

Reaģējot uz SARS-CoV-2 vīrusa izplatību, martā dažu dienu laikā Eiropas valstis aizvēra savas robežas ne tikai pārējai pasaulei, bet arī cita citai. Pēkšņi visi solījumi par Eiropas solidaritāti bija ieslaucīti renstelē un katrs glābās, kā var, – ne vienmēr racionāli un pamatoti. Repatrianti beidzot izslēdza lidostā gaismu, un visa pasaule attapās jaunā biosociālā realitātē. Kopš tā laika dažādi pārvietošanās un pulcēšanās ierobežojumi ir kļuvuši par ikdienu lielākajā daļā pasaules valstu, taču ar slimību Covid-19 smagāk skartās valstis ieviesa līdz šim vēl nepieredzētus pasākumus, noraujot stopkrānu kustības, pulcēšanās un sociālajai brīvībai pilsētās, reģionos vai pat valstī kopumā, bet dažas, piemēram, Ungārija un Polija, šo krīzi saredzēja arī kā iespēju ierobežot vārda brīvību un demokrātiju un tā vietā stiprināt autoritārismu. „Tā bija vienīgā iespēja” – bieži var dzirdēt par lēmumiem ieviest vispārēju izolāciju jeb ārliegumu (angļu val. *lockdown*). Daļa iedzīvotāju tam piekrīt. Piemēram, Lielbritānijas iedzīvotāji nesēnā aptaujā aizvien pārliecinoši uzskata, ka Lielbritāniju „vērt vaļā” ir stipri par agru.¹ Un, visticamāk, lai ierobežotu tieši koronavīrusa izplatību šajos apstākļos, tā ir bijusi epidemioloģiski *pareiza* rīcība – kā gan citādi varēja nosargāt cilvēku dzīvības, kad plosās neredzama, lipīga, maz zināma un daudziem nāvējoša sērga, pret kuru nav iedarbīgu vakcīnu vai medikamentu?

Ierobežojumi, ko valdības visā pasaulē ir pieņēmušas vīrusa SARS-CoV-2 ierobežošanai, ir ne vien masīvi, bet līdz šim nepieredzēti. Un, lai arī ir 21. gadsimts, pielietotās metodes ir kā no medicīnas vēstures grāmatām, ar to saprotot gan labu, gan sliktu. No vienas puses, zināms, ka fiziskā distancēšanās ir ļoti būtiska, lai samazinātu vai pārrautu vīrusa izplatības ķēdi. Tieši tāpēc valstis, tostarp Latvija, ir ieviesušas dažādus pulcēšanās un pārvietošanās ierobežojumus, piemēram, prasību ievērot distanci. No otras puses, ja netiek veikta efektīva un ātra testēšana, daudz tālāk par pāris gadsimtu senām metodēm tikt nevar, jo arī epidemioloģiskā modelēšana netiek veikta ar reāldatiem, tādējādi ar mediju starpniecību radot vai nu nevajadzīgu paniku, vai viltus sajūtu, ka mēs visi zinām, kas notiek, lai gan patiesībā zinām gaužām maz.² Pasaulē kopumā katastrofiski novēlotais solis bija un aizvien ir testēšana, ar ko Latvija pagaidām tikusi galā labi. Formula „testēt – atrast – izolēt” it kā ir vienkārša: jo vairāk testē, jo efektīvāk var atrast inficētos cilvēkus un viņu kontaktpersonas, jo efektīvāk un laicīgāk var viņus izolēt un nodrošināt nepieciešamo aprūpi. Formulas mazāk redzamā puse ir testēšanas simboliskā vara.³ Savlaicīga un pieejama testēšana neredzamu biedu – vīrusu – padara tveramu un tādējādi var pozitīvi ietekmēt iedzīvotāju līdzestību sabiedrības veselībā (testēšanai ir spēks mītiskus skaitļus pārvērst reālos cilvēkstāstos), kā arī dod drošības sajūtu par veselības aprūpi (ja ar mani kaut kas notiek, es varu paļauties, ka par mani parūpēsies). Un galu galā, ja vīrusa izplatība tiešām ir salīdzinoši zema, tas viltus drošības vietā rada taustāmu drošību un ļauj pēc iespējas ātrāk atgriezties pie *dzīvošanas* šī vārda vispilnīgākajā nozīmē. Taču, ja netiek veikta laicīga un efektīva testēšana, ieviestie ierobežojumi ir ar laiku degļi, kas agrāk vai vēlāk veicina visai pamatotus protestus un padara stingros ierobežojumus, jo sevišķi vispārēju izolāciju jeb ārliegumu, par nepamatotu biopolitisku pasākumu. Līdz ar to ārliegums, kāds tika ieviests, piemēram, Itālijā, Lielbritānijā, Indijā un lielā daļā ASV, atspoguļo nevis izmisuma pilnu uz cilvēku aizsardzību vērstu humanitāru soli, bet gan nespēju sargāties krīzes apstākļos. Proti, ārliegumam bez plašas testēšanas nav jēgas, šim „nopirktajam” laikam vajadzēja kalpot, lai uzdzītu iekavēto testēšanu ar nosacījumu, ka šajā laikā iedzīvotāji tiek maksimāli finansiāli atbalstīti. Ārliegumi glābj dzīvības, bet ārliegumi arī nogalina. Dažas nāves kļūst politiski redzamas un nozīmīgas, kamēr citas savu redzamību zaudē.

Lai arī pandēmijas laikā veiktie ierobežojumi nav jāpretnostata ekonomikas bremsēšanai, nevajadzētu arī izlikties, ka saistības starp tiem nepastāv. Proti, ekonomiku bremsē gan pieņemtie ierobežojumi, gan cilvēku uzvedības maiņa, saskaroties ar neredzamu draudu. Ja vīrusa izplatību ar fizisko distancēšanos neierobežotu vispār un cilvēki slimotu un mirtu vēl vairāk, arī tad ekonomika pamatīgi ciestu. Turklāt tas radītu arī smagas psiholoģiskas sekas un pat globāla mēroga sēras. Šie divi aspekti arī ieskicē atbildi uz jautājumu „Kad šīs viss beigsies?”. *Šīs viss* beigsies nevis tad, kad būs sasnieguši stabili zemu mirstību (lai cik briesmīgi tas arī izklausītos) no Covid-19 vai kad būs nodrošināta vakcīna vai zāles. *Šīs viss* beigsies, kad cilvēki jutīsies gana droši atgriezties *ierastās* ikdienas gaitās jeb, pareizāk sakot, radīt *jauno normālo* ikdienu, kas nav samērojama ar vairāku gadu ilgu fizisku un sociālu distancēšanos. Taču, lai cilvēki spētu atgriezties vai veidot jauno normālo, tiem vajag iespēju un starta kapitālu (veselība, jumts virs galvas, ēdiens, ienākumi u. c.), un tieši to apdraud nepārdomāti ārliegumi kādu, piemēram, dažu stundu laikā piemēroja Indija, un to izraisītā ekonomiska dīkstāve. Skaidrs ir viens: gan vīrusa neierobežošana, gan ierobežošana vienmēr vissmagāk skar visneaizsargātākos.

Protams, šāda izmēra pandēmija uzliek slogu pat vislabāk finansiāli nodrošinātajām veselības aprūpes sistēmām. Taču skaidrs arī, ka jo ilgstošāk tiek badināta veselības aprūpes sistēma, jo lielāks slogs uz to gulstas epidēmiju un pandēmiju apstākļos.⁴ Covid-19 īpaši ietekmē vecāka gadagājuma cilvēkus, kuriem ierasti ir vairākas blakus slimības, kā arī hronisku slimību pacientus. Jo valstī ir labāka un pieejamāka primārās veselības aprūpes sistēma, jo labāka ir hronisko slimību pārvaldīšanas iespēja pat populācijās ar augstu hronisko slimību skaitu un tiek mazāk noslogota neatliekamā veselības aprūpes sistēma gan ikdienā, gan krīzes apstākļos. Tādēļ pamatoti ir

satraukumi, ko šāda vīrusa izplatība nozīmē ekonomiski novārdzinātās teritorijās ar kritiski zemu medicīnas personāla skaitu, ikdienas apstākļos grūti pieejamu un, visticamāk, finansiāli un resursu ziņā noplicinātu primāro veselības aprūpi un kopumā novārdzinātu populāciju. Ja aktuāls ir kaut viens no šiem aspektiem, krīze jau sit pa kabatu daudz vairāk. Kā piemēru var minēt Detroitu ASV – pilsētu, kas pamazām sāk kārpīties laukā no bankrota, pilsētu, kurā ir augsts hronisko slimību skaits, kas saistāms ar ilgstošu strukturālo rasismu un nabadzību. Šis piemērs rāda, ka arī it kā turīgas „attīstītās” valstis netiek galā, ja ir hroniski badināta vai nepieejama veselības aprūpe un dziļas nevienlīdzības „kabatas”. Tādējādi ne vien nabadzība, bet arī makrolīmeņa veselības aprūpes neefektivitāte ir nozīmīgs faktors daudzu ielaistu, lai arī ārstējamu slimību slogā, nemaz nerunājot par papildu noslodzi krīzes laikā.⁵ Turklāt, jo nedrošāka ir ikdienas situācija, jo vairāk ķermenis un veselība kalpo kā prece: sociāli un ekonomiski ierobežotos apstākļos cilvēki ir gatavi daudz vairāk riskēt ar savu veselību apmaiņā pret darbu un ienākumiem.⁶ Taču kas notiek apstākļos, kad visneaizsargātākie, kuru veselība ilgstoši ir tikusi mainīta pret iespēju (iz)dzīvot, paliek bez ienākumiem?

No vienas puses, gribētos lepni teikt, ka šī brīža globālā pieeja pandēmijas ierobežošanā ir balstīta humanitārisma idejās, – mēs rūpējamies par to, lai glābtu pēc iespējas vairāk dzīvību tā vietā, lai sildītu ekonomiku. Taču arī ekonomika un pārvietošanās brīvība ir ne vien dzīve, bet dzīvība. Tāpēc arvien vairāk izskatās, ka arī šajā reizē izdzīvošanas politika kļūst par elites politiku.⁷ Vairākās valstīs ārliedzumu dēļ tuberkulozes slimnieki netiek pie diagnostikas un nepieciešamajiem medikamentiem un tiek prognozēts ar tuberkulozi slimojošo un mirušo pieaugums,⁸ savukārt no dienas uz dienu pelnošie lielo pilsētu viesstrādnieki ir palikuši bez ienākumiem un atceltā sabiedriskā transporta dēļ ir spiesti doties uz saviem simtiem kilometru attāliem ciematiem kājām.⁹ Tik vienkārša darbība kā iešana un pārvietošanās ir kļuvusi izteikti politiska, izvēršot jaunas diskusijas par (ne)pilsonību un (ne)piederību.¹⁰ Turklāt bez ātras testēšanas no durvīm uz durvīm graustu un citos nabadzīgos rajonos ar šaurām dzīves telpām un kopīgām virtuvēm un tualetēm cilvēki vispārējās izolācijas laikā ir vēl vairāk pakļauti inficēšanās riskam.¹¹ Un pat turīgajā Katarā imigranti ir palikuši bez ienākumiem un ir spiesti ubagot,¹² bet skaidrības, kas šādos apstākļos notiek un tuvākajā nākotnē notiks ar bēgļiem bēgļu nometnēs, vispār nav nekādas. Diemžēl paredzams, ka neiecietība pret migrāciju un migrantiem ar vai bez dokumentiem pieaugs. Paralēli ieviestie ierobežojumi ne vien saasina citu slimību uzliesmojumus, bet arī sniedz iespēju izmantot varu un izrīkoties ar distancēšanās vai pārvietošanās „noteikumu pārkāpējiem” tirāniskā veidā, ignorējot, ka gan distancēšanās, gan (drošas) mājas ir privilēģija. Piemēram, Kenijā policija nodrošina komandantstundu, izmantojot asaru gāzi un fizisku spēku.¹³ Un arī tepat Eiropā, Itālijā, nav skaidrs, kādēļ ārliedzuma laikā cilvēkiem nav ļautas individuālas pastaigas kalnos vai mežos.¹⁴

Šie un diemžēl daudzi citi piemēri pierāda ne tik daudz humanitārisma un neoliberalisma sadursmi, bet gan humanitārisma idejās balstītas politizētas (ap)rūpes neviennozīmību, kas mijas ar pilsonības un piederības, tai skaitā „iekļaušanas” un „izslēgšanas”, retoriku un praksi. Šī pandēmija globālā mērogā izceļ „ikdienišķas” situācijas, kurās iezīmējas, kurš un kādā veidā ir vai nav *pelnījis* dzīvot, saņemt veselības aprūpi un finansiālo atbalstu. Savukārt tik ļoti populāri izmantotā kara retorika, ko lieto teju visi pasaules politiskie līderi, novirza sabiedrības uzmanību no neērtās patiesības – politiskās nespējas un/vai novājinātas un nepietiekami finansētas veselības aprūpes, kas ir patiesā neoliberalisma un humanitārisma sadursme, – un tādējādi rada pamatojumu politiski atbalstītai liela mēroga selektīvai aprūpes sniegšanai, uz kuras ērti pakāpties populistiem, piemēram, ASV prezidentam Donaldam Trampam, kurš sevi nodēvējis par „kara laika” prezidentu.

Par tragēdiju Covid-19 pandēmiju padarīja nevis vīruss un „nepaklausīgi” iedzīvotāji, bet gan politikas, medicīnas zinātņu un sociālo zinātņu negatavība,¹⁵ veselības un sociālā nevienlīdzība, ilgstoši badinātas veselības aprūpes sistēmas un nepārdomāta vai pat dumja politika ārkārtējā situācijā, tai skaitā pilsētu un valstu izolācija, kas mijas ar patiku pret nedemokrātiskiem politiskiem režīmiem un naidu pret bēgļiem un migrantiem. Šī nav tik daudz vīrusa, cik globālā mērogā rīcībnespējīgas politikas un ielaistu kaišu izraisīta krīze. Turklāt divas valstis – ASV un Lielbritānija – 2019. gadā pēc globālās veselības drošības indeksa, kas novērtē valstu spēju stāties pretī infekcijas slimību uzliesmojumiem, 195 valstu vidū tika ierindotas attiecīgi pirmajā un otrajā vietā – tātd bija vislabāk sagatavotas. Taču pašreiz ir redzams, ka abas valstis nebūt nav starp pirmrindniecēm. Tikmēr Āzijas valstis, tostarp Dienvidkoreja, Singapūra un Taivāna, ir sniegušas ātru, efektīvu un bieži vien novatorisku reakciju, daļēji pateicoties nesenaļai pieredzei ar Tuvo Austrumu respiratorā sindroma jeb MERS uzliesmojumiem 2015. gadā un smagā akūtā respiratora sindroma jeb SARS epidēmiju 2002.–2003. gadā.¹⁶ Attiecīgi varam jautāt: kāpēc šāds 2019. gada reitings par sabiedrības un globālās veselības stratēģijām joprojām ir tik eurocentrisks? Tam noteikti ir saistība ar ilgstoši pastāvošo un kultivēto „globālo ziemeļu” pārākumu pār „globālajiem dienvidiem” gan ekonomikā, gan veselības aprūpē. Saskaņā ar šo redzējumu ekspertīze un resursi ir koncentrēti pasaules ziemeļos, savukārt veselības problēmas, kas jāatrisina, ir dienvidu valstīs. Iespējams, šī krīze iezīmē 20. gadsimta postkoloniālajā pieredzē balstītās iluzorās dihotomijas un Eiropas hegemonijas beigu sākumu.¹⁷

Gribas pievienoties tam pulkam, kas saka, ka šī krīze padarīs sabiedrību labāku un solidārāku un ka valdības saprātis bargo mācību un palielinās budžetu veselības aprūpei. Daļēji varbūt tā arī būs. Taču ir redzams, ka paralēli oficiāliem vai brīvprātīgiem labdarības projektiem un kopā būšanām uz balkoniem vai programmā *Zoom*

ši krīze vairo arī nevienlīdzību. Ko tieši šī globālā krīze nozīmēs ikvienam no mums, globālajai ekonomikai, veselības aprūpes politikai un cilvēka vērtībai kā tādai? To pētīs vēl ilgi, jo arī sekas būs ilgstošas.

1. Johnson J. If Britons are the most pro-lockdown, it's probably because we're the most obedient. *The Guardian*, 2020, 5. maijs. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/may/05/britons-lockdown-obedient-exceptional-nhs-rules> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
2. Caduff C. What went wrong: Corona and the world after the full stop. *Academia*. https://www.academia.edu/42829792/What_Went_Wrong_Corona_and_the_World_after_the_Full_Stop?fbclid=IwAR30YnoiB4AQEFQM4ejOpva-grYOn944cedD3nHd53vv4oNyBcRwhVgxBT4 (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
3. Hedges K. The symbolic power of virus testing. *Sapiens*, 2020, 30. apr. <https://www.sapiens.org/culture/coronavirus-testing/> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
4. Carney M., Ostrach B. Austerity, not COVID-19, strains national healthcare systems. *Somatosphere*, 2020, 28. apr. <http://somatosphere.net/2020/austerity.html> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
5. Stillo J. (2019). "I wish one of these patients would sue us": Malpractice at the policy level and how Romania is not treating M/XDR- TB this year. 2019. DOI: 10.4324/9780429457104-2. (atpakaļ uz rakstu)
6. Das V. *Affliction: Health Disease, Poverty*. New York: Fordham University Press, 2015. Pp. 1–81; Singer M. Down cancer alley: The lived experience of health and environmental suffering in Louisiana's chemical corridor. *Medical Anthropology Quarterly*. 2011. 25(2). Pp. 141–163. (atpakaļ uz rakstu)
7. Chakrabarty D. Talkbits on civil war: There may be a rebarbarization of the world. *Uchri*, 2019, okt. <https://uchri.org/foundry/talkbits-on-civil-war-there-may-be-a-rebarbarization-of-the-world/> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
8. Stop TB Partnership. *The Potential Impact of the Covid-19 Response on Tuberculosis in High-Burden Countries: A Modelling Analysis*. http://www.stoptb.org/assets/documents/news/Modeling%20Report_1%20May%202020_FINAL.pdf (skatīts 17.05.2020.); Bedi A., Yadavar S. TB patients badly hit by lockdown – 80% drop in diagnosis, huge struggle for medicines. *The Print*, 2020, 30. apr. <https://theprint.in/health/tb-patients-badly-hit-by-lockdown-80-drop-in-diagnosis-huge-struggle-for-medicines/411399/> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
9. Daniyal S., Supriya A., Fernandes N. As Covid-19 pandemic hits India's daily-wage earners hard, some leave city for their home towns. *Scroll.in*, 2020, 21. marts. <https://scroll.in/article/956779/starvation-will-kill-us-before-corona-the-covid19-pandemic-has-hit-indias-working-class-hard> (skatīts 17.05.2020.); Johari A. "I can't even express my anger": Confusion reigns as migrant workers in Mumbai struggle to get home. *Scroll.in*, 2020, 5. maijs. <https://scroll.in/article/961041/i-cant-even-express-my-anger-confusion-reigns-as-migrant-workers-in-mumbai-struggle-to-get-home> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
10. Rijan B. Walking becomes political during the pandemic. *anthro{dendum}*, 2020, 30. apr. <https://anthrodendum.org/2020/04/30/walking-becomes-political-during-the-pandemic/> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
11. Sethi N., Srivatsava K. S. Frustration in national Covid-19 task force. *Article 14*, 2020, 24. apr. <https://www.article-14.com/post/no-action-taken-frustration-in-national-covid-19-task-force> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
12. Pattinson P., Sedhai R. Qatar's migrant workers beg for food as Covid-19 infections rise. *The Guardian*, 2020, 7. maijs. https://www.theguardian.com/global-development/2020/may/07/qatars-migrant-workers-beg-for-food-as-covid-19-infections-rise?CMP=Share_iOSApp_Other (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
13. Namwaya O. Kenya police abuses could undermine coronavirus fight. *Human Rights Watch*, 2020, 31. marts. <https://www.hrw.org/news/2020/03/31/kenya-police-abuses-could-underminecoronavirus-fight> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
14. Bagnato A. Staying at home. *e-flux*, 2020, 4. maijs. <https://www.e-flux.com/architecture/at-the-border/329404/staying-at-home/> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)
15. Kā norāda antropologi Stefans Ekss (*Stefan Ecks*) un Karlo Kadafs (*Carlo Caduff*), medicīnas zinātņu (biomedicīna, virusoloģija, epidemioloģija u. c.) pārstāvjiem vajadzēja paredzēt, ka nevis *varbūt* būs, bet *noteikti* būs plaša mēroga epidēmija, bet sociālo zinātņu pārstāvjiem nevajadzēja ticēt dzīvības zinātņu pārstāvjiem, kad tie teica „*varbūt* būs”. Iespējams, tad epidēmija nebūtu pārvērtusies par pandēmiju un politisku un ekonomisku katastrofu. Ecks S. Lockdowns save, lockdowns kill: Valuing life after coronashock. *Somatosphere*, 2020, 24. apr. <http://somatosphere.net/2020/lockdowns-save-lockdowns-kill-valuing-life-after-coronashock.html/> (skatīts 17.05.2020.); Caduff C. What went wrong: Corona and the world after the full stop. (atpakaļ uz rakstu)
16. Dalglīsh S. L. COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet*. 2020. 395(10231). P. 1189. (atpakaļ uz rakstu)
17. Gaudillière J. P., Beaudevin C. Covid-19 and global health, seen from France: The end of a "great divide"? *Somatosphere*, 2020, 30. apr. <http://somatosphere.net/2020/covid-19-and-global-health-seen-from-france-the-end-of-a-great-divide.html/> (skatīts 17.05.2020.) (atpakaļ uz rakstu)