el SARS-CoV-2 parecen ofrecer una protección duradera, pero de momento no se conoce la duración concreta de los anticuerpos y, por tanto, de la protección que nos proporcionarían [2,4]. Los anticuerpos que generamos frente a los coronavirus que producen infecciones estacionales

de la vía respiratoria superior (catarro...) tienen una duración inferior a un año, mientras que los que generamos frente al coronavirus SARS ofrecen una protección más prolongada, lo cual reduce considerablemente la posibilidad de volver a padecer la enfermedad [27]. Esta última sería la mejor situación, pero habrá que esperar para conocer la duración media de los anticuerpos generados frente al SARS-CoV-2.

#### **1.4.2. Mutaciones del virus**

Actualmente no hay evidencias de que las mutaciones sufridas por el SARS-CoV-2 desde su introducción en la población humana hayan influido en

las características de la enfermedad [4]. Será muy importante saberlo, ya que algunas mutaciones podrían provocar que los anticuerpos en los que se basa la respuesta inmune protectora no pudieran detectar el virus, lo que provocaría que padezcamos infecciones repetidas por el SARS-CoV-2. Esto es precisamente lo que ocurre con el virus causal de la gripe, el virus influenza: las mutaciones o cambios que experimenta el virus le permiten volver a infectar a personas que ya han sido infectadas el año anterior, por lo que cada año es necesario recibir una nueva vacuna. Otra posible consecuencia de las mutaciones podría ser que adquiriera resistencia



## En cuanto a la inmunidad, lo más probable es que desarrollemos una respuesta inmunitaria protectora pero de una duración limitada

a los tratamientos que se van desarrollando por mutaciones [28].

### **1.4.3. Posibles escenarios para el desarrollo de la inmunidad colectiva**

Estos dos factores, brevemente expuestos, hay que tenerlos en cuenta a la hora de analizar los posibles escenarios que permitirían controlar la pandemia. Tal y como hemos mencionado anteriormente, en estos años de espera de la posible vacuna, la única forma de alcanzar la inmunidad colectiva sería que un alto porcentaje de la población padeciera la enfermedad (50-75 % en el caso de un  $R_0$  de 2-4) [4,29].

En el mejor de los casos el virus no

**La tasa de letalidad era del 1,5 % el 8 de abril [4]. En la misma fecha, el 44 % de los fallecidos en Europa tenían entre 65 y 79 años y el 46 % más de 80 años**

sufriría mutaciones que le permitieran enfermar repetidamente y los humanos desarrollaríamos una inmunidad a largo plazo. Por lo tanto, en el mejor escenario, sería posible controlar la enfermedad con el tiempo (2-3 años o más) y sin vacunación [4]. Las personas que han pasado la enfermedad en esta situación serían una especie de «reliquias sociales» [4]. Además, como no transmitirían la enfermedad no deberían cumplir las medidas de distanciamiento. En definitiva, podríamos pensar que se crearían dos grupos sociales, los que han pasado la enfermedad y los que no, y cada uno de ellos debería cumplir diferentes medidas.

Además, en caso de que esta hipótesis fuera cierta, si se consiguiese desarrollar, producir y distribuir una vacuna universalmente, bastaría con recibirla una vez y existiría la posibilidad de controlar e incluso erradicar el virus.

No obstante, el escenario más probable parece algo intermedio. En cuanto a la inmunidad, lo más probable es que desarrollemos una respuesta inmunitaria protectora pero de una duración limitada, como podrían ser, por ejemplo, dos años. Esto dificultaría mucho el control sobre la transmisión del virus, ya que tendría la capacidad de infectar de nuevo a los que ya han pasado la enfermedad [27]. Asimismo, sería más difícil crear la vacuna, deberíamos vacunarnos a menudo en todo el mundo...

Teniendo en cuenta la gran velocidad a la que se está realizando el desarrollo de la vacuna, podría haber una posible vacuna comercializada para mediados de 2021, es decir, en el menor tiempo posible, ya que este proceso requiere como mínimo de 12-18 meses

[1,4,28,30]. Una vez producida en una dimensión enorme, habría que distribuirla y emplearla por todo el mundo y además, este trabajo se complicaría aún más si tuviéramos que vacunarnos una y otra vez [27]. Sin embargo, para conocer bien la eficacia y la seguridad de la vacuna se necesitará más tiempo, y teniendo en cuenta que se trata de una vacuna que probablemente se vaya a administrar a buena parte de la población mundial, será especialmente importante garantizar estos aspectos. El «Center for Strategic & International Studies» de los Estados Unidos ha señalado que para esto último se necesitarán varios años más: 3, 5 o incluso 10 años [28].

### **1.5. Datos epidemiológicos**

Existe una gran controversia en torno a las estimaciones del porcentaje de población que se va a infectar en este brote que vivimos. Un grupo de investigadores del Reino Unido estimó que para el 28 de marzo un 15 % de la población del Estado español estaba infectado o había padecido la infección, es decir, seis millones de personas (con un intervalo de confianza del 95 %: 1.800.000 - 19.000.000 millones) [31]. Viendo que el margen de confianza es realmente amplio y teniendo en cuenta las críticas que ha recibido esta estimación, podríamos pensar que la cifra real sería inferior al 15 % [32]. Otro estudio publicado el 22 de marzo estimó que para entonces habría cerca de un millón de infectados en el Estado español [33].

Además, en otro estudio han estimado que si no se hubieran tomado medidas para controlar la expansión del nuevo coronavirus habría provoca-







do que se infectaran 7 billones de personas y que fallecieran 40 millones.

La tasa de letalidad (porcentaje de fallecimientos entre las personas diagnosticadas de COVID-19) que sirve para valorar la gravedad de la enfermedad era del 1,5 % el 8 de abril [4]. En la misma fecha, el 44 % de los fallecidos en Europa tenían entre 65 y 79 años y el 46 % más de 80 años [4].

Una vez presentados los datos son dos los conceptos que vamos a trabajar en este apartado. El primero es el número básico de reproducción o  $R_0$  y el segundo la estacionalidad del virus.

### 1.5.1 Número básico de reproducción o $R_0$

El número básico de reproducción o  $R_0$  (en inglés «basic reproduction number») es un parámetro que permite estimar la velocidad a la que una enfermedad puede propagarse en una población [34]. Concretamente, en una población en la que existe la posibilidad de que se infecten todos los individuos, indica el número de casos que se espera que genere directamente un caso inicial [35]. Por lo tanto, cuanto mayor sea este parámetro más rápido se extenderá una enfermedad en la población [34,35].

Actualmente es difícil determinar el  $R_0$  general de la COVID-19, ya que varía en función de la población que

se tenga en cuenta. El ECDC, Centro Europeo para la Prevención y Control de las Enfermedades, en base a diversos estudios, ha señalado que sería de 3,28, mientras que el Gobierno español ha informado de que estaría entre 2 y 3 [4,12]. Las estimaciones para Italia la sitúan entre 2,76 y 3,25 [4]. Por hacer una comparación, se ha estimado que el valor del parámetro  $R_0$  en la pandemia de gripe de 1918 era de 2,9-3,9 [29].

Pongamos algunos ejemplos para hacernos una idea de este parámetro y de su valor. Sin tomar ninguna medida, con el valor  $R_0=2$  en la cadena de transmisión a partir de una persona en 6 pasos tendríamos 64 nuevos infectados y con un  $R_0$  de 2,5 244 nuevos infectados. Las cadenas iniciadas por 3.000 infectados contagiarían a 192.000 (con valor de  $R_0=2$ ) y 1.831.054 (con valor de  $R_0=2,5$ ) en 6 pasos.

Uno de los usos del  $R_0$  es calcular el porcentaje de población que debería desarrollar una respuesta inmune protectora para conseguir la inmunidad colectiva, es decir, qué porcentaje de la población debería pasar la enfermedad o recibir la vacuna [26]. Para ello se utiliza la fórmula  $1-1/R_0$  [26,35]. Estos son algunos posibles porcentajes a partir de los valores de  $R_0$  estimados para la COVID-19.

| $R_0$       | 2   | 2,5 | 3   | 3,5 | 4   |
|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| Porcentaje* | %50 | %60 | %67 | %71 | %75 |

\*Porcentaje de la población que debería desarrollar una respuesta inmunitaria para conseguir la inmunidad colectiva.

Otro uso importante de este parámetro es el seguimiento de las epidemias. Gracias a las medidas de salud pública se consiguen reducir la transmisión y el porcentaje de población que podría infectarse, por lo que también disminuye el valor de  $R_0$  en un tiempo concreto ( $R_t$ ) [36]. De este modo, cuando el valor de  $R_t$  es inferior a 1, la

epidemia estará desapareciendo, y si es superior a 1, seguirá extendiéndose en la población. El objetivo de las medidas de salud pública es, por tanto, conseguir y mantener la  $R_t < 1$ , ya que si el valor aumentara de 1 se reanudaría la propagación de la infección [4,34,35].

### 1.5.2 Estacionalidad del virus.

#### Influencia de la temperatura

Basándose en los cuatro coronavirus endémicos en la población humana que producen infecciones de las vías respiratorias superiores (principalmente catarro) en otoño-invierno, inicialmente se supuso que el SARS-CoV-2 tendría un carácter similar, por lo que se pensó que el aumento de la temperatura reduciría considerablemente la transmisión del virus, permitiendo controlar la epidemia [4,37]. La expansión de la pandemia en países y regiones tropicales (como Singapur, Centroamérica o el centro de África) y en el hemisferio sur ha desmentido esta hipótesis. Parece que el aumento de la temperatura y la llegada de las estaciones más templadas pueden reducir algo la transmisión, pero no frenan la transmisión del virus, es decir, pueden ayudar a bajar algo el  $R_t$  pero no provocan que baje de 1 [4,35,37,38]. Podemos concluir, por tanto, que la pandemia del SARS-CoV-2 que vivimos no desaparecerá espontáneamente en verano y que es necesario adoptar medidas de salud pública para controlar la epidemia [4,37].

## 2. POLÍTICAS SANITARIAS EN TIEMPOS DE PANDEMIA

En esta segunda parte nos centraremos en las políticas sanitarias.

### 2.1 Principales herramientas de política sanitaria: intervenciones no farmacológicas (INF)

Las intervenciones no farmacológicas (INF) o medidas no farmacológicas son fundamentales para frenar ciertas enfermedades contagiosas, especialmente en el caso de virus emergentes, ya que normalmente no existen vacu-

## Para minimizar la dimensión de la epidemia es necesario establecer las INF lo antes posible

nas o tratamientos para combatirlos [39]. La pandemia de la COVID-19 que vivimos, la primera pandemia causada por un virus distinto al de la gripe [23], es precisamente una de estas situaciones.

Los investigadores y las empresas farmacéuticas, con el apoyo de las principales potencias, instituciones internacionales y resto de estados, se encuentran inmersas en plena búsqueda de tratamientos y vacunas eficaces. En el periodo de tiempo que se abre hasta la obtención y el inicio del uso de la vacuna, será de vital importancia el desarrollo de recursos terapéuticos eficaces para reducir la gravedad y, sobre todo, los ingresos hospitalarios y las muertes derivadas de la enfermedad. Este objetivo y, cómo no, los beneficios que garantiza la demanda universal indefinida y de urgencia de estos productos, han movido a grandes masas de capital a la búsqueda de tratamientos.

Basándonos, tal y como vamos a trabajar en el último apartado del texto, en las escasas posibilidades de erradicación del SARS-CoV-2 a corto plazo y teniendo en cuenta por lo tanto que el virus continuará estando entre nosotros en los próximos años, deberíamos distinguir dos fases principales en la evolución futura de la pandemia: la fase que se alargará hasta alcanzar la inmunidad colectiva y la fase posterior.

El principal recurso para combatir la pandemia en la primera fase serán las INF. Estas deberán mantenerse durante toda la fase, ya que son la única herramienta para detener la transmisión de la enfermedad. En esta fase también tendrán gran importancia el descubrimiento e implementación de tratamientos adecuados. La segunda fase se iniciaría una vez obtenida la inmunidad de grupo, que llegará probablemente con la obtención y aplicación universal de la vacuna. Una vez que se haya logrado esto, se conseguiría controlar la transmisión al menos parcialmente, y las INF no serían indispensables.

El objetivo principal de las intervenciones no farmacológicas es reducir el impacto de un brote, reduciendo el número de contactos posibles que permiten la transmisión de la enfermedad. Además, retrasan el pico de la epidemia permitiendo ganar tiempo, reducen el número de casos en el pico (suavizando la curva de la epidemia), disminuyen el número global de casos y el número de muertes, reduciendo la carga del sistema sanitario y evitando la saturación [21,40]. Además, la aplicación temprana y eficaz de las INF es también un escudo para los pueblos indefensos de la periferia imperialista [41].

Para minimizar la dimensión de la epidemia es necesario establecer las INF lo antes posible, por lo que el tiempo que transcurre hasta que se tomen dichas medidas se considera «crítico» [30,41,42,43,44]. De hecho, un estudio que analizó las medidas adoptadas por el Gobierno chino concluyó que el número de casos se habría reducido en un 66 %, un 86 % y un 95 % si las medidas se hubieran adoptado una, dos o tres semanas antes respectivamente [42].

Señalar también que a la hora de interpretar el impacto de las medidas aplicadas hay que tener en cuenta que el número de casos que se detectan en un día indica la situación de una semana antes y el efecto de las medidas adoptadas entonces, y que el número de muertes de un día indica la situación epidemiológica de dos semanas antes

y el impacto de las medidas vigentes en ese momento [4].

Analicemos, a continuación, las principales intervenciones no farmacológicas o INF:

### 2.2. Principales intervenciones no farmacológicas ante la COVID-19. Medidas preventivas, detección precoz de casos y rastreo de contactos, y medidas de distanciamiento

#### 2.2.1. Medidas preventivas generales

Existen tres grandes grupos de INF. Las primeras son las medidas preventivas generales. Entre ellas se encontrarían: el lavado de manos de forma adecuada y frecuente, el uso generalizado de mascarillas, la medición de la temperatura, el uso adecuado de guantes, el uso de un pañuelo de papel o el codo al toser o estornudar, evitar tocarse la cara con las manos, la limpieza y desinfección del domicilio y de las zonas comunes, la limpieza de objetos de uso personal (móvil, gafas...), la ventilación de espacios cerrados u otras muchas medidas que habría que tomar en otros ámbitos [12,13,14,15,24,41].

Ante una epidemia estas medidas son básicas, por lo que deben implantarse al inicio de la epidemia y mantenerse hasta alcanzar un control completo de esta. Además, su aplicación exige que la población tenga una serie de conocimientos básicos para cumplir estas medidas de forma adecuada, y en caso contrario se deben poner los medios para que así sea. De hecho, un mal uso de las medidas preventivas (por ejemplo, un mal lavado de manos, un mal uso de los guantes o de la mascarilla...) puede generar un falso sentimiento de protección que permita la transmisión de la enfermedad [23].

Entre estas medidas básicas, que deberían ser utilizadas desde un principio y de forma generalizada, la de las mascarillas ha sido hasta ahora el principal tema de debate. Los gobiernos de Asia Oriental recomendaron desde el prin-



## Aunque todavía no hay una evidencia científica certera, podríamos concluir que el uso de mascarillas es recomendable

cipio el uso de mascarillas y a principios de abril tomaron la misma posición tanto el Centre for Disease Control and Prevention (CDC) de Estados Unidos como su equivalente europeo (ECDC) [19].

Los gobiernos de los principales países europeos, por su parte, han mantenido hasta la segunda semana de abril la posición de que las mascarillas sólo sean utilizadas por personas con síntomas y las de su entorno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no ha tomado una posición firme, aunque ha estado más cerca de la posición de no utilizarlas [21]. Una de las razones de no haber recomendado su uso ha sido el de evitar que las instituciones sanitarias carecieran de mascarillas a causa de la compra masiva por parte de la población general.

Aunque todavía no hay una evidencia científica certera, podríamos concluir que el uso de mascarillas es recomendable, ya que aunque no detengan todas las gotículas, sí que disminuyen su propagación y suponen, por lo tanto una medida preventiva beneficios e importante [19,22,23,41].

### **2.2.2. Diagnóstico y aislamiento precoz de pacientes, exploración de contactos y cuarentena individual**

Otras medidas básicas frente a las epidemias son la realización de pruebas diagnósticas a todas las personas con síntomas y el aislamiento en caso de confirmación de infección, ya que es fundamental neutralizar la fuente de la enfermedad [19,23,41]. No debemos confundir aislamiento con cuarentena. El aislamiento es la reclusión o el confinamiento de las personas infectadas, mientras que la cuarentena

es una reducción de los movimientos de las personas asintomáticas que han podido estar en contacto con personas infectadas y que se prolonga en lo que dura el tiempo de incubación de la enfermedad infecciosa [45]. El aislamiento se puede hacer en casa (tal y como se está haciendo de forma general en el Estado español) o en hospitales o zonas habilitadas para ello (como se ha hecho en China) [41]. Podemos pensar que esta segunda opción sería más eficaz, ya que impediría que se produzca la transmisión a los convivientes del infectado. De cara a valorar la importancia de estas medidas, un estudio que ha analizado el impacto de las INF aplicadas en China ha concluido que la detección precoz y el aislamiento de los infectados ha prevenido más casos que el rastreo de contactos y las medidas de distanciamiento llevadas a cabo a lo largo del país [42].

Además, es fundamental identificar a las personas que han tenido contactos de alto riesgo con los infectados (en casa, en el lugar de trabajo...), es decir, realizar un rastreo y pruebas diagnósticas precoces a contactos de riesgo (aunque estas personas estén asintomáticas), permitiendo centrar las medidas para detener la transmisión en estas personas [19,24,41,46,47]. Serían contactos de alto riesgo, por ejemplo, el haber tenido un contacto cara a cara

con una persona infectada a menos de 2 metros de distancia durante más de 15 minutos o el haber estado en entornos cerrados con personas infectadas durante más de 15 minutos (casa, lugar de trabajo, prisión, clase...) [19,21,48].

La aplicación rigurosa de las medidas mencionadas hasta ahora al inicio de la epidemia reduce considerablemente la transmisión y tiene un gran impacto en el control de la propagación del brote [19,41]. Según algunos investigadores, para controlar la mayoría de los brotes, además de identificar y aislar al menos el 80 % de los infectados, habría que analizar el 70 % de los contactos si el  $R_0$  fuera 2,5 y el 90 % si fuera de 3,5 [35,46]. Además, estas medidas también juegan un papel fundamental ante una mayor propagación del brote, por un lado, para evitar el paso del virus desde territorios o entornos (residencias, hospitales, centros de trabajo...) en las que la epidemia está extendida a otros territorios o zonas donde aún no haya tenido tanto impacto, y por otro para reducir la dimensión del brote en la medida de lo posible a través del conocimiento y control de las cadenas de transmisión [19,41].

Del mismo modo, en los casos en los que la enfermedad está completamente extendida, como sucede en muchos países europeos o en la provincia China de Hubei, estas medidas deben aplicarse lo antes posible una vez que la transmisión comience a disminuir, para evitar o al menos minimizar la aparición de un nuevo brote [19,41].

En China, Singapur o Corea del Sur han implantado de manera precoz medidas preventivas generalizadas, el diagnóstico y aislamiento precoz de los infectados y los rastreos exhausti-

**Para controlar la mayoría de los brotes, además de identificar y aislar al menos el 80 % de los infectados, habría que analizar el 70 % de los contactos si el  $R_0$  fuera 2,5 y el 90 % si fuera de 3,5**



## Sin embargo, en muchos estados del mundo, incluyendo el Estado español, bajo este pretexto y sin realizar las entrevistas epidemiológicas de forma adecuada, se ha comenzado a utilizar dicha tecnología digital, como por ejemplo la geolocalización a través de móviles

vos de los contactos; y los resultados obtenidos han confirmado todo lo que hemos mencionado en las líneas anteriores [19,41,49,50]. De este modo, todo ello, en sinergia con algunas medidas básicas de distanciamiento, les ha permitido controlar la epidemia antes de que se propague, sin necesidad de aplicar cuarentenas generales o situaciones de confinamiento como los que estamos viviendo en los países de Occidente o al menos usándolos en periodo corto de tiempo [19,42].

Un concepto a mencionar y diferenciar en relación con el rastreo de contactos es el del control social. La tecnología digital utilizada hasta ahora para el control social [1,51] ha comenzado a utilizarse en algunos estados, con la ayuda de multinacionales como Apple, Facebook o Google [52,53], para realizar según han dicho la búsqueda de contactos. Esto también está ocurriendo en el Estado español [54].

El rastreo de contactos no es un simple ejercicio técnico. Es el resultado, principalmente, de delicadas entrevistas que realiza el personal sanitario a las personas infectadas, en las que es fundamental ganarse la confianza de la persona entrevistada para obtener de este modo su valiosa información. Además, es necesario ofrecer a estas personas unas garantías básicas como son la seguridad, el cuidado fiable, así como tener cubiertas las necesidades básicas durante su aislamiento o la cuarentena individual de sus posibles contactos.

Analicemos como ejemplo lo realizado en China. En la ciudad de Wuhan (de 11 millones de habitantes) había a mediados de febrero 1800 equipos de epidemiólogos (5 trabajadores/grupo) realizando este tipo de entrevistas

de rastreo [41]. El número de positivos de los contactos rastreados osciló entre el 1 y el 5 % [41]. En la provincia de Sichuan, hasta el 17 de febrero, 25.347 (99 %) de los 25.493 contactos identificados fueron rastreados o entrevistados [41]. El 0,9 % de los contactos cercanos estaban infectados de SARS-CoV-2 [41].

Este ejercicio es la base del rastreo de contactos. Es cierto que la tecnología digital para el control social puede afinar esta tarea, pero pierde sentido utilizarla a falta de estas entrevistas epidemiológicas, siempre que se vaya a utilizar para la búsqueda de contactos, claro. Sin embargo, en muchos estados del mundo, incluyendo el Estado español, bajo este pretexto y sin realizar las entrevistas epidemiológicas de forma adecuada, se ha comenzado a utilizar dicha tecnología digital, como por ejemplo la geolocalización a través de móviles [54]. Es de suponer, por tanto, que a falta de los procedimientos básicos que requiere el rastreo de contactos, se está utilizando toda esta tecnología como herramienta de control social para aumentar el control directo sobre la clase obrera.

### 2.2.3. Medidas de distanciamiento

Las medidas de distanciamiento son otro pilar dentro de las INF. Las medidas de distanciamiento son medidas para reducir la transmisión en una población, basadas en reducir el contacto físico entre personas potencialmente infectadas y sanas, o entre un grupo de población con una alta tasa de transmisión y otro con una tasa menor [55].

Las medidas de distanciamiento se categorizan en 3 niveles o capas principales en función de cómo tiene que

ser la transmisión de la epidemia a la hora de tomarlas [7,45,55]. Las medidas de distanciamiento deben adoptarse siguiendo el orden de estos niveles (por ejemplo, las medidas del nivel 2 deberían cumplirse antes de pasar al nivel 3), y cada capa o nivel incluye también las medidas del nivel anterior [23,45,55]. Hay que tener en cuenta que estas categorizaciones están hechas para el virus de la gripe [45] pero que se han aplicado para hacer frente a la COVID-19, ya que aunque hay algunas diferencias la base sigue siendo la misma.

- **Nivel 1:** medidas a tomar cuando la transmisión es limitada. Estas medidas son el aislamiento de los infectados y la cuarentena individual de los contactos.

- **Nivel 2:** medidas a adoptar en caso de que aumente la epidemia y se pierda la capacidad definir con exactitud las cadenas de transmisión. Son parte de este nivel las siguientes medidas: evitar eventos de masas y aglomeraciones, cierre de las instituciones educativas, cierre de los centros de trabajo, suspensión del transporte público, limitación o prohibición de movimientos internacionales, medidas concretas para la población de especial riesgo (los factores de riesgo los hemos analizado en el punto 1.2), organización de la movilidad de la población (horarios de los centros de trabajo, vacaciones...), recomendaciones de permanecer en el hogar y establecimiento de cordones sanitarios. Los cordones sanitarios («cordon sanitaire» en francés) son medidas de confinamiento aplicadas en zonas o territorios concretos en los que hay una alta tasa de transmisión, con el objetivo de evitar la propagación de la enfermedad. Ejemplo de ello serían los que han llevado a cabo en China, ya



**Varios estudios han concluido que, tras el hogar, los centros de trabajo son la zona de mayor riesgo de transmisión del virus SARS-CoV-2, por lo que el cierre de los centros de trabajo de los ámbitos no-esenciales cobra especial relevancia en el caso de la COVID-19**

sea de ciudades enteras o de diferentes zonas dentro de una ciudad.

Cabe destacar que no todas estas medidas tienen la misma importancia. Varios estudios han concluido que, tras el hogar, los centros de trabajo son la zona de mayor riesgo de transmisión del virus SARS-CoV-2, por lo que el cierre de los centros de trabajo de los ámbitos no-esenciales cobra especial relevancia en el caso de la COVID-19, más que el cierre de escuelas [30,43]. De esta manera, además de evitar la transmisión que se produce en los propios centros de trabajo, se evitan los movimientos del virus desde esos hacia los hogares, conteniendo significativamente las cadenas de transmisión [56]. Eso sí, según algunos investigadores cuando se incrementa la transmisión y se pierde su control, se debería llevar a cabo tanto el cierre de los centros de trabajo como el de los centros educativos [43]. Por otro lado, parece que las medidas para evitar aglomeraciones y eventos de masas no son muy importantes de cara a frenar la transmisión, ya que el tiempo de contacto entre las personas que se produce en esas circunstancias es menor que el que ocurre en casa, en el trabajo o en las instituciones educativas [30,35].

• *Nivel 3:* medidas de distanciamiento que hay que tomar ante la generalización de la transmisión. La principal medida que se situaría en el tercer nivel es el confinamiento o la cuarentena general.

Antes de profundizar nos gustaría hacer una aclaración terminológica. Para referirse a esta medida algunos autores utilizan la expresión «Shelter in place» (quedate o protégete donde estés) [45]. Otra forma de nombrar esta medida sería «Community wide quarantine», es decir, cuarentena general o cuarentena de toda la comunidad [45]. A falta de un término concreto, nosotros hemos utilizado las palabras cuarentena general y confinamiento para referirnos a esta medida. En realidad, el término cuarentena general no es del todo adecuado, ya que la cuarentena se

limita al tiempo que dura el periodo de incubación (en el caso de la COVID-19 14 días), pero como el fundamento de esta medida es la misma que la cuarentena individual (aunque se haga por tiempo indefinido) nos parece adecuado utilizarla. En el mismo sentido, en el Estado español la palabra confinamiento ha empezado a cobrar fuerza por lo que hemos decidido utilizarla, aunque tampoco es del todo adecuada. Nos gustaría aclarar también, que la cuarentena individual de los posibles contactos mencionados en el apartado 2.2.2 no se incluye en este nivel, sino que en el primero.

El confinamiento o cuarentena general consiste en reducir los movimientos o actividades de grupos de personas asintomáticas que podrían sufrir la enfermedad [45]. La cuarentena, tanto la individual como la general, es la INF más fuerte y coercitiva [45]. Por ello, aunque no se cumple en nuestro país, la OMS y la ECDC consideran importante que cuando se adopten medidas de alejamiento se diga hasta cuándo se prolongarán [55,57], máxime cuando se trata de las medidas más duras.

Existen múltiples formas de aplicar el confinamiento, y partiendo del criterio científico, no es necesario establecer medidas que incluyan a todas las personas de un territorio ni que sea legalmente obligatorio [45] (como en el caso de Corea del Sur).

En la misma línea, conviene recordar que la cuarentena es una medida de reducción de movimientos y actividades pero que en ningún caso anula del todo esos movimientos ni las libertades fundamentales [55]. La cuarentena general o el confinamiento no tiene por qué anular el acto de salir a la calle si se lleva a cabo con garantías de que no se vaya a producir la transmisión de la enfermedad, ya que su objetivo es reducir las posibles situaciones en las que pudiera ocurrir la transmisión. Por lo tanto, esta medida no suprime ninguna actividad orientada a cubrir las necesidades básicas y los derechos fundamentales (acceso a la comida; cuidado

de la propia salud previniendo la ansiedad, la depresión o el sedentarismo; derechos políticos fundamentales entre los que podríamos remarcar el ejercicio del derecho de reunión etc.).

Atendiendo a lo que vivimos actualmente en el Estado español, es evidente que esta situación no es consecuencia del fracaso de todas las medidas que hay que tomar ante una epidemia antes de ordenar el confinamiento, ya que no se han implementado las medidas de distanciamiento de primer y segundo nivel ni otras INF básicas. Además, es patente que la situación actual no se limita a una mera cuarentena general, ya que algunos derechos fundamentales, como las libertades políticas o el cuidado de la propia salud, están anulados. Más adelante analizaremos las posibles soluciones a este problema que no puede resolverse desde una perspectiva puramente médica.

### 2.3. Estrategias posibles frente a la COVID-19

En el trabajo «Apuntes sobre la situación provocada debido a la expansión del COVID-19», disponible en *Gedar*, analizamos dos estrategias principales para hacer frente a la pandemia, junto con la elaboración de las bases y conclusiones principales de cada una de ellas. [1] Para evitar reiterar lo mencionado en este trabajo, nos limitaremos a exponer algunos conceptos e ideas nuevos.

Los estudios realizados hasta la fecha han concluido que la aplicación aislada de las intervenciones no farmacológicas tiene una eficacia limitada que hace necesaria la combinación de conjuntos de estas medidas [30,55]. Las medidas a aplicar desde el primer momento para reducir el impacto de la enfermedad son medidas preventivas generales, diagnóstico y aislamiento precoz de los pacientes y exploración de contactos. Sobre ellas se aplicarían posteriormente las medidas de distanciamiento según la estrategia seguida [19,21,45,46].

Existen dos estrategias principales

## La cuarentena general o el confinamiento no tiene por qué anular el acto de salir a la calle si se lleva a cabo con garantías de que no se vaya a producir la transmisión de la enfermedad, ya que su objetivo es reducir las posibles situaciones en las que pudiera ocurrir la transmisión

[1,30]:

- Estrategia de mitigación (en inglés «mitigation»): el objetivo de esta estrategia sería atenuar los efectos que tendría la epidemia en una población, posibilitando la transmisión de la enfermedad (manteniendo  $R_t > 1$ ), limitándose a ralentizarla y a proteger los grupos de riesgo. Esta fue la estrategia adoptada inicialmente tanto por el Reino Unido como por Estados Unidos, pero el enorme número de muertes que causaría los obligó a echarse atrás. La estrategia consiste en que mientras se adoptan medidas de distanciamiento para proteger a los grupos de riesgo, la mayoría de la población padezca la enfermedad, consiguiendo una inmunización colectiva a corto plazo, eso sí, a cambio de un elevado número de muertes. [1,30]. Esta estrategia se está aplicando en la periferia imperialista, donde no hay recursos sanitarios suficientes para combatir la pandemia y poder seguir la estrategia de contención [30].



**Por tanto, hasta la obtención de la vacuna o la inmunización de un alto porcentaje de la población es probable que, con la relajación de las medidas de distanciamiento, se pase a  $R_t > 1$  y se restablezca la transmisión**

**Asimismo, es necesario cumplir adecuadamente las medidas preventivas al inicio de la reducción, así como garantizar los recursos necesarios para diagnosticar y aislar a todas las personas infectadas y realizar el rastreo de la mayoría de los contactos**

• Estrategia de contención (en inglés «suppression»): Esta estrategia es la que se ha seguido en general en el centro imperialista. El objetivo principal sería conseguir el  $R_t < 1$  y mantenerlo en esas cifras. Así se podría reducir el número de nuevos casos o, en el mejor de los casos, eliminar la transmisión entre humanos y radicar el virus [30]. Para ello es necesario que la población cumpla de forma adecuada y generalizada las medidas preventivas y se realice un seguimiento riguroso de los enfermos y contactos, así como que se adopten las medidas de distanciamiento eficaces necesarias.

### ***2.3.1 El reto de la estrategia de contención: reducción de las medidas de distanciamiento***

El principal reto de la estrategia de contención es la reducción o relajación de las medidas de distanciamiento, también conocido por el nombre de desescalada. De hecho, en una población que en gran medida sigue teniendo posibilidades de padecer la enfermedad (en bajos porcentajes de inmunidad), cuando se eliminan las medidas de distanciamiento, si el virus sigue circulando, su transmisión se restablece rápidamente. [4,40]. Por tanto, hasta la obtención de la vacuna o la inmunización de un alto porcentaje de la población es probable que, con la relajación

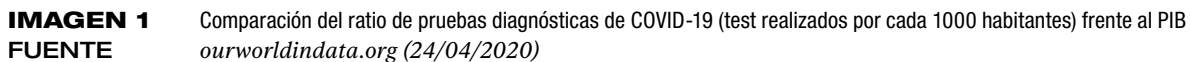
de las medidas de distanciamiento, se pase a  $R_t > 1$  y se restablezca la transmisión [30,40,44,56,58]. Junto a ello, al quitar las medidas de distanciamiento, las cadenas de transmisión pasarían de ser familiares a ser comunitarias, regionales e incluso internacionales. En consecuencia, es probable que en los próximos años vivamos epidemias repetitivas coincidentes con la relajación de las medidas de distanciamiento, obligando de nuevo a tomar medidas más estrictas [30,40,55].

Para poder realizar la reducción es necesario cumplir una serie de requisitos. Para empezar, es necesario reducir el número de casos que se notifican diariamente a niveles muy bajos, ya que si la reducción de las medidas es demasiado rápida, la transmisión volvería a crecer exponencialmente [4,44,58]. Por el momento, no se han establecido las cifras concretas para poder iniciar la reducción. En la provincia china de Hubei, cuando se relajó el confinamiento, se esperó hasta el 12 de marzo para abrir la producción en áreas no esenciales. [59]. Ese día se notificaron 15 nuevos casos y 11 muertos [59]. Sin embargo, un equipo de investigadores estimó que si el cierre de los centros de trabajo de Wuhan no se prolongaba hasta abril, se produciría un segundo brote a mediados de verano. [58] De hecho, concluyeron que la

apertura precoz de los centros de trabajo aumenta notablemente las posibilidades de un aumento de casos y de un segundo brote, aunque la epidemia esté en vías de extinción [58]. Según las estimaciones de estos investigadores, el hecho de que las medidas de distanciamiento se prolonguen un mes una vez controlado este brote supondría retrasar 2 meses la necesidad de aplicarlas ante el próximo brote. [50,58]

Asimismo, es necesario cumplir adecuadamente las medidas preventivas al inicio de la reducción, así como garantizar los recursos necesarios para diagnosticar y aislar a todas las personas infectadas y realizar el rastreo de la mayoría de los contactos, ya que son los principales mecanismos para evitar el aumento de casos a medida que se realiza la reducción [4,44,50,58]. Por último, hay que tener en cuenta que si la reducción se da prematuramente, el restablecimiento de las medidas de distanciamiento suprimidas no será suficiente para mantener la  $R_t \leq 1$ , ya que los casos aumentarían exponencialmente, por lo que se necesitarían más medidas para alcanzar ese objetivo. [44] Un reciente estudio ha concluido que las limitaciones logísticas que tendría un estado para retirar las medidas de distanciamiento y pasar a controlar la epidemia mediante el aislamiento de pacientes infectados y el rastreo de



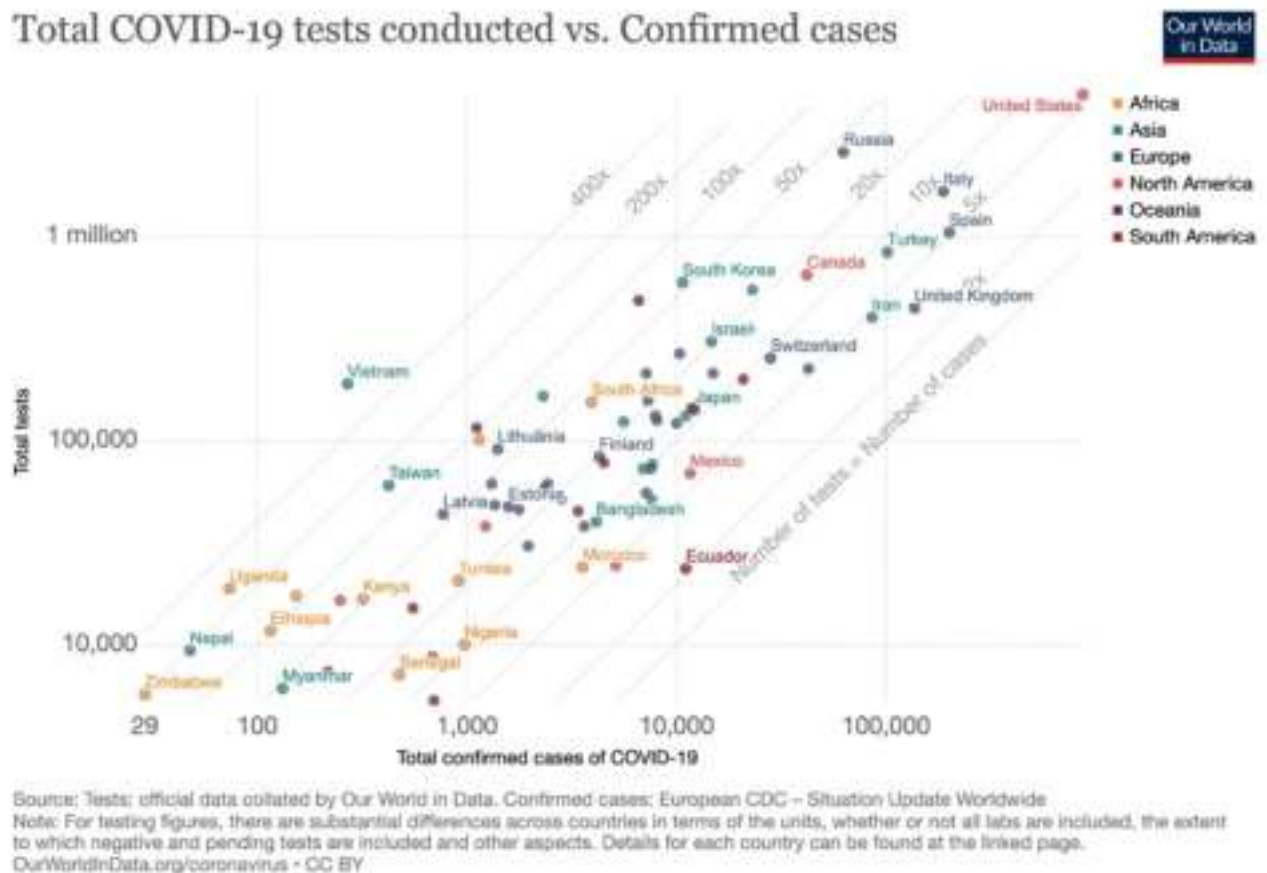


En la primera imagen se observa que los estados con mayor capacidad económica pueden realizar más pruebas o test por habitante, observando a simple vista la relación entre la capacidad económica y la ratio de pruebas

En la segunda imagen se observa que la realización de un gran número de test no garantiza un mejor control de la pandemia, ya que lo más importante es el número de pruebas o test que se realiza por cada resultado positivo o caso confirmado. A modo de ejemplo, la primera imagen muestra que tanto Corea del Sur como Estados Unidos



## Total COVID-19 tests conducted vs. Confirmed cases



**IMAGEN 2** Comparación de casos confirmados frente a test realizados. Las líneas corresponden al número de test realizado por cada caso confirmado (p.e. los estados que están en la línea 20x han realizado 20 test por cada caso positivo)

**FUENTE** [ourworldindata.org](https://ourworldindata.org) (24/04/2020)

están realizando aproximadamente 15 pruebas por cada 1.000 habitantes, por debajo de los datos de España. Sin embargo, al mirar a la segunda, podemos observar que en Estados Unidos sólo se han realizado 5 pruebas por cada caso o resultado positivo (línea 5x), mientras que en Corea del Sur se han realizado 52 por cada caso (línea 50x). A pesar de que Corea del Sur hizo menos pruebas, al hacerlo de forma adecuada y temprana logró controlar la epidemia, pero como nos muestran los datos, ha realizado 10 veces más pruebas por caso que en Estados Unidos (en Estados Unidos se han realizado 5,36 pruebas por caso). En la CAV, según los datos

**De todo ello, además, podríamos deducir que todavía falta mucho para que se retiren las medidas de distanciamiento y se pase a controlar la enfermedad con aislamiento y exploración de contacto**

del 23 de abril, sólo se han realizado 3,9 test por caso [63]; en Navarra, según nuestras estimaciones, el 21 de abril la cifra sería de 2,98; en el Estado español, según los datos del 16 de abril, se realizarían 5,5 test por caso [65,66] y en el Estado francés la cifra el 21 de abril sería de 5,24 según nuestras esti-

maciones.[62,67]

Tanto los gobiernos estatales como autonómicos han asegurado que el número de test realizados en el último mes era superior al de muchos países europeos. Con ello han querido difundir un falso optimismo, ya que la cantidad de test realizados, si no se contex-

tualiza, no dice nada. La clave está en el número de pruebas realizadas por caso. De hecho, es comprensible que en un país en el que la epidemia ha adquirido una dimensión mayor habrá que realizar un número de test mucho mayor. De todo ello, además, podríamos deducir que todavía falta mucho para que se retiren las medidas de distanciamiento y se pase a controlar la enfermedad con aislamiento y exploración de contacto, por un lado porque las cifras que todavía está dejando la pandemia en nuestro territorio son muy altas, y por otro lado, porque el Estado está lejos de realizar los suficientes test y de tener la capacidad de búsqueda de contactos que hay que adquirir para poder hacerlo [60].

Además, cabe destacar que los resultados muestran que tanto Estados Unidos como la mayoría de los estados europeos no han llegado a realizar las pruebas de forma generalizada, evidenciando sus incapacidades sanitarias y económicas. [1]

### **2.3.2. Desarrollo de la estrategia de contención. Diferencias entre el Lejano Oriente y Occidente**

Por lo que respecta a los países que han seguido la estrategia de contención, en países como Singapur, Corea del Sur o China, con la excepción de la provincia de Hubei, han conseguido controlar la epidemia mediante la aplicación de INF básicas y algunas medidas de distanciamiento, sin necesidad de establecer una cuarentena general o estableciéndola sólo durante un corto periodo de tiempo. [41,49,50]. La demostración dada por estos estados ha demostrado que la capacidad de un estado para hacer test es una clave para parar la expansión de la COVID-19 sin tener que aplicar las INF [28,58].

El hecho de que en la provincia de Hubei (al haber sido el centro de la pandemia), Europa y Estados Unidos no se tomaran las medidas básicas tan pronto como se necesitaban, provocó una transmisión descontrolada y creciente. La respuesta ante esta situación ha si-

do muy desigual en estos territorios. En la provincia de Hubei se establecieron de forma rápida y eficaz las INF básicas y se logró controlar la epidemia aplicando medidas de distanciamiento de forma adecuada y rigurosa durante 8-10 semanas, una acción que la Organización Mundial de la Salud consideró ejemplar [1,28,41]. A diferencia de otros países que han llegado a esta situación, China cerró sus centros de trabajo de forma precoz y suspendió su producción, además de llevar a cabo medidas de prevención generales y esfuerzos masivos de diagnóstico de pacientes y rastreo contactos haciendo uso de estrictos programas de control social [1,44]. De este modo ha reforzado su hegemonía humanitaria, científica y económica, y se le ha abierto la posibilidad de prestar asistencia al resto del mundo en todos esos ámbitos. [1]

Las políticas llevadas a cabo por China se han convertido en el criterio a seguir por otros estados para hacer frente a la pandemia. [42]. De hecho, el único método para conocer lo que hay que hacer ante nuevas situaciones como la actual es el retrospectivo, es decir, analizar las medidas que ya han demostrado ser eficaces, por lo que deberían ser el criterio principal para hacer política sanitaria [41,68].

Estados Unidos y Europa, a pesar de seguir la misma estrategia, no han seguido las medidas adoptadas por los principales estados de Asia Oriental y la enfermedad ha adquirido una mayor dimensión en estos territorios. Analizando el caso de Europa, la pandemia ha evolucionado de forma imparable desde que el pasado mes de febrero comenzó a recorrer Italia y las cifras de la provincia de Hubei, que en un principio parecían impresionantes, se han quedado pequeñas en comparación con las que ha dejado la COVID-19 en el sur de Europa. [67]

Europa está sufriendo un duro golpe. La expansión de la COVID-19 ha acentuado la crisis que se ha manifestado en la última década. Más allá del ámbito sanitario, las consecuencias

**Europa está sufriendo un duro golpe. La expansión de la COVID-19 ha acentuado la crisis que se ha manifestado en la última década**

**La posibilidad de que se produzca una aceleración del proceso de decadencia de este bloque político parece, por tanto, probable**

económicas y políticas ya se empiezan a notar y probablemente aumentarán en el futuro de acuerdo con la evolución de la pandemia. La posibilidad de que se produzca una aceleración del proceso de decadencia de este bloque político parece, por tanto, probable. [1]

A pesar de las graves consecuencias económicas que sufrirían los estados con mayor capacidad económica y con posibilidad de comprar deuda, podríamos pensar que mantendrían su posición ante esta primera conmoción. Sin embargo, para los que ya estaban endeudados hasta el cuello, el golpe está siendo especialmente duro, y más allá de una crisis comercial podría llevar a estos estados a una situación que los pondría en grave apuro en todos los ámbitos. De hecho, los estados deudores tendrán que devolver el dinero que les han adelantado al rebajar la crisis sanitaria. Pero para poder devolver, tendrán que subir los impuestos, reducir las prestaciones sociales, recortar gastos en todo el sector público, apli-



# Ante la propagación del SARS-CoV-2, no se han aplicado las medidas preventivas generales o no se han creado las condiciones necesarias para su cumplimiento real

car medidas de austeridad...

## 2.3.3 *Análisis de las medidas adoptadas en los diferentes países del mundo*

A continuación expondremos los datos de diversos estudios que han analizado las medidas para combatir la pandemia adoptadas a lo largo de los países del mundo [69,70]. En estos estudios se han analizado 148 países. En 139 países se ha aplicado el confinamiento (las características y criterios no han sido uniformes) y en 124 de ellos se ha implantado en todo el territorio. En 111 países, según los criterios establecidos por cada estado, se han paralizado los campos de producción que no es esencial y se han cerrado los centros de trabajo. En 138 se han cerrado las escuelas en algún momento. Los países que están haciendo test a asintomáticos son sólo 24 de los 148. +

Podemos decir, por tanto, que gran parte de la población mundial se encuentra o ha estado recientemente en una situación de restricción de sus movimientos y de su actividad. Mientras tanto las INF básicas que deben establecerse antes de llegar a esta situación no se han aplicado en muchos lugares, como es el caso de Occidente (como lo demuestra el hecho de que no se realicen test a contactos asintomáticos o no se aplique el uso de mascarillas en muchos estados). La cuarentena, tanto en forma individual como general, sigue siendo la medida fundamental para detener esta pandemia en Occidente, una solución originaria de la Antigüedad y utilizada desde la Edad Media [45], que sigue siendo la principal medida para combatir las epidemias en el siglo XXI.

## 3. SITUACIÓN DEL ESTADO ESPAÑOL. ANÁLISIS DE LAS MEDIDAS TOMADAS POR EL GOBIERNO Y ALGUNOS APUNTES SOBRE LA SITUACIÓN EN LA QUE VIVIMOS.

### 3.1. *Análisis de las medidas tomadas por el Gobierno de España*

El Estado español es uno de los más golpeados en Europa. Las políticas llevadas a cabo por el Gobierno de ese Estado han recibido críticas notorias por parte de una parte de la comunidad científica [51]. El Gobierno español ha ido por detrás de la pandemia a la hora de tomar medidas y no ha tenido la capacidad de contenerla de forma efectiva. Es evidente que no se han seguido los criterios científicos básicos para la aplicación de las intervenciones no farmacológicas, que tampoco se han seguido las medidas llevadas a cabo en los países del Lejano Oriente, y que el Gobierno ha actuado sin tener en cuenta la evidencia científica existente. Analicemos cuáles han sido las características y razones de las medidas implantadas por el Estado español.

#### 3.1.1. *En el Estado español no se adoptaron las medidas necesarias para controlar la pandemia de manera precoz*

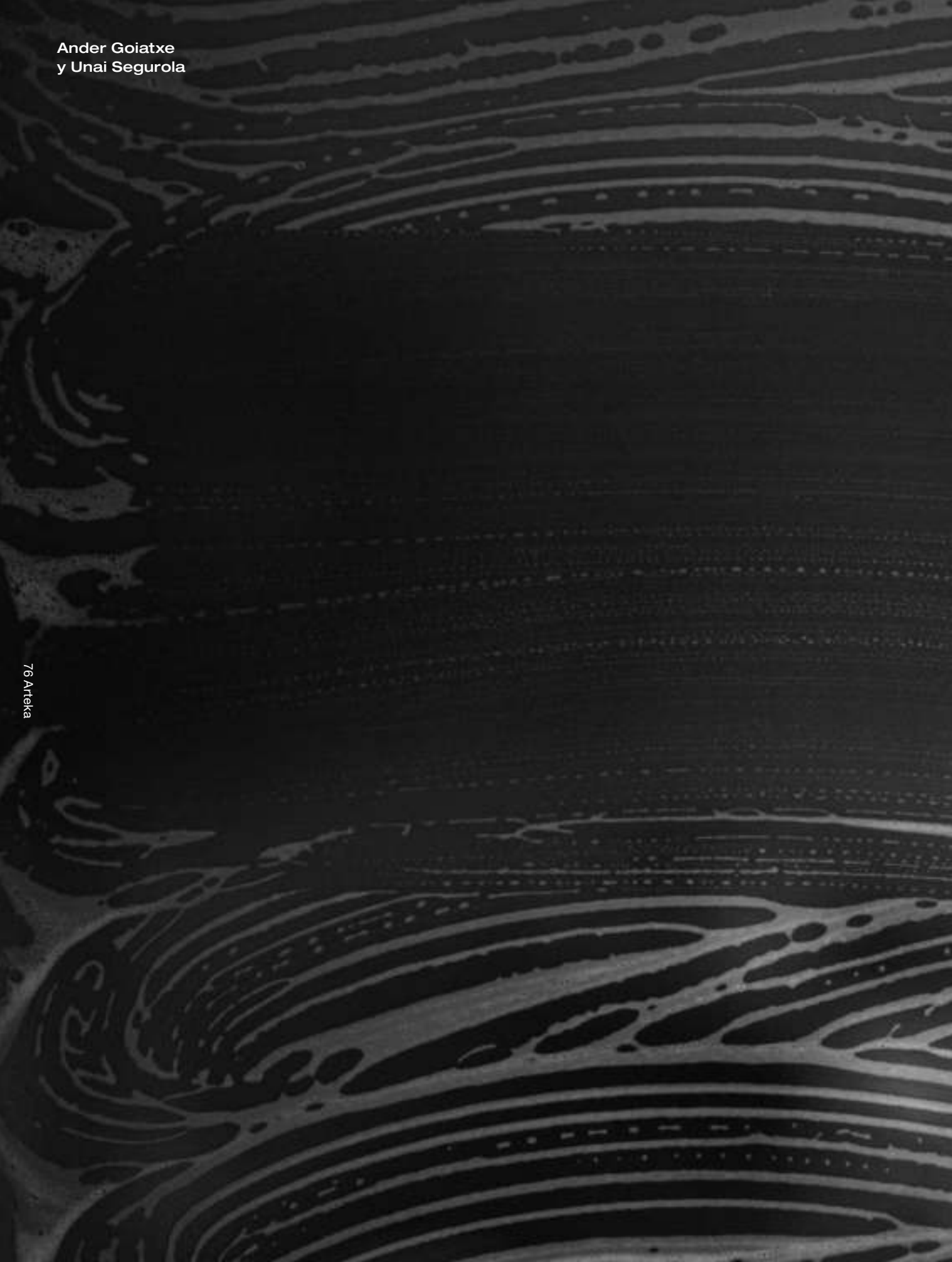
Ante la propagación del SARS-CoV-2, no se han aplicado las medidas preventivas generales o no se han creado las condiciones necesarias para su cumplimiento real. Uno de los principales errores cometidos por el Gobierno español en esta materia es la falta de medidas para el uso generalizado de las mascarillas [23]. Asimismo, el hecho de que no hayan puesto los medios nece-

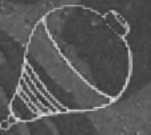
sarios para la difusión de estas medidas preventivas ha impedido su correcto cumplimiento. Porque, aunque se nos diga que nos lavemos las manos o que utilicemos guantes, si no sabemos cuál es la manera adecuada de hacerlo, esas medidas preventivas no se cumplirán correctamente. Una vez más, ha quedado en evidencia que la gestión general de la salud, y dentro de ella, la prevención, no tienen cabida en la concepción capitalista de la salud.

Otra cuestión que se ha gestionado de manera inadecuada ha sido el diagnóstico y aislamiento precoz de los infectados y el rastreo de los contactos. Este rastreo no se ha llevado a cabo de acuerdo ni con la evidencia científica ni con los criterios establecidos por las instituciones internacionales. Ejemplo de ello es que en los protocolos desarrollados por el Gobierno a finales de febrero y hasta mediados de marzo (momento en que se estableció y se comenzó a descontrolar la transmisión local) [67] no se dio en ningún momento la orden de poner en cuarentena individual a los contactos más cercanos ni los de alto riesgo [71]. Tampoco se ha realizado una búsqueda exhaustiva y rigurosa de esos contactos, ya que se limitó únicamente a los contactos de alto riesgo [71], y además se descuidó la transmisión que pudieron haber hecho los enfermos de alto riesgo durante el plazo presintomático [71]. Y todo ello, como ya hemos dicho, cuando ya había evidencia y criterios para hacerlo [21,30,35,41,42,72].

Además, no se adoptaron las medidas necesarias para hacer frente a la epidemia de la COVID-19 antes de la implantación de este primer brote, y se desoyeron las recomendaciones tanto







de la comunidad científica como de organismos internacionales [21,41,73]. Por ello, no ha habido pruebas diagnósticas suficientes para controlar la enfermedad, ni mascarillas, ni equipos de protección personal para los trabajadores que pudieran estar en contacto con el virus, etc. [74]. Por si fuera poco, en muchos lugares del Estado español el sistema sanitario, golpeado por los recortes derivados de la crisis comercial del 2008, ha llegado a colapsar, evidenciando una clara falta de recursos materiales y humanos [74]. Ejemplo de ello es que las personas con enfermedad leve (o que pudieran padecerla, ya que a la mayoría no se le ha realizado ninguna prueba diagnóstica de confirmación de su enfermedad), a falta de recursos sanitarios para su aislamiento, han tenido que cumplir el aislamiento en su domicilio, manteniendo el riesgo de que se produzca una cadena de transmisión doméstica.

Por lo tanto, todo esto demuestra que al no tomar medidas, el Gobierno español no ha actuado en función del criterio sanitario. Como prueba de ello, la falta de todas estas medidas necesarias para combatir la pandemia fue duramente denunciada por algunos miembros de la comunidad científica [68].

Podríamos identificar tres razones principales que han posibilitado esta situación. La primera sería la falta de preparación para hacer frente a una pandemia de este tipo. Los estados de Asia Oriental han tenido la capacidad de reaccionar con mayor rapidez debido a que, al haber vivido situaciones similares, disponían de medios para hacer frente a las epidemias de virus respiratorios. Sin embargo, es eviden-

te que a pesar de no estar previamente preparado, el Estado español tuvo la oportunidad de adquirir test, mascarillas, etc. para hacer frente a la epidemia y preparar el sistema sanitario (contratando personal, reorganizando su estructura, construyendo hospitales...), ya que, advertido por los organismos internacionales y la comunidad científica, era consciente de lo que venía [21,30,41,42,46,75,76]. Por lo tanto, la razón principal que explicaría todo esto sería la imposibilidad económica o la falta de solvencia, puesto que, en una situación de dificultad, el Estado hizo la errónea elección de gastar lo menos posible [77]. Y la última causa sería el colapso de la circulación, que se acentuó sobre todo cuando a mediados de marzo la pandemia comenzó a propagarse y los estados comenzaron a adquirir recursos a la desesperada.

### ***3.1.2. Estado de alarma: tapadera de un verdadero estado de excepción más allá de un simple confinamiento o cuarentena general aplicada a la desesperada***

El Gobierno de España empezó a tomar las primeras medidas de distanciamiento cuando perdió el control sobre la transmisión y los casos empezaron a multiplicarse exponencialmente. En la semana del 9 de marzo, decidió cerrar los centros educativos de las ciudades y provincias en los que había más casos, decisión cuya capacidad de detener la epidemia era limitada. Como hemos expuesto en los apartados anteriores, cuando las medidas se toman de uno en uno, su nivel de efectividad es reducido. Además, ciertos investigadores han declarado que el cierre de escuelas, medida normalmente empleada para ha-

cer frente a epidemias de gripe, tendría baja efectividad contra la COVID-19. A esto hay que añadirle que, como dice el ECDC, poco sentido tiene el cierre de los centros educativos si los lugares de trabajo permanecen abiertos, ya que los mayores tendrían que cuidar de la población infantil y la enfermedad se propagaría a poblaciones de riesgo [30,55].

La siguiente medida fue el confinamiento que se estableció mediante la aplicación del estado de alarma el 15 de marzo. El Gobierno pasó bruscamente de tomar unas pocas medidas de distanciamiento de segundo grado en contados territorios a establecer una orden de distanciamiento de tercer grado en todo el estado, a saber, la cuarentena general. Analicemos algunos elementos del confinamiento o la cuarentena general derivada del estado de alarma.

Para empezar, es evidente que la reacción del Gobierno de España en cuanto a las INF y a la toma de medidas de distanciamiento fue tardía. Viendo que los casos de la enfermedad se multiplicaron exponencialmente en todo el territorio estatal, se vio obligado a adoptar a la desesperada medidas de distanciamiento. El Gobierno no cumplió con la hoja de ruta y los criterios más básicos establecidos en febrero tanto por la comunidad científica como los organismos internacionales [21,41]. Además, no se tomó ninguna medida de contención en las zonas y territorios donde la transmisión de la epidemia era elevada, por lo que se permitió que la enfermedad se difundiera sin control a través de todo el territorio.

Aún más, no se cumplió con los criterios que se recomiendan para la toma de medidas de distanciamiento, puesto que se procedió a aplicar la cuarentena

**No se cumplió con los criterios que se recomiendan para la toma de medidas de distanciamiento, puesto que se procedió a aplicar la cuarentena general omitiendo una medida básica de segundo grado: la paralización de la producción no esencial y el cierre de los centros de trabajo**





general omitiendo una medida básica de segundo grado, la cual se considera como una de las medidas fundamentales para detener la transmisión del SARS-CoV-2 [58,68]: la paralización de la producción no esencial y el cierre de los centros de trabajo. El Gobierno, ante su incapacidad de lidiar con las consecuencias acarreadas por esta medida, aplicó todas las medidas posibles para evitar tomar decisiones que paralizaran la producción. No obstante, los antecedentes de China y la evidencia científica confirman la importancia de paralizar la producción para contener la difusión descontrolada y severa de la COVID-19. También apuntan en esta dirección los datos del Estado español. A falta de soluciones para hacer frente a la situación, el Gobierno se decidió a paralizar la producción a partir del 30 de marzo. Una semana después de la última jornada laboral general (sábado, 28 de marzo) [4], a partir del 4 de abril y sobre todo a partir del 5, se observa una tendencia obvia a la disminución en lo que respecta a los nuevos casos confirmados [65]. Esta tendencia se mantuvo aún realizando un mayor número de test. Respecto a los fallecimientos, al cabo de dos semanas de tomar la medida, no se pudo observar ninguna tendencia clara [65]. Aun así, hemos de tener en cuenta que la edad de las personas más propensas a fallecer de coronavirus supera los 70 años y que harían falta unas tres, cuatro o más semanas para apreciar la influencia del cierre de los lugares de trabajo sobre ellas; en efecto, estas se contagiarían mediante personas que acuden al trabajo. Por lo tanto, sería difícil precisar el efecto de esta medida sobre el número de fallecimientos.

Asimismo, es conveniente examinar la cuarentena general establecida con el estado de alarma. Las medidas adoptadas por el Gobierno de España no se limitan a restricciones del movimiento y actividad de las personas asintomáticas. Como hemos mencionado antes, la aplicación de la cuarentena no trae consigo de facto la suspensión de los

derechos y libertades fundamentales. Entonces, ¿por qué nos vemos sometidos a una suspensión de estos?

Numerosos juristas critican que el estado de alarma no ofrece bases jurídicas para suspender los derechos fundamentales (para ello haría falta decretar el estado de excepción), ni tampoco para la intervención militar y la atribución a las fuerzas armadas del carácter de autoridades públicas [78]. Valiéndose del artículo 36.6 de la Ley Mordaza que contempla «la desobediencia o resistencia a la autoridad o a sus agentes», las fuerzas armadas pueden poner multas de entre 600 y 30.000 euros con base en sus propios criterios. Sin embargo, no parece que las sanciones tengan como fin evitar situaciones que carezcan de garantías suficientes para evitar la transmisión de la enfermedad, sino evitar cualquier tipo de movimiento. Justamente, es este el factor común entre los estados jurídicos de excepción (estado de alarma, excepción y sitio): la suspensión del derecho a la circulación y, por ende, de la libertad de movimiento [77]. De esta manera, estos estados provocan la suspensión de los derechos políticos fundamentales (derechos de reunión, de asociación y de manifestación, entre otros) que requieren de la libertad de movimiento, haciendo aparecer el carácter político de estas medidas, es decir, que son dictaduras políticas directas empleadas como mecanismos para el control social de la clase obrera [77].

Mientras disponga de la capacidad necesaria, la burguesía emplea la paz social para asegurar el control social sobre el proletariado. Realiza una concesión económica al proletariado que se traduce en derechos civiles, políticos y sociales, mediante el que se establece un estado de normalidad jurídica [77]. Con una metáfora, diremos que la burguesía agranda el trozo del pastel correspondiente al proletariado para así proteger su pedazo mucho más grande. Pero cuando disminuye su capacidad económica, la burguesía hace saltar por los aires el ordenamiento ju-

## **La burguesía, impulsada por las incapacidades económicas aumentadas por la pandemia y respaldándose en la cuarentena y los criterios sanitarios, ha suspendido los derechos fundamentales y las libertades políticas**

rídico, se suspenden los derechos s, y establece una dictadura directa frente al proletariado [77].

Es esta la situación que vivimos en el Estado español. La burguesía, impulsada por las incapacidades económicas aumentadas por la pandemia y respaldándose en la cuarentena y los criterios sanitarios, ha suspendido los derechos fundamentales y las libertades políticas. En esta situación, las recomendaciones sobre los derechos en la cuarentena y los criterios marcados por los organismos internacionales como la ECDC o la OMS quedan anulados, así como los principios y artículos recogidos por el Reglamento Sanitario Internacional [55,57,79]. También cabe destacar, como ya se ha explicado en el apartado 2.2.2, que las medidas y tecnologías de control social que se están implementando bajo el pretexto de la búsqueda de contactos, además de vulnerar las libertades fundamentales del proletariado, garantizan la eficacia de esta dictadura política, como ocurre,



por ejemplo, con la geolocalización general de la población mediante los teléfonos móviles [54].

Sin embargo, en otros estados de Europa (sobre todo en aquellos con mayor fuerza económica) se han mantenido algunos derechos, al menos en cierta medida. Por ejemplo, en muchos estados existen más posibilidades de salir a la calle para hacer deporte o respirar por razones de salud en general, y no solo en caso de enfermedades concretas; se permite la salida de la población infantil; aquellas personas que conviven en la misma vivienda pueden salir juntas... En otros estados, siguen en vigor algunas libertades políticas, como ha ocurrido en Alemania con el derecho a la manifestación [54]. También, es llamativo que en esos estados las sanciones impuestas por no cumplir las medidas impuestas son menores.

### **3.1.3. Reducción apresurada de las medidas de distanciamiento. La reactivación de la producción.**

El pasado día 13 de abril, el Gobierno de España inició la reducción de las medidas de distanciamiento con la suspensión del orden de paralizar la producción en los sectores no esenciales. Una vez más, tomaron la decisión obviando la evidencia y las recomendaciones científicas [58] y con parte de la comunidad científica en su contra. Siendo las cosas así, el español ha sido el primer Estado en restablecer la producción sin haber controlado el brote inicial de esta pandemia, enfrentándose, por lo tanto, al riesgo del aumento de casos. No hay más que ver las cifras que haba en otros países cuando se abrieron los centros de trabajo [44]. Por lo tanto, muchos países que han estado en la misma situación que España, como Italia, han sido partidarios de postergar esa reapertura. En España, en vísperas de la reactivación de la producción (día 12 de abril), se notificaron 4167 nuevos casos y 619 defunciones [65], muy lejos de los datos de China, donde en la provincia de Hubei, el primer día tras la eliminación de esta me-

didada de distanciamiento se notificaron únicamente 15. Otro dato más: ese día el valor del parámetro  $R_t$  en España era del 0,82, del 0,89 en la CAV, y del 0,92 en Nafarroa [81]. Los valores cercanos al 1 demuestran que la transmisión se contenía por poco, y que por eso, no había suficientes garantías para iniciar la reducción. En China, al inicio de la desescalada, los valores del parámetro  $R_t$ , en general, no eran superiores a 0,5 [44]. Recordemos que la diferencia entre las dos cifras es mayor de la aparente, puesto que el parámetro  $R_0$  no sigue una función lineal, sino exponencial.

El ECDC, centro de referencia en estos asuntos sanitarios en Europa, pu-

**De todo lo expuesto podemos deducir que el principal criterio que ha seguido el Gobierno español a la hora de adoptar medidas de política sanitaria ha sido el criterio económico**

blicó el 8 de abril un informe en el que advertía de que era demasiado pronto para empezar a quitar las medidas de distanciamiento en los estados de Europa, ya que eso provocaría un rápido aumento en la transmisión del virus [4]. A eso le añadió que, al mantener las medidas, el riesgo del aumento de transmisión era moderado, pero que si al contrario, no se aplicaran las medidas necesarias, este riesgo pasaba a ser muy alto [4].

Y mientras tanto, incapacitado por el colapso internacional de la esfera de circulación, el estado seguía sin poder adquirir test y mascarillas. El Gobierno inició la escalada en esta situación:



## El Gobierno ha actuado primando los intereses económicos de la alta burguesía estatal

Una vez garantizados dichos intereses, el Gobierno se ha dedicado a paliar las consecuencias sanitarias que ha acarreado el no haber tomado las medidas sanitarias necesarias para la contención precoz de la COVID-19. Hay que tener en cuenta, además de las causadas directamente por la COVID-19, el resto de secuelas sanitarias provocadas por la inatención debido al colapso del sistema sanitario a lo largo de los meses y los daños que una larga cuarentena puede causar en la salud mental [83], en la salud física, etc. Todo esto ha hecho que los trabajadores, y sobre todo el proletariado, se vean sin ningún tipo de recursos frente a la COVID-19. De hecho, no olvidemos que el sector más afectado por esta enfermedad es aquel que se encontraba con anterioridad en una peor situación de salud, aquel sector al que le habían sido arrebatados todos los medios para gestionar su salud: el proletariado. Y también tendrá que sufrir las consecuencias indirectas (económicas, entre otras) de todo esto.

Esta situación demuestra la importancia que la implantación de la dictadura política tiene para la burguesía estatal. A pesar de que en España se ha llevado a cabo mediante el estado de alarma, en el mundo esta dictadura política se ha instaurado de muchas maneras. No hay más que ver el

reabriendo los centros de trabajo y sin aplicar las INF necesarias para controlar la epidemia.

### **3.1.4. Algunas conclusiones sobre la política llevada a cabo por el Gobierno español**

De todo lo expuesto podemos deducir que el principal criterio que ha seguido el Gobierno español a la hora de adoptar medidas de política sanitaria ha sido el criterio económico. El hecho de que se descartara la opción de adquirir los recursos necesarios antes de que llegara la pandemia, de que no se haya paralizado la producción una vez establecidas las medidas de distancia-

miento y de que, habiendo incluso tomado esta decisión, se hayan reabierto los centros de trabajo prematuramente sin ninguna garantía, refuerza esta tesis. Además, las políticas diseñadas a la hora de gestionar las consecuencias de este contexto en el que vivimos han puesto de manifiesto que el Gobierno ha actuado primando los intereses económicos de la alta burguesía estatal. Así lo indican tanto las decisiones o medidas adoptadas, como el «Plan de choque social» de Sánchez, [65] como todas aquellas que no han tomado. Y por si fuera poco, para blindar todo esto, han establecido una dictadura política directa sobre el proletariado.

## Al mismo tiempo, se abre la posibilidad de que el proletariado, motivado por un deterioro aún mayor de su cruda situación, empiece a actuar de forma independiente al margen de la clase media y de su proyecto político, la socialdemocracia

ejemplo de Chile, donde el gobierno ha impuesto el «toque de queda» de 10 de la noche a 5 de la mañana. Son las condiciones materiales los que determinan principalmente nuestras necesidades, nuestras preocupaciones, incluso nuestra conciencia misma. Por lo tanto, a medida que empeore la situación que vivimos, la enfermedad dejará de ser la principal preocupación del proletariado, aunque para muchos no lo haya sido nunca. Sus principales preocupaciones estarán ligadas a la imposibilidad de pagar la hipoteca, la luz o la comida, a contemplar el oscuro futuro que se cierne sobre ellos tras haber sido despedidos, a la insuficiencia de ingresos, al riesgo de quiebra de un negocio que ha salido adelante como consecuencia de años de trabajo... Será preciso entonces para el estado mantener a los militares en las calles. Esta situación es aún más evidente en muchos países de la periferia imperialista. Es de suponer que entre las principales preocupaciones que tiene la clase trabajadora de dichos países no se encuentra la enfermedad, sino estas otras: conseguir comida para el día siguiente, no ser alcanzado por una bala en aquellos territorios condenados a padecer la guerra imperialista, no morir en aguas del Mediterráneo tras caer en manos de traficantes de personas, no contraer otras enfermedades curables más graves para los que existen tratamientos y métodos preventivos desde hace muchos años y aun así siguen golpeando a estos países...

### 3.2. El contexto que ha dejado todo esto: la apertura de la oportunidad revolucionaria

Por ahora, la clase media se está en-

cargando directamente de mantener la confianza hacia el gobierno y garantizar el cumplimiento de las medidas impuestas, llegando incluso a realizar labores de chivato si fuera necesario. Sin embargo, su estatus económico y social está empezando a quebrarse y el cambio en las condiciones materiales de este sector también conllevará un cambio en el papel político que ha desempeñado hasta ahora. Entre otras cosas, muchas pymes están inmersos en un oscuro túnel sin final y si la situación empeora todavía más, habrá que ver si el estado puede mantener los salarios actuales de los funcionarios. Por lo tanto, en los próximos años se podría producir una posible aceleración del fenómeno de descomposición que vive la clase media.

En este sentido, destaca la situación de incapacidad que vive la socialdemocracia. Al ser totalmente dependiente de las concesiones de la burguesía, la incapacidad de cumplir su programa cuando esta cierra el grifo en tiempos de crisis, hace que entre en decadencia. La expansión de la pandemia le ha asestado otro duro golpe a este proyecto político que estaba ya en declive desde la crisis comercial de 2008. Por un lado, se han puesto de manifiesto las limitaciones que la dependencia de la burguesía impone a su programa. Por otro lado, el proceso de «proletarización» que se está dando en las últimas décadas y que parece que se acelerará en los próximos años [85], ha provocado la descomposición de su base social, la clase media. Al mismo tiempo, se abre la posibilidad de que el proletariado, motivado por un deterioro aún mayor de su cruda situación, empiece a actuar de forma independiente al mar-

gen de la clase media y de su proyecto político, la socialdemocracia.

A falta de una posible hoja de ruta para cumplir con las promesas (reparto de la riqueza, mejora de las condiciones materiales de los trabajadores, establecimiento de rentas universales...) que la socialdemocracia ha tenido en el programa durante décadas y que no ha podido alcanzar ni en los mejores tiempos, su acción se ha limitado a proponer desesperadamente pactos sociales con la burguesía, sea en el propio estado o en las Comunidades Autónomas dependientes del estado en el caso de los autonomistas. Puede ocurrir que los agentes más radicales de la socialdemocracia se limiten a negar estos pactos y a criticar a otros agentes más moderados, profundizando aún más en las lagunas estratégicas y la imposibilidad de cumplir su programa. En efecto, algunos han querido ocultar esta imposibilidad en la falsa dicotomía *vida vs. capital*. Al fin y al cabo, cuando la vida pasa por pactar con la burguesía y esperar sus concesiones, o cuando a falta de otro camino posible se refuta esa premisa, esa dicotomía desaparece, y más todavía en situaciones de crisis como la actual.

Es el momento de que el proletariado empiece a ejercer su independencia política. Esta es la forma de materializar la oportunidad revolucionaria que la situación actual nos ofrece. Se le abren dos grandes posibilidades al proletariado: sufrir un empobrecimiento progresivo de sus condiciones materiales siguiendo a merced del capital y sus aparatos o arrancar a la burguesía los medios para gestionar sus necesidades y, de ese modo, comenzar a ejercer una independencia política que permi-



**Por lo tanto, la opción más probable sería que el virus permanezca entre nosotros durante algún tiempo [38,86]. Los investigadores estiman que en el futuro viviremos brotes de COVID-19, probablemente hasta alcanzar la inmunidad colectiva a través de la vacuna**

**Si se sigue la estrategia de contención para controlar la enfermedad, sería necesario que las medidas de distanciamiento estuvieran vigentes en 2/3 del tiempo hasta que se consiga la vacuna**

ta construir un poder independiente en el futuro. Probablemente ambos caminos tendrán duras consecuencias, pero mientras que el primero nos condena a la barbarie, el segundo nos abre las puertas a un futuro posible.

#### **4. POSIBLES ESCENARIOS DE CARA A LOS PRÓXIMOS AÑOS**

En la última parte del texto trataremos la evolución de la COVID-19 de cara a los próximos meses y años y los escenarios que se pueden abrir. Queríamos mencionar, antes de empezar, que las opciones que vamos a presentar son las que maneja actualmente la comunidad científica sanitaria, y, ya que las estimaciones hechas hoy por hoy son muy pocas, pueden ser erróneas. Además, sólo tienen en cuenta la perspectiva sanitaria, dejando de lado la influencia que otros factores (económicos, sociales...) pueden tener en estas previsiones. Por lo tanto, no son previsiones concretas, pero permiten

hacerse una idea de lo que viene.

- **1º escenario:** la erradicación del virus. Este escenario sería el mejor de todos, pero los investigadores ven muy pocas posibilidades de que esto suceda, u otros ni siquiera lo plantean como una opción [38,86]. Si se consiguiera que la pandemia se contuviera en todos los países del mundo, se eliminaría la transmisión humana y el virus se erradicaría para julio-agosto [86], como ocurrió en 2003 con el virus SARS. El problema es que en la periferia imperialista, que esta vez ha golpeado el virus, no hay medios para seguir la estrategia de contención y en muchos estados no se han tomado medidas suficientes para controlar la epidemia. Por ello, en los próximos años se producirán nuevos brotes del virus [40], tanto por el restablecimiento de cadenas de transmisión que permanecen en la comunidad sin controlar al relajarse las medidas de distanciamiento [56], como por la importación de casos infectados de países endémicos.

- **Que el virus pase a ser endémico.** Por lo tanto, la opción más probable sería que el virus permanezca entre nosotros durante algún tiempo [38,86]. Los investigadores estiman que en el futuro viviremos brotes de COVID-19, probablemente hasta alcanzar la inmunidad colectiva a través de la vacuna. Eso significaría que en los próximos años sufriríamos apariciones como la actual. La prolongación, regularidad o carácter estacional de estos brotes dependerá de varios factores, entre ellos la duración de la inmunidad (ver apartado 1.4.1), influencia de la temperatura (ver apartado 1.5.2), la correcta contención de un brote y la obtención o no del control de la transmisión... La información y es-

timaciones sobre la inmunidad grupal y la vacuna se recogen en el apartado 1.4.3.

- **2º escenario:** Viviríamos epidemias de la COVID-19 en otoño, invierno y primavera, es decir, a partir de noviembre, con un carácter estacional similar al de la gripe. Parece que este puede ser el escenario más probable tanto en los primeros años de la pandemia (en el invierno siguiente probablemente) como si la inmunidad desarrollada a través de la enfermedad fuera limitada. [38,86] Sin embargo, partiendo de lo poco que sabemos sobre la enfermedad en la actualidad, una opción en caso de obtener tratamientos adecuados que reduzcan la gravedad de la enfermedad y una vacuna para proteger a la población de riesgo, sería seguir una estrategia de mitigación en los estados del centro imperialista. No obstante, parece que tardará un par de años en llegar a esta situación.

- **3º escenario [38]:** Si la contención es inadecuada, y si la temperatura no influye en el virus, mientras que se desarrolle la inmunidad de grupo, viviríamos brotes repetidos de COVID-19 en cualquier momento del año.

- **4º escenario [38]:** Si el SARS-Cov-2 ofreciera unos años de inmunidad sería posible que después de algunos brotes (2-3) (o incluso con el que vivimos, si tiene una dimensión mucho mayor de la esperada) fuera reduciéndose e incluso que desapareciera.

- **5º escenario [38]:** Si se adoptan medidas de contención eficaces y se controlan los brotes con rapidez y antes de que adquieran una gran dimensión, sería posible que el brote no continuara su frecuencia anual y se manifestara



de forma irregular (por ejemplo, cada dos años). De esta forma se retrasaría el próximo brote, permitiendo que los países estén más preparados para lo que venga (habría tratamientos eficaces, recursos sanitarios suficientes...).

Según las estimaciones de varios investigadores, si se sigue la estrategia de contención para controlar la enfermedad, sería necesario que las medidas de distanciamiento estuvieran vigentes en 2/3 del tiempo hasta que se consiga la vacuna [30]. Además, hay que destacar que cuanto más efectiva sea la contención de la enfermedad a través de las INF, al conseguirse una menor inmunidad grupal, mayor será el próximo brote, ya que la transmisión de la enfermedad será más fácil [30].

Por lo tanto, todo ello exigirá la elaboración de una política sanitaria dinámica en los próximos años. Teniendo de base las medidas preventivas generales, la detección precoz de enfermos y contactos y el cumplimiento riguroso y efectivo del aislamiento, en función de la evolución de la epidemia sufriríamos restablecimientos y moderaciones de las medidas de distanciamiento [44]. Podríamos deducir que la no adopción de estas medidas básicas supondría soportar con mayor frecuencia brotes mayores. Y teniendo en cuenta las incapacidades y limitaciones que provocaría la crisis económica inminente, podríamos pensar que habría posibilidades evidentes de que se pierda el control y se produzca un agravamiento de los brotes.

Esperamos que el texto os sirva de ayuda.

¡Ánimo y un fuerte abrazo!

## 5. BIBLIOGRAFIA

- 1- Goiatxe A. COVID-19aren hedapenak sortu duen egoeraren inguruko hainbat gako. Gedar Langile Kazeta. Asteazkena 2020ko Martxoaren 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.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/20200404\\_ITCoronavirus.pdf](https://www.mscbs.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](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*. Fryday 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](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: <https://www.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](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, GradYH, 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 Marshal 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-contract-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>

**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-** Rteve.es. ¿Cuántos test de coronavirus se realizan en el mundo? Rteve.es. Sábado 18 de Abril de 2020; Coronavirus. Disponible en: <https://www.rteve.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](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](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/](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: <https://www.ocey.net/archivos/noticia/1211-3-protocolo-de-actuacion-frente-a-casos-de-infeccion-por-el-nuevo-coronavirus.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-increase-transmission-globally-COVID-19.pdf>

**77** Mendiñeta H. Arautze proletarioa Zuzenbide burgesaren aurka. Gedar Langile Kazeta. 2020 Mar 29. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/kolaborazioak/hodei-mendiñeta/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-(R<sub>0</sub>)-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-** Mendiñeta H. 'Pauper ante festum'-a alarma egoeraren aurrean. Gedar Langile Kazeta. 2020 Mar 21. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/kolaborazioak/hodei-mendiñeta/pauper-ante-festum-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. Proletariatoren jaiotzak. Gedar Langile Kazeta. 2020ko martxoaren 29a igandea; Editoriala. Hemen eskuragarri: <https://gedar.eus/editoriala/proletariatoren-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](https://www.youtube.com/watch?v=xafPqcy3lwk&feature=emb_logo)



Publicado  
**EN MAYO DE 2020**  
**EN EUSKAL HERRIA**

Coordinación y Redacción  
**GEDAR LANGILE KAZETA**

Colaboraciones en imagen  
**ENTRE OTRAS, ZMTK, AITOR ARROYO,**  
**GAXIGAX, KXK1319 E ITZIAR**  
MUCHAS GRACIAS

Web  
**GEDAR.EUS**

Redes Sociales  
TWITTER **@ARTEKA\_GEDAR**  
INSTAGRAM **@ARTEKA\_GEDAR**  
FACEBOOK **@ARTEKAGEDAR**

Contacto  
**HARREMANAK@GEDAR.EUS**

Suscripción  
**GEDAR.EUS/HARPIDETZA**

Depósito legal  
**GR 1731-2019**

Licencia







Oroimona,  
askatasun politikoak  
eta langile antolakuntza

Maiatzak 1  
Langileriaren  
nazioarteko eguna





arteka

