

# CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DE LA COVID-19 EN ASIA DEL PACÍFICO:

PROGRAMAS Y ACCIONES  
CLAVE DURANTE 2020

Juan Felipe López Aymes  
Carlos Uscanga Prieto  
Pablo Henri Ramírez Didou  
Juan José Ramírez Bonilla  
(Coordinadores)





Wuhan 13200 kms

Corea del Sur 10700 kms

Seul 10700 kms

Japón 10700 kms

Holanda 9245 kms



Wuhan 13200 kms

Cerro del Toro 3100 kms

Seul 10700 kms

Japon 10700 kms

Holanda 9215 kms



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Enrique Luis Graue Wiechers  
*Rector*

Leonardo Lomelí Vanegas  
*Secretario General*

Luis Agustín Álvarez Icaza Longoria  
*Secretario Administrativo*

Alfredo Sánchez Castañeda  
*Abogado General*

Guadalupe Valencia García  
*Coordinadora de Humanidades*

Socorro Venegas Pérez  
*Directora General de Publicaciones y Fomento Editorial*

FACULTAD DE CIENCIAS  
POLÍTICAS Y SOCIALES

Carola García Calderón  
*Directora*

Patricia Guadalupe Martínez Torreblanca  
*Secretaria General*

Jesús Baca Martínez  
*Secretario Administrativo*

Elvira Teresa Blanco Moreno  
*Jefa del Departamento de Publicaciones*

CENTRO REGIONAL DE INVESTIGACIONES  
MULTIDISCIPLINARIAS

Fernando Lozano Ascencio  
*Director*

Sonia Frías Martínez  
*Secretaria Académica*

Guillermo Aníbal Peimbert Frías  
*Secretario Técnico*

Fernando Garcés Poó  
*Jefe del Departamento de Publicaciones  
y Comunicación de las Ciencias y las Humanidades*

# Contención y mitigación de la covid-19 en Asia del Pacífico



# Contención y mitigación de la covid-19 en Asia del Pacífico

Programas y acciones clave durante 2020

Juan Felipe López Aymes

Carlos Uscanga

Pablo Henri Ramírez Didou

Juan José Ramírez Bonilla

(Coordinadores)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Cuernavaca, 2022

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

**Nombres:** López Aymes, Juan Felipe, editor. | Uscanga, Carlos, editor. | Ramírez Didou, Pablo Henri, editor. | Ramírez Bonilla, Juan José, editor.

**Título:** Contención y mitigación de la covid-19 en Asia del Pacífico : programas y acciones clave durante 2020 / Juan Felipe López Aymes, Carlos Uscanga, Pablo Henri Ramírez Didou, Juan José Ramírez Bonilla (coordinadores).

**Descripción:** Primera edición. | Cuernavaca : Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias ; Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2022.

**Identificadores:** LIBRUNAM 2165777 (libro electrónico) | ISBN 9786073063418 (libro electrónico PDF) | ISBN 9786073063456 (libro electrónico e-pub).

**Temas:** COVID-19 -- Aspectos sanitarios -- Países del Pacífico. | COVID-19 -- Aspectos económicos -- Países del Pacífico. | Pandemia de COVID-19, 2020- -- Política gubernamental -- Países del Pacífico. | Administración de emergencias -- Países del Pacífico.

**Clasificación:** LCC RA644.C67 (libro electrónico) | DDC 362.1962414—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación con base en el sistema revisión por pares a doble ciego, por académicos externos al CRIM y a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, de acuerdo con las normas establecidas por el Reglamento Editorial del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias y de la “FCPys” de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como por el artículo 46 de las Disposiciones Generales para la Actividad Editorial y de Distribución de la UNAM. Así mismo, cuenta con la aprobación del Consejo Editorial de la “FCPys”.

Este libro fue financiado con recursos de la Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, mediante el proyecto PAPIIT 1A300421, “Las relaciones económicas transpacíficas y México en el marco de los efectos de la pandemia covid-19 (2020-2022)”, coordinado por Virginia Leticia Valdivia Caballero.

Diseño de forros: Percy Valeria Cinta Dávila

Fotografía de portada: Juan Felipe López Aymes. Playa Miramar, Manzanillo, Colima, enero de 2022.

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda

Primera edición: 22 de agosto de 2022

D. R. © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México  
Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias  
Av. Universidad s/n, Circuito 2, colonia Chamilpa 62210, Cuernavaca, Morelos  
www.crim.unam.mx

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales  
Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán 04510, CDMX  
www.políticas.unam.mx

ISBN: 978-607-30-6341-8

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Impreso y hecho en México

## Contenido

Introducción. La pandemia: un año después...	13
<i>Juan José Ramírez Bonilla</i>	
<i>Pablo Henri Ramírez Didou</i>	
La pandemia en las escalas global y regional de Asia del Pacífico	17
La pandemia en Asia del Pacífico	21
De los alcances y limitaciones de la presente obra colectiva	24
La contención y la mitigación de los contagios en Asia del Pacífico, antes de las campañas de vacunación	26
Referencias bibliográficas	36

### PRIMERA PARTE

#### EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA CONTENCIÓN DEL VIRUS

1 La respuesta de Taiwán a la pandemia: eficiencia administrativa en un entorno democrático	41
<i>Pablo Henri Ramírez Didou</i>	
Introducción	41
Del desastre del SARS a una adaptabilidad sanitaria en tiempo real	42
El sistema taiwanés de cuarentena	48
Pruebas PCR gratuitas y aplicadas de manera puntual	50
Conclusiones	54
Referencias bibliográficas	60

2	Tras los pasos de Hanói: un análisis de la estrategia sanitaria de Vietnam para contener la pandemia de la COVID-19	65
	<i>Ian Jetro González</i>	
	Introducción	65
	Acciones tempranas	69
	Una estrategia agresiva	70
	Cohesión gubernamental	71
	Transparencia y comunicación	74
	Participación social	75
	Conclusiones	77
	Referencias bibliográficas	79

## SEGUNDA PARTE

### LA CONTENCIÓN PROBLEMÁTICA DE LAS INFECCIONES

3	Tailandia y el manejo de la pandemia de la COVID-19, 2020-2021	85
	<i>Natalia Rivera Ángel</i>	
	Introducción	85
	Desarrollo de la pandemia	87
	<i>Primera ola de contagios</i>	91
	<i>Segunda ola y las dificultades para mitigarla</i>	92
	Medidas del gobierno tailandés para contrarrestar la pandemia de la COVID-19	93
	<i>Factores determinantes del tránsito de la contención a la mitigación de los contagios</i>	96
	<i>Medidas para enfrentar la segunda ola de infecciones</i>	100
	Capacidad del sistema de salud	102
	<i>Infraestructura hospitalaria</i>	104

Personal de salud y recursos institucionales	106
<i>Tratamiento de la COVID-19 en los hospitales</i>	110
<i>Esquemas de seguros para la salud</i>	112
Conclusiones	113
Referencias bibliográficas	115
4 El programa sanitario de Singapur contra el SARS-COV-2: ¿un modelo de éxito?	119
<i>Virginia Valdivia</i>	
Introducción	119
Fortalezas y debilidades del sistema de salud singapurense	120
<i>Sistema de salud y salud pública</i>	122
Desarrollo de la pandemia	126
Estrategia para combatir la pandemia de la COVID-19	132
Conclusiones	137
Referencias bibliográficas	140
5 El programa sanitario para controlar el avance del SARS-COV-2 en la República Popular China	145
<i>Itzel Martínez Ruiz</i>	
Introducción	145
Desarrollo del brote de la COVID-19 en China	148
Causas del origen de la COVID-19	151
Estrategias implementadas por el gobierno chino para frenar el avance del virus SARS-COV-2	153
Medidas económicas adoptadas por el gobierno chino	161
Desarrollo de la vacuna para combatir el virus SARS-COV-2 y ganarse algunos amigos	164
Conclusiones	166
Referencias bibliográficas	168

Tercera parte  
DE LA CONTENCIÓN EXITOSA A LA MITIGACIÓN PROBLEMÁTICA

6	La batalla de la República de Corea contra el SARS-COV-2: equilibrio con costos	175
	<i>Juan Felipe López Aymes</i>	
	Introducción	175
	La estrategia sanitaria de contención	180
	Medidas de intervención para controlar la dispersión de contagios	182
	<i>Pruebas - Test</i>	183
	<i>Rastreo - Trace</i>	185
	<i>Tratamiento - Treatment</i>	188
	<i>Distanciamiento social</i>	192
	Condiciones de salud y factores de comorbilidad	193
	Participación en mecanismos de cooperación internacional	199
	Conclusiones	203
	Referencias bibliográficas	205
7	Malasia: del éxito en la contención a las dificultades de la mitigación	211
	<i>Juan José Ramírez Bonilla</i>	
	Introducción	211
	La pandemia en Malasia: aspectos generales y condicionantes socioeconómicos	215
	<i>Indicadores socioeconómicos y sanitarios</i>	217
	Primera fase de la pandemia	221
	<i>Primera ola: entre la aplicación estricta de medidas y la laxitud gubernamental</i>	223

<i>La pandemia entre trabajadores migrantes     y el recrudecimiento de la primera ola</i>	226
Segunda fase de la pandemia	230
<i>La influencia de la política federal     en el desarrollo de la pandemia</i>	232
Conclusiones	236
Referencias bibliográficas	237
8 La pandemia de la COVID-19 en Japón: entre la salud pública y el desempeño económico	243
<i>Alfredo Álvarez Pérez</i>	
Introducción	243
Las estrategias sanitarias y las primeras líneas de defensa	246
<i>Las primeras experiencias y respuestas</i>	246
<i>Leyes e instituciones</i>	247
<i>Políticas básicas y estrategia sanitaria</i>	248
<i>Medidas prácticas</i>	249
<i>La vigilancia</i>	251
El sistema de salud japonés y su configuración para atender la pandemia	253
<i>Limitaciones</i>	254
Las condiciones de salud de la población	255
Las crisis sanitarias y económicas	257
<i>La primera ola de contagios y el primer estado de emergencia</i>	257
<i>Medidas y dificultades económicas</i>	258
<i>Entre la mitigación y la contención</i>	260
Conclusiones	263
Referencias bibliográficas	265

Conclusiones. Del aprendizaje a la política pública en Asia del Pacífico: la importancia de estar preparados durante el primer año de pandemia	271
<i>Carlos Uscanga</i> <i>Juan Felipe López Aymes</i>	
Referencias bibliográficas	293
Lista de siglas	299
Semblanzas de autoras y autores	301

# Introducción

## La pandemia un año después...

Juan José Ramírez Bonilla  
Pablo Henri Ramírez Didou

Este libro es el resultado de un proyecto de investigación colectivo desarrollado por un grupo de especialistas en Asia del Pacífico, enfocado en la difusión del conocimiento sobre el virus SARS-COV-2 y en el estudio de algunas experiencias de contención consideradas exitosas. La iniciativa estuvo motivada por la preocupación general de las consecuencias sociales y económicas que esta y futuras pandemias tienen y tendrán en México, así como por el interés en aportar elementos comparativos a la discusión sobre la diversidad de caminos que los gobiernos han tenido a su disposición desde sus respectivos contextos. A pesar del discurso optimista formulado por las autoridades sanitarias de México, para muchos la respuesta gubernamental no arrojó resultados aceptables en el control de los contagios ni en el freno de los decesos. El contraste que presentan los casos de Asia nos obliga a cuestionar la aparente ineluctabilidad de la pandemia y sus efectos negativos sobre nuestra sociedad y las de otros países; por ello, esta obra cobra especial relevancia.

Con el estudio colectivo de las políticas sanitarias de los gobiernos de Asia del Pacífico, los autores buscaron responder una interrogante central derivada de la decisión del gobierno federal mexicano de definir su estrategia sanitaria a partir de la disyuntiva entre contener o mitigar las infecciones. Respecto de esta cuestión, el 9 de marzo de 2020, el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) insistió en que se trataba de un falso dilema, pues consistía en una “epidemia desigual a nivel mundial” ante la que “todos los países deben adoptar una estrategia combinada integral, basada en contención y mitigación, para controlar la pandemia y hacer retroceder este virus mortal” (*Europa Press* 2020). Es más, el 12 de marzo de 2020, un día después de la declaración formal de la pandemia, el mismo director general insistió en que “describir esto como una pandemia

no significa que los países deban rendirse. La idea de que los países deberían pasar de la contención a la mitigación es errónea y peligrosa”; en seguida, insistió en considerar la difusión del virus como “una pandemia controlable” y previno: “Los países que decidan renunciar a las medidas fundamentales de salud pública pueden terminar con un problema mayor y una carga más pesada sobre el sistema de salud que requerirá medidas más severas para controlar [la difusión de los contagios]” (Jiménez 2020).

Pese a la insistencia de la autoridad sanitaria internacional, el 27 de febrero de 2020, antes de registrarse los primeros contagios en México, Hugo López Gatell Ramírez, subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y portavoz oficial del gobierno federal, informaba al público sobre las diferencias entre las dos estrategias básicas para enfrentar la pandemia: la *contención* supone el control y la supresión de las enfermedades infecciosas mediante el tamizaje total de individuos infectados o sospechosos de infección, la prohibición a individuos provenientes de zonas infectadas de entrar en un área sin infecciones, y la cuarentena estricta de los contagiados y personas con quienes pudieron mantener contacto; mientras que la *mitigación* está basada en la reducción de daños y de la velocidad de propagación de la infección (Gobierno de México 2020a). A diferencia del director general de la OMS, el subsecretario presentó ambas estrategias como si fueran excluyentes y no complementarias.

En la misma conferencia, el epidemiólogo oficial se apresuró a señalar que el gobierno mexicano optaba por la mitigación con base en dos razones: primero, el grado de dispersión de las infecciones obligaba a poner en práctica la mitigación; segundo, la contención “en ningún caso se ha podido ejecutar con éxito” (Gobierno de México 2020a). Las condiciones de la pandemia a la escala internacional parecían justificar los juicios del vocero gubernamental; sin embargo, en la víspera de la conferencia de López Gatell, dos días antes del registro del primer contagio en México, la dispersión del virus se había extendido a nivel mundial significativamente: el gobierno chino notificaba a la OMS la cifra de 78 190 casos acumulados de contagio y 2 718 decesos, y en otros 37 países existían ya 2 790 casos y 44 decesos. El informe de la OMS de ese día llamaba la atención sobre “el aumento del número de casos en Italia, la República Islámica de Irán y la República de

Corea”; señalaba a los dos primeros países como focos de propagación de la infección hacia Alemania, Argelia, Austria, Croacia, España y Suiza, por un lado, y, por el otro, hacia Baréin, Irak, Kuwait y Omán (oms 2020). En México, las condiciones de la pandemia ponían en entredicho el juicio de López Gatell: todavía no existía ningún caso de infección y, por lo tanto, la contención no solo era posible, sino necesaria para limitar la importación de infecciones y tornar más lenta y localizada la difusión de los contagios. Como demuestran los trabajos que integran este volumen, los gobiernos de los países analizados de Asia del Pacífico tomaron el camino opuesto.

La segunda razón aducida por el subsecretario de Promoción y Prevención de la Salud para justificar la adopción de la mitigación era apriorística, ya que resultaba demasiado temprano para afirmar de manera tajante que la contención “en ningún caso, se ha podido ejecutar con éxito”. Pese a que la pandemia se encontraba en una etapa inicial, los especialistas reconocían que el gobierno chino optó primero por la contención y, cuando fue necesario, transitó a la mitigación; así, el 6 de abril de 2020, la oms indicaba que “China gradualmente levanta sus medidas temporales de contención, incluidos los cierres de escuelas, la prohibición de los traslados y el cierre de lugares de trabajo; [...] durante la fase siguiente, la respuesta gubernamental sanitaria del país será focalizada sobre la mitigación, en el largo plazo, de los riesgos de la COVID-19 para la población” (Gao y Liu 2020).

A un año de distancia podemos constatar que, así como el gobierno de China, otros gobiernos que optaron por la contención han logrado controlar exitosamente la pandemia. En ese marco, la primera motivación para convocar a los autores de los trabajos reunidos en el presente volumen fue estudiar *ex post* las experiencias consideradas como ejemplares en materia de política sanitaria contra el SARS-COV-2 de ocho gobiernos de la región asiática del Pacífico, resaltando las similitudes y diferencias de dichas estrategias. Quienes participan en este libro son especialistas en temas sociales de los países del Pacífico asiático y han respondido para analizar acciones cuyo rasgo en común es que, desde el inicio de la pandemia, las autoridades gubernamentales optaron por la contención y que, en diversos grados, fueron relativamente eficaces para controlar las primeras olas de contagios.

Ante los embates subsecuentes de las infecciones, los resultados de las políticas sanitarias fueron trivalentes: primero, hasta el momento de escribir las presentes líneas, los gobiernos de Taiwán y Vietnam habían logrado mantener un control estricto sobre los contagios; segundo, los gobiernos de China, Singapur y Tailandia también habían podido contener la pandemia después de superar complicaciones locales que indujeron un incremento rápido de las infecciones, y tercero, aunque los gobiernos de Corea, Malasia y Japón habían tenido dificultades para restablecer el control sobre la pandemia, la han mantenido dentro de límites manejables según las capacidades de sus sistemas de salud y son ejemplos de la mitigación exitosa sin recurrir a cierres totales del país. Ahora bien, para comprender cabalmente estas ocho experiencias internacionales, es preciso, por un lado, tener en cuenta las condiciones prevalecientes en cada caso y, por el otro, ubicarlas en el contexto internacional presente hasta mediados de marzo de 2021.

Con respecto de las condiciones propias de cada país, es esencial tener en cuenta que el éxito de los programas sanitarios estuvo determinado por cuatro factores: el aprendizaje para enfrentar enfermedades infecciosas resultante de epidemias anteriores, la capacidad gubernamental para poner en práctica de manera estricta las medidas sanitarias, la disciplina de la población para responder a los programas sanitarios oficiales y las capacidades tecnológicas disponibles de los países estudiados.

Los trabajos reunidos en el presente volumen ponen de realce que las enseñanzas derivadas del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés), de la influenza aviar A(H5N1), la porcina A(H1N1) y del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS, por sus siglas en inglés), fueron la base para detectar y aislar de manera pronta y efectiva los casos de infección que llegaban a través de los diferentes puntos de entrada a cada uno de los países estudiados; esto implicó, a la vez, la preparación previa y la adaptación a las nuevas circunstancias de los sistemas de salud, tanto en lo humano como en lo material.

Por otra parte, más allá de las diferencias existentes entre los regímenes políticos de los países estudiados,<sup>1</sup> un rasgo común decisivo en el éxito de los programas sanitarios es el verticalismo político derivado de las tradiciones culturales asiáticas; además, dada la finalidad inicial de contener la propagación del virus, los gobiernos han sabido dotarse de los medios técnicos idóneos y a su alcance para conseguirlo. De esta manera, las medidas sanitarias se basaron en criterios científicos, técnicos y tecnológicos, así como en una campaña de información permanente dirigida a la población sobre los riesgos de las infecciones. Dichas sociedades, formadas en el verticalismo político e informadas por la campaña publicitaria contra la COVID-19, aceptaron y pusieron en práctica disciplinadamente las medidas sanitarias propuestas por sus gobiernos. Es justo decir que el uso del cubrebocas era corriente en la mayoría de estos países desde antes de la pandemia, lo cual facilitó el acatamiento de tales medidas.

Finalmente, como muestran los estudios particulares, cada gobierno recurrió a los medios tecnológicos a su alcance destacando el uso generalizado de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC), así como de las infraestructuras para la investigación y desarrollo, con el fin de dotarse de los recursos sanitarios necesarios para detectar y limitar la difusión del virus. Las condiciones prevalecientes en las escalas global y regional de Asia del Pacífico serán analizadas en detalle en el siguiente apartado.

## La pandemia en las escalas global y regional de Asia del Pacífico

En su trabajo sobre la experiencia china, Itzel Martínez Ruiz indica que las tribulaciones sanitarias del mundo comenzaron el 1 de diciembre de 2019, cuando fue identificado el primer enfermo de un nuevo tipo de neumonía cuyas causas eran desconocidas; asimismo, señala que la OMS fue alertada

---

<sup>1</sup> En efecto, los sistemas políticos son muy diferentes: imperio en Japón; sultanato en Malasia; reino en Tailandia; repúblicas en Corea, Singapur y Taiwán; repúblicas socialistas en China y Vietnam.

por el brote de esta nueva enfermedad hasta el 31 de diciembre de ese año. Este retraso ha sido uno de los principales focos de crítica hacia las autoridades chinas, ya que propició la diseminación desbocada de contagios. No obstante, los científicos chinos identificaron el genoma del nuevo virus el 7 de enero de 2020 y cuatro días después el gobierno hizo pública la secuencia genética del coronavirus. El 13 de enero, el gobierno tailandés anunció la detección del primer caso de infección y el gobierno japonés hizo el mismo tipo de anuncio el 15 de enero. Así dio comienzo la difusión del virus a escala internacional.

Fue hasta el 30 de enero que la oms declaró el brote de la nueva enfermedad como una “emergencia de salud pública de preocupación internacional”, el más alto nivel de alarma en la escala utilizada por la organización (ops 2020); posteriormente, el director general confirmó el estatus de pandemia el 11 de marzo, es decir, tres meses y once días después de ser detectado el primer caso. Poco más de un año después, el 24 de marzo de 2021, la oms registraba 124.5 millones de contagios y 2.7 millones de muertes a nivel global. La base de datos de la oms incluye 236 entidades territoriales, aunque excluye Taiwán debido a la influencia del gobierno chino; así que si agregamos las estadísticas básicas de Taiwán, las variaciones en los totales globales son mínimas: +1 009 contagios y +10 muertes acumuladas a lo largo de todo el periodo. Teniendo en cuenta esas diferencias marginales, los valores medios registrados hasta el 24 de marzo de 2021 serían de 525 471 contagios y 11 556 muertes por país.

Si estimamos la media de contagios como criterio para organizar las 236 entidades consideradas por la oms más Taiwán, podremos ver que, en la fecha de corte señalada, 36 países registraban infecciones acumuladas superiores al valor medio; en conjunto, estos concentraban 109.9 millones de contagios (88.22% del total global) y 2.5 millones de muertes (89.88% del total global). Estas cifras nos revelan la primera expresión de la concentración de la pandemia en un número relativamente reducido de países, aunque todos ellos vinculados de manera estrecha con la economía global; en ese sentido, podemos afirmar que la pandemia está directamente asociada con los mecanismos de movilidad internacional de las personas y de los bienes, los cuales facilitan los contactos y la transmisión del virus. Esta puede ser una hipótesis

de trabajo para ulteriores estudios sobre las causas y los condicionantes socioeconómicos de la pandemia.

Para poner en perspectiva el impacto de la pandemia, en el cuadro 1 sintetizamos los principales indicadores considerados hasta el 24 de marzo de 2021 e incluimos la situación de los veintiún países que acumulaban más de un millón de contagios. Cuatro aspectos saltan de inmediato a la vista: primero, constatamos la segunda expresión de la concentración de los principales indicadores de la pandemia en un número todavía más reducido de países; esos veintiún países aglutinaban 98.8 millones de contagios (79.31% del total global) y 2.2 millones de muertes (81.97% del total global).

Segundo, una tercera faceta de la concentración cuantitativa de infecciones y de muertes representa el total acumulado por los tres países más afectados por la pandemia: Estados Unidos, Brasil e India concentraban 53.6 millones de infecciones (43.01% del total global) y 998 mil muertes (36.45% del total global). Si tenemos en cuenta el tamaño de la población de cada uno de esos tres países podemos inferir que los saldos parciales de la pandemia están estrechamente vinculados, por un lado, con las políticas sanitarias seguidas por los gobiernos de cada país y, por el otro, con la conducta de la población en relación con la puesta en práctica de las consignas sanitarias.

Tercero, las probabilidades de morir en el contexto sociosanitario de la pandemia eran mayores en esos veintiún países que en el resto del mundo. En efecto, mientras a escala global la tasa de letalidad (total de muertes como porcentaje de las infecciones acumuladas) era de 2.20%, la misma aumentaba a 2.24% para las 36 entidades con infecciones acumuladas superiores a la media global y ascendía a 2.27% para las veintiún economías con más de un millón de infecciones acumuladas. Entre las tasas de letalidad nacionales el rango de variación iba desde 0.99% (Turquía) hasta 9.04% (México). Hemos destacado con negritas las tasas de letalidad de los catorce países con valores superiores a la media del grupo. Este hecho representa un problema crucial, pues indica que la probabilidad de morir era mayor en esos países que en los ocho restantes y pone en evidencia tanto la presencia de deficiencias en los sistemas de salud, como la influencia de las condiciones de vida de la población sobre los efectos de la infección en los individuos. Este tema puede ser una segunda hipótesis de trabajo para estudios posteriores.

Cuadro 1  
Principales indicadores de la pandemia en las escalas  
global y nacionales (hasta el 24 de marzo de 2021)

Rango	Entidad política	Infecciones		Muertes		Tasa de letalidad*
		Acumuladas	Últimas 24 hrs	Acumuladas	Últimas 24 hrs	
	Total global	124 535 520	575 191	2 738 876	10 421	<b>2.20</b>
	36 con infecciones acumuladas > media global	109 866 496	497 437	2 461 736	9 261	<b>2.24</b>
	% del total global	88.22	86.48	89.88	88.87	-
	Top 21	98 770 116	430 313	2 245 137	8 519	<b>2.27</b>
	% del total global	79.31	74.81	81.97	81.75	-
1	Estados Unidos	29 653 604	58 755	539 027	775	1.82
2	Brasil	12 130 019	82 493	298 676	3 251	<b>2.46</b>
3	India	11 787 534	53 476	160 692	251	1.36
4	Rusia	4 492 692	9 221	96 612	393	2.15
5	Reino Unido	4 312 912	5 604	126 382	98	<b>2.93</b>
6	Francia	4 306 105	33 389	92 608	245	2.15
7	Italia	3 440 862	21 246	106 339	460	<b>3.09</b>
8	España	3 241 345	3 835	74 064	12	<b>2.28</b>
9	Turquía	3 091 282	29 762	30 462	146	0.99
10	Alemania	2 713 180	22 657	75 440	228	<b>2.78</b>
11	Colombia	2 347 224	4 946	62 274	126	<b>2.65</b>
12	Argentina	2 261 577	9 405	54 823	152	<b>2.42</b>
13	México	2 203 041	5 881	199 048	809	<b>9.04</b>
14	Polonia	2 154 821	34 150	50 860	520	<b>2.36</b>
15	Irán	1 823 317	7 605	62 045	94	<b>3.40</b>
16	Ucrania	1 596 575	16 669	31 135	362	1.95
17	África del Sur	1 540 009	1 048	52 372	121	<b>3.40</b>
18	Chequia	1 495 361	8 851	25 450	192	1.70
19	Perú	1 481 259	8 469	50 474	135	<b>3.41</b>
20	Indonesia	1 476 452	5 227	39 983	118	<b>2.71</b>
21	Países Bajos	1 220 945	7 624	16 371	31	1.34
	8 de Asia del Pacífico	1 092 857	3 689	16 910	34	1.55
	% del total global	0.88	0.64	0.62	0.33	-

Cuadro 1 (continuación)  
Principales indicadores de la pandemia en las escalas  
global y nacionales (hasta el 24 de marzo de 2021)

Rango	Entidad política	Infecciones		Muertes		Tasa de letalidad*
		Acumuladas	Últimas 24 hrs	Acumuladas	Últimas 24 hrs	
39	Japón	460 897	1 854	8 938	30	1.94
45	Malasia	336 808	1 268	1 246	2	0.37
85	China	102 612	23	4 850	0	<b>4.73</b>
87	Corea	100 276	430	1 709	2	1.70
102	Singapur	60 236	15	30	0	0.05
118	Tailandia	28 443	97	92	0	0.32
179	Vietnam	2 576	0	35	0	1.36
192	Taiwán	1 009	2	10	0	0.99

\* Muertes como por ciento del total de infecciones acumuladas.

Fuente: Elaboración propia con base en WHO (2020).

Cuarto, la ubicación geográfica de los veintiún países con infecciones superiores al millón de contagiados por la COVID-19 vuelve a poner de realce la relación estrecha de la pandemia con los mecanismos de movilidad de la economía global: todos participan en la producción y la exportación de mercancías; en este sentido podemos definir la pandemia como una patología de la organización territorial de la economía global. Dicha patología puso de manifiesto la ausencia de mecanismos de concertación sanitaria intergubernamental en los principales subconjuntos regionales de la economía global y plantea interrogantes sobre la transición a una organización territorial menos propensa al cierre de fronteras como respuesta a una crisis sanitaria como la de la COVID-19.

## La pandemia en Asia del Pacífico

Una nota peculiar del cuadro 1 es que solo Indonesia figuraba en el grupo de los veintiún países. Pero si volvemos a la base de datos utilizada para constituir el grupo de 36 países con infecciones acumuladas superiores a la media global, veremos que Filipinas ocupaba el lugar 30 con un total de 0.684

millones de infecciones. En consecuencia, en Asia del Pacífico, Filipinas e Indonesia eran los países con el mayor número de contagios hasta la fecha de nuestra consulta de la base de datos de la OMS, mientras que el resto de los países de la región registraba contagios acumulados inferiores a la media global; esta es la primera razón por la cual hemos concentrado nuestra atención sobre el desempeño sanitario de los países del área.

De la región que denominamos Asia del Pacífico, integrada por dieciséis países (cinco pertenecen al este<sup>2</sup> y once al sureste<sup>3</sup>), hemos elegido ocho para analizar en la presente obra colectiva. La parte inferior del cuadro 1 resume el desempeño sanitario de nuestra selección: en conjunto, los ocho países de Asia del Pacífico seleccionados para nuestro estudio acumulaban 1 092 857 contagios (0.88% del total global) y 16 910 muertes (0.62% del total global). Como podrá notarse, el conjunto de esos países concentraba menos contagios que, por ejemplo, los Países Bajos (1 220 945). La comparación es interesante en la medida en que, con una población de 17.1 millones de personas, los Países Bajos tenían una tasa 712.55 contagios por cada 10 000 habitantes; en contraste, la población acumulada de los ocho países del Pacífico asiático era de 1 846 003 millones de personas y la tasa conjunta de contagios por cada 10 000 habitantes era de 5.92. La diferencia entre una y otra tasa subraya la desproporción en los resultados de las políticas sanitarias de los gobiernos de los Países Bajos y de estos ocho países de Asia del Pacífico. Esta es la segunda razón que justifica la composición del corpus de nuestro estudio.

Ahora bien, si tomamos en consideración el volumen de la población de los países en cuestión (véase cuadro 2) podemos destacar los siguientes aspectos: primero, Vietnam, Taiwán y China, así como Tailandia y Singapur, conforman el grupo de países que han sido exitosos al aplicar una estrategia sanitaria rigurosa de contención. Los tres primeros detentan las menores tasas de contagios: 0.26, 0.43 y 0.71 por cada 10 000 habitantes y, en términos cuantitativos, se trata de los países con mejor desempeño en la administra-

---

<sup>2</sup> En orden alfabético: China, Corea del Norte, Corea del Sur, Japón y Taiwán.

<sup>3</sup> En orden alfabético: Brunéi Darussalam, Camboya, Filipinas, Indonesia, Laos, Malasia, Myanmar, Singapur, Tailandia, Timor Leste y Vietnam.

ción de la pandemia. A ellos sumamos Tailandia y Singapur, pese a que sus tasas de contagios respectivas son de 4.07 y 102.96 por cada 10000 habitantes. Los gobiernos de estos cinco países tuvieron como principal acierto la capacidad para contener la difusión del virus y el ejercicio de un control riguroso sobre la pandemia desde entonces.

Segundo, Corea del Sur, Japón y Malasia registraron tasas de 19.56, 36.44 y 104.6 contagios por cada 10000 habitantes. La encomiable de estos gobiernos es que, al igual que los anteriores, fueron capaces de contener el progreso de los contagios durante la primera ola; no obstante que después, debido a circunstancias propias de cada contexto nacional, las autoridades sanitarias perdieron transitoriamente el control sobre las infecciones y registraron nuevas olas de contagios, pero las mantuvieron en niveles manejables y con números mínimos de muertes. Estos tres países han obtenido resultados notables al transitar de una política sanitaria basada en la contención de los contagios a una estrategia orientada a la mitigación de los mismos y de sus efectos sobre la población. El desempeño sanitario de los gobiernos de los ocho países estudiados es finalmente la tercera razón para seleccionarlos como objetos de estudio de esta obra.

Cuadro 2  
Población total de los países de Asia del Pacífico seleccionados, 2020

Rango	País	Población	Porcentaje	Contagios por cada 10000 habitantes
	Total global	7793427334	100.00	159.80
	(8) Asia del Pacífico	1846003022	23.69	5.92
1	China	1439323774	18.47	0.71
11	Japón	126476458	1.62	36.44
15	Vietnam	97338583	1.25	0.26
20	Tailandia	69799978	0.90	4.07
28	Corea del Sur	51269183	0.66	19.56
45	Malasia	32365998	0.42	104.06
57	Taiwán	23578705	0.30	0.43
114	Singapur	5850343	0.08	102.96
68	Países Bajos	17134873	0.22	712.55

Fuente: Elaboración propia con base en PopulationPyramid.net (2019) y National Statistics, Republic of China (Taiwan; 2022).

## De los alcances y limitaciones de la presente obra colectiva

Juzgamos pertinente llamar la atención sobre los alcances y límites de los análisis incluidos en la presente obra. Iniciamos esta sección estableciendo el horizonte temporal de los estudios de caso, el cual abarca esencialmente del 30 de enero de 2020 —cuando la oms declaró la difusión de la covid-19 como “una emergencia de salud pública de importancia internacional”— al 24 de marzo de 2021 —fecha de consulta de la base de datos para realizar el diagnóstico general presentado líneas atrás—.

En consecuencia, deberá tenerse en cuenta que solo abordaremos la fase de difusión del sars-cov-2 previa a la fabricación y aplicación de vacunas. Durante el periodo de estudio, la efectividad de las medidas para contener o mitigar las infecciones dependió del juego de fuerzas establecido entre la capacidad gubernamental para hacer cumplir las normas sanitarias y proveer los estímulos suficientes para reducir al máximo la movilidad y el contacto físico entre las personas, por un lado, y por el otro, de la respuesta social a esas normas y estímulos, y la autodisciplina de la población en función de su sentido de anteponer el bienestar colectivo al interés individual.

Dado que las autoridades gubernamentales tienen la responsabilidad de velar por la salud pública, las diferentes maneras de considerar cómo cumplen con esa responsabilidad han dado lugar al debate sobre cuál es el mejor modo de limitar los efectos de la pandemia. En ese tenor, han surgido dos campos antagónicos: quienes favorecen la autoridad gubernamental estricta y quienes se inclinan por el libre albedrío.

En América, Europa y gran parte de Asia, las agencias de noticias han demostrado que la inmediatez de los intereses de los individuos (privados o con responsabilidades públicas) ha provocado tanto la difusión acelerada de los contagios y el creciente número de decesos, como la extensión temporal y espacial de la pandemia. En contraste, parecería que el verticalismo característico de las sociedades del Pacífico asiático explica el buen desempeño de los gobiernos para administrar la pandemia, cuando menos durante la fase estudiada en la presente obra.

En modo alguno pretendemos establecer una oposición artificial entre el *verticalismo asiático* y la *horizontalidad occidental* para explicar el éxito de

las políticas sanitarias de los gobiernos estudiadas en este libro; antes bien, queremos insistir en que en los casos asiáticos exitosos también ha estado en operación el juego de fuerzas autoridad gubernamental-disciplina social. En ese juego, la autoridad ha cedido terreno a la disciplina cuando los individuos son conscientes de su responsabilidad sanitaria. En las sociedades del Pacífico asiático han funcionado pautas de comportamiento individual que siguen el mismo sentido de las medidas sanitarias: el uso del cubrebocas y de sustancias antigérmicas contribuyeron de manera significativa a la contención del virus durante la fase inicial de la pandemia. Con respecto del distanciamiento social, las autoridades gubernamentales adoptaron una actitud bivalente: por un lado procuraron suprimir el costo económico de la cuarentena para los contagiados y, por el otro, impusieron multas onerosas a quienes violaron el aislamiento sanitario.

Ahora bien, tratándose de la salud y de la vida de los integrantes de la comunidad, las autoridades gubernamentales están obligadas a ser estrictas dado que, con excepción de China, el coronavirus fue importado por todos los demás países. Para atacar el mal desde su raíz debieron poner en práctica la medida más extrema y unilateral: el cierre de las fronteras.

Por supuesto, los trabajos incluidos en el presente volumen no pretenden explicar el funcionamiento vertical de las sociedades del Pacífico asiático, pues el tema va más allá de las intenciones de los autores. En todo caso, en la lectura de este volumen deberá tenerse en consideración que las normas sociales asiáticas explican en gran medida el éxito sanitario inicial de sus gobiernos, aunque también debe reconocerse que la prolongada duración de la pandemia ha mermado la disciplina social, así como la rigidez de la autoridad gubernamental. En consecuencia, al igual que en el resto del mundo, la región estudiada registró un crecimiento del número de contagios a partir de marzo o abril de 2021. Es en este punto donde la mayoría de los trabajos establecieron su límite temporal de análisis; no se abordará el surgimiento de nuevos fenómenos como la competencia entre empresas farmacéuticas para desarrollar vacunas, la diferenciación de la capacidad de los gobiernos para diseñar y poner en práctica sistemas de vacunación masiva, o la manera en que los movimientos de grupos sociales opuestos a ello afectan los esfuerzos de inoculación y el objetivo de inmunidad de rebaño.

En todo caso, las iniciativas de gobiernos europeos para tornar obligatoria la vacunación han sido percibidas como un atentado contra el libre albedrío o como el intento de restablecer la autoridad gubernamental para preservar la salud y la vida de los integrantes de las comunidades. El juego de fuerzas señalado anteriormente sigue en operación y permite comprender, tanto en Asia del Pacífico como en el resto del mundo, la dinámica de la pandemia entendida como un fenómeno social.

### La contención y la mitigación de los contagios en Asia del Pacífico, antes de las campañas de vacunación

Hasta ahora nos hemos referido primordialmente al desempeño sanitario de los países miembros de la oms con mayor incidencia de infecciones y de los ocho países del Pacífico asiático seleccionados para estudiar en el presente libro. En términos cualitativos debemos ser más asertivos en cuanto a dicho desempeño de los gobiernos para fundamentar plenamente la tercera razón de nuestros casos elegidos y para organizar la presentación de sus respectivas experiencias sanitarias estudiadas en el presente volumen. Para ello recurrimos al criterio establecido por Hugo López Gatell Ramírez al referirse a las condiciones necesarias para considerar controlada la pandemia durante una fase específica de su desarrollo.

En efecto, durante la conferencia del 16 de abril de 2020, el vocero oficial para la pandemia explicó la lógica temporal del programa sanitario del gobierno mexicano y mencionó que el primer ciclo de la pandemia terminaría cuando se lograra “agotar cerca del 95% de los casos esperados” (Gobierno de México 2020b); es decir, durante un ciclo de contagios, el control sobre la pandemia se establecería cuando se hubiera alcanzado el 5% del máximo de contagios registrado durante el ciclo de referencia. Por supuesto, eso supone que, para ciclos con mayores máximos, 5% representará un número absoluto más grande. Empero, más allá de esa objeción, retengamos el criterio de abatir el máximo de contagios registrados hasta el 5%, o incluso una proporción menor, para considerar que una política sanitaria ha sido capaz de contener o mitigar la difusión del virus. Cualquier reducción

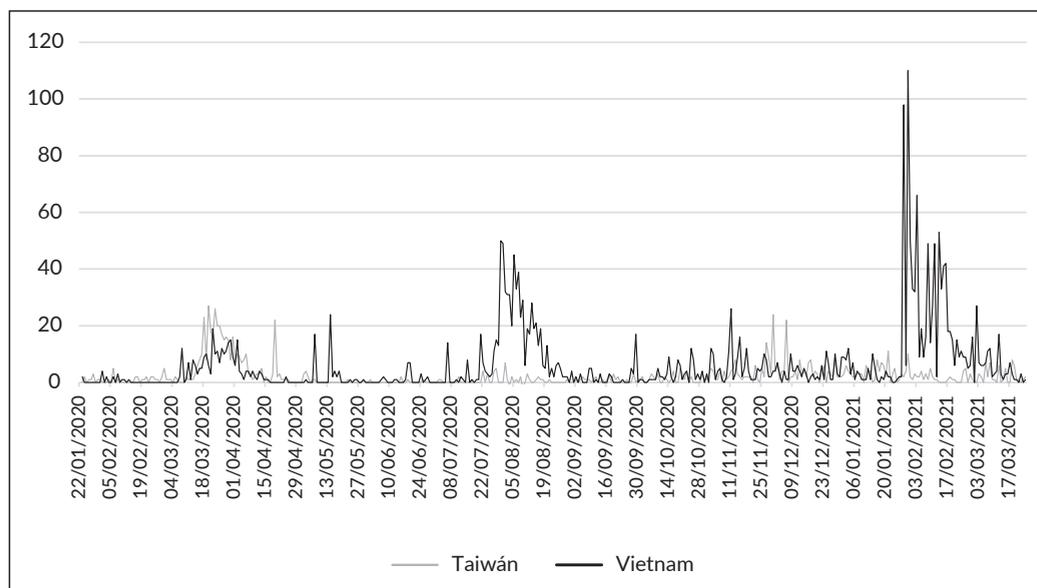
del máximo de contagios por encima del 5 % señalado puede ser considerada como una expresión de las dificultades gubernamentales para mantener la disciplina sanitaria social y, en consecuencia, para contener los contagios de manera efectiva. Eso, no obstante, no va contra la capacidad de mitigar los contagios, en la medida en que la mitigación supone la disminución de la velocidad de la difusión del virus y de los efectos sobre la salud pública.

Este criterio cualitativo complementa a los cuantitativos considerados hasta ahora para seleccionar los ocho países asiáticos del Pacífico y clasificarlos dentro de los tres grupos que determinan la estructura general del libro. La primera parte incluye los estudios sobre el grupo integrado por Taiwán y Vietnam, países que, en la medida en que sus gobiernos han sido capaces de contener y mantener un control estricto sobre la pandemia durante la fase estudiada, pueden ser considerados como los arquetipos de la contención prolongada del virus. En ambos casos, los altibajos en el número de contagios son resultado de la tensión existente entre la interdependencia con el exterior y el juego de fuerzas autoridad gubernamental-disciplina social. En la gráfica 1 se aprecia la capacidad de ambos gobiernos para impedir la difusión de los contagios (escala del eje vertical), la cual es mínima en comparación con la de países como Estados Unidos, Brasil o India.

En el capítulo relativo a Taiwán, Pablo Henri Ramírez Didou explica cómo los errores cometidos durante la crisis sanitaria ocasionada por el SARS, en 2003, sirvieron al gobierno de la isla para prepararse contra un nuevo trance como el del coronavirus. Después de ser el tercer país con más muertos durante el brote de SARS, el gobierno taiwanés desarrolló protocolos para que toda su infraestructura médica pudiese reaccionar de manera efectiva en caso de enfrentarse a un nuevo riesgo de salud basado en un virus de transmisión respiratoria. Esa preparación institucional previa permitió al gobierno taiwanés reaccionar rápida y eficazmente. Antes de que las autoridades chinas confirmaran la aparición de una nueva enfermedad respiratoria en su territorio, ya se había instaurado un sistema de monitoreo de todos los aviones y pasajeros provenientes de China continental y poco después se decidió cerrar las fronteras a todos los no residentes. La adopción de estas medidas preventivas tempranas, el establecimiento de una cuarentena obligatoria de catorce días a toda persona proveniente del exterior y/o que hubiera

tenido contacto con alguna persona infectada, así como el uso de las nuevas tecnologías y del *big data*, permitieron una localización eficaz de los casos de coronavirus en el territorio nacional sin tener que implementar confinamientos parciales o totales de zonas enteras, ni llegar a parar la economía local o llevar a cabo pruebas masivas para la detección del coronavirus.

Gráfica 1  
Taiwán y Vietnam: países exitosos en la contención del virus



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

En su colaboración, Ian Jetro González aborda el manejo de la pandemia por parte del gobierno de Vietnam; un país que demostró tener la capacidad de enfrentarse a una crisis sanitaria de gran magnitud, pues hasta el 1 de enero de 2021 registraba 1474 infecciones y tan solo 35 decesos. Vietnam tiene una de las tasas de contagio más pequeñas a nivel mundial, de 0.1 casos por cada 10000 habitantes; y al igual que el caso de Taiwán, su éxito en gestión epidemiológica está basado en la experiencia obtenida durante el brote de SARS en 2003. Las lecciones aprendidas en ese entonces

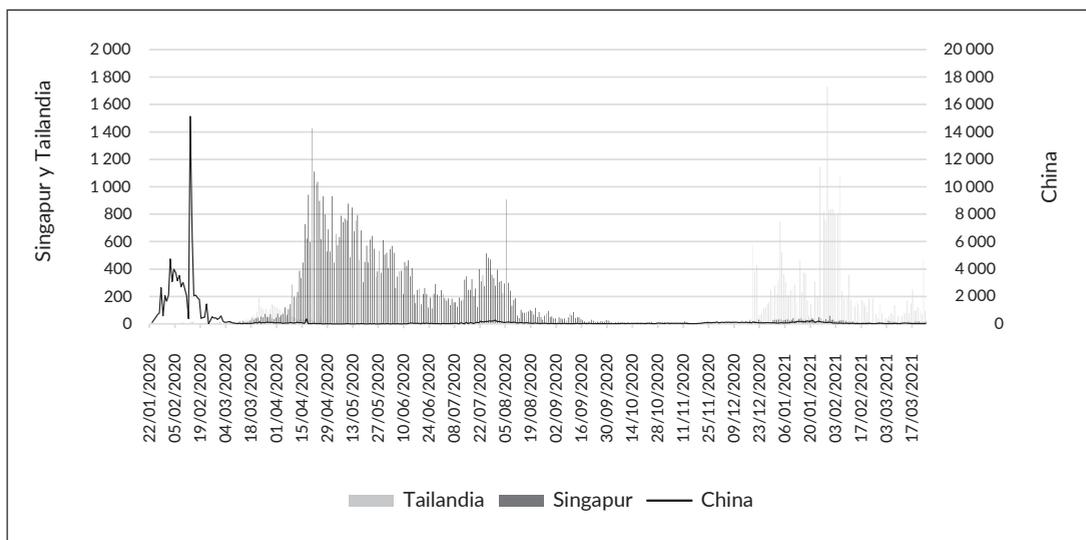
permitieron al gobierno vietnamita implementar acciones tempranas como el monitoreo de la movilidad entrante y saliente de personas del territorio nacional, o el confinamiento parcial de regiones enteras. La estrategia gubernamental estuvo basada en un rastreo exhaustivo de los casos para lograr romper las cadenas de contacto y, por ende, la transmisión comunitaria de la COVID-19 dentro de la sociedad vietnamita. La cohesión burocrática, la transparencia del gobierno sobre el manejo de la pandemia, una efectiva campaña de comunicación para concientizar a la población acerca del coronavirus y la manera de prevenir los contagios, aunado a la participación social en labores de prevención, son elementos que permiten argumentar que Vietnam presentó una fórmula efectiva de contención a pesar de sus aparentes carencias económicas y tecnológicas.

La segunda parte del libro se integra por las experiencias de los gobiernos de Tailandia, Singapur y China. Estos países también han logrado contener la propagación del virus, aunque cada uno de ellos debió superar dificultades domésticas para alcanzar su objetivo. En ese sentido, las diferencias entre las tres experiencias son claras. En primer término, destacan las escalas de los contagios: en Singapur, el máximo de contagios fue de 1 426, registrado el 20 de abril de 2020; en Tailandia de 1 732, registrado el 29 de enero de 2021; y en China de 15 136, registrado el 13 de febrero de 2020 (véase gráfica 2).

En segundo lugar debemos tener en consideración la duración de los principales ciclos de contagio, pues indican tanto la velocidad de difusión del virus como las dificultades gubernamentales para contenerlo: China, país de origen del virus, registró un ciclo único que se extendió del 22 de enero hasta los primeros días de marzo de 2020 —después, el control gubernamental sobre los contagios ha sido riguroso—. En ese sentido, Itzel Martínez Ruiz analiza cómo el gobierno de la República Popular de China logró ejecutar una ambiciosa política interna que permitió salvaguardar la seguridad de su población, así como garantizar la estabilidad económica y política. Desde el 1 de diciembre de 2019 —cuando fue detectado el primer caso de coronavirus en humanos vinculado con el Mercado Mayorista de Mariscos de Huanan, en Wuhan, capital de la provincia de Hubei— hasta el 11 de marzo de 2020 —cuando la OMS declaró la COVID-19 como pandemia mundial—,

el gobierno del presidente Xi Jinping puso en práctica acciones estrictas que consiguieron evitar drásticamente la propagación del SARS-cov-2 en el país. Una severa cuarentena en ciudades enteras, la movilización de recursos humanos, la adaptabilidad de la industria para producir insumos médicos, el apoyo financiero y fiscal a comercios e industrias para resistir las cuarentenas, así como la construcción exprés de hospitales, permitieron al gobierno central un manejo eficaz de la pandemia que evitó una catástrofe en materia económica y del sistema de salud. Además, el Estado aprovechó esta coyuntura no solo para fortalecer su control en el interior del país, sino también para reforzar su posición internacional por medio de la diplomacia con el desarrollo de las vacunas y las donaciones de medicamentos y materiales de protección sanitaria.

Gráfica 2  
Países que lograron contener el virus con dificultades



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

En el caso de Singapur, el gobierno pudo limitar en extremo los contagios al inicio de la pandemia; sin embargo, desde el 6 de marzo comenzó a registrar un incremento lento pero constante que se aceleró después de los

primeros días de abril hasta alcanzar un máximo de 1 426 contagios al día 20 de ese mes. El ciclo se extendió hasta los primeros días de agosto y a partir de ahí, estos han sido mínimos. En ese tenor, Virginia Leticia Valdivia Caballero indaga en las acciones tempranas que se llevaron a cabo para la detección de posibles casos en las fronteras y puertos de entrada al país, así como en el desarrollo de una campaña de comunicación para educar en la prevención antes de detectarse nuevos contagios. La autora también estudia la contención exitosa de la propagación del coronavirus como resultado de la implementación de estrictas cuarentenas durante las primeras semanas de la pandemia. Pese a dichas estrategias, el gobierno estuvo a punto de perder el control en marzo de 2020 debido a un clúster de infecciones entre trabajadores migrantes —en su mayoría del sector de la construcción— provenientes de Bangladesh, China e India, quienes vivían hacinados en dormitorios donde no era posible el distanciamiento social, generando una incubadora y un foco de propagación del coronavirus. Sin duda, una situación difícil de controlar que además puso en evidencia la falta de derechos de salud y de seguridad social que enfrentan los trabajadores migrantes, legales e ilegales, en Singapur.

Tailandia es el quinto país de la región que ha domado la pandemia. Su primera ola de contagios fue en pequeña escala y de corta duración (de mediados de marzo a mediados de abril), y aunque se dieron nuevos brotes durante el verano y el otoño, el gobierno tailandés logró contener la segunda ola de infecciones el 19 de diciembre de 2020. No obstante que el máximo de contagios (1 732) se alcanzó el 29 de enero de 2021 y en marzo ya se había recuperado el control sobre las transmisiones, todavía hubo algunas dificultades para recobrarlo de manera permanente. En su respectivo capítulo, Natalia Rivera Ángel se encarga de explorar las medidas sanitarias impuestas por el gobierno del primer ministro Prayuth Chan-o-cha para contener la propagación del SARS-CoV-2 dentro del país. A pesar de su fuerte dependencia del turismo, en especial el proveniente de China, el gobierno de Tailandia decidió rápidamente cerrar los intercambios aéreos con este país, aun cuando el inicio de la crisis sanitaria coincidiera con el comienzo del periodo vacacional del año nuevo chino —crucial para la economía local—. Una vez cerrada esa vía de tránsito, y ante la rápida propagación de la COVID-19 a nivel internacional, el gobierno tailandés clausuró todas las

fronteras y emprendió campañas para concienciar a su población local, incluyendo a las importantes comunidades birmanas, laosianas, camboyanas y chinas. Asimismo, para contener la propagación local del virus se establecieron confinamientos generales y cuarentenas obligatorias para todo viajero proveniente del exterior, toques de queda, uso forzoso del cubrebocas, mantenimiento de la sana distancia, además del acceso a pruebas PCR a toda persona dentro del territorio nacional. Estas medidas han tenido un fuerte impacto económico sobre el país dada la importancia del turismo internacional; en contrapartida, sus casos positivos nunca llegaron a poner en jaque al sistema nacional de salud y el número de muertes fue muy reducido.

Por último, la tercera parte de este libro compendia las experiencias sanitarias de los gobiernos de Corea del Sur, Malasia y Japón. La gráfica 3 nos muestra con detalle la evolución de las infecciones en esos países. Como indicamos líneas atrás, todos registraron olas de contagio de diferentes magnitudes al inicio de la pandemia, pero sus gobiernos pudieron frenarlas durante un tiempo relativamente prolongado. A pesar de las dificultades para mantener el control estricto sobre la pandemia debido a diversos factores locales, los capítulos correspondientes muestran cómo los contagios han permanecido en niveles manejables para sus sistemas de salud y hospitalarios.

En Corea del Sur, hacia el 10 de agosto de 2020, comenzó una segunda ola que alcanzó el máximo de contagios (441) el 26 de ese mes. El gobierno fue capaz de reducir las infecciones, aunque no logró rebasar el 5% del valor máximo. En esas condiciones, hacia mediados de octubre comenzó la tercera ola, cuyo máximo (1 237) fue alcanzado el 24 de diciembre. El gobierno coreano logró abatir nuevamente los contagios, pero no con la misma contundencia que en las olas anteriores: las infecciones han oscilado desde entonces alrededor de los cuatrocientos casos diarios.

Juan Felipe López Aymes explica cómo el gobierno de la República de Corea basó parte de su respuesta a la COVID-19 en las lecciones aprendidas durante la deficiente gestión del brote del MERS en 2015. El gobierno surcoreano otorgó mayor autonomía y autoridad al Centro Coreano de Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas, y tomó la responsabilidad no solo de proveer servicios de salud, información y un sistema de alertas sanitarias, sino también de dirigir el comportamiento y movilidad de la sociedad

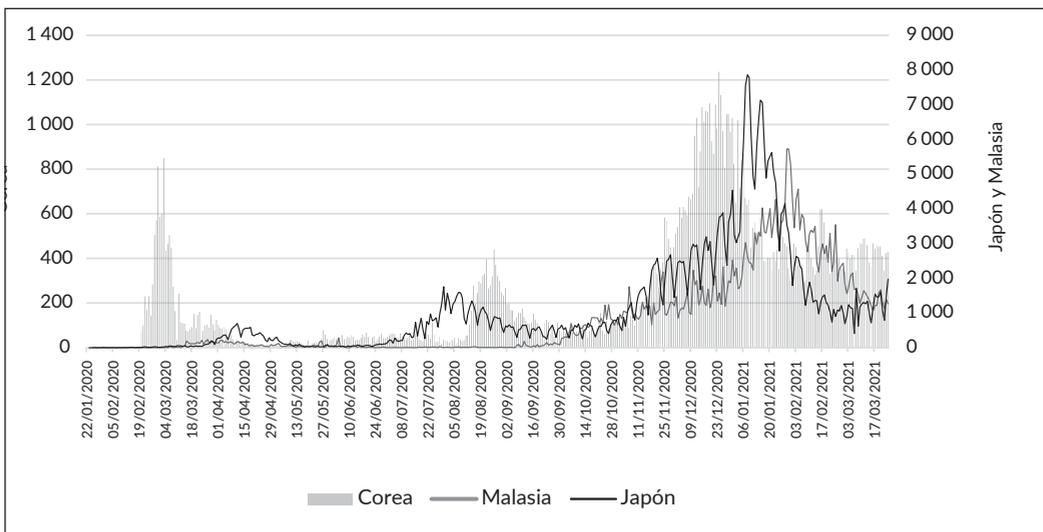
para identificar rápidamente los brotes de infección, romper la cadena de transmisión, frenar la propagación y mantener el cúmulo de enfermos en una escala manejable. Así evitó la sobrecarga del sistema médico nacional y reanudó lo más rápido posible la actividad económica. A pesar del éxito en el control de las infecciones y de mantener una actividad económica más o menos estable durante las dos primeras olas, la fatiga social por las medidas de distanciamiento, el estrés derivado del aislamiento y la incertidumbre económica fueron los factores que llevaron a Corea del Sur a enfrentar una tercera ola originada en la necesidad de aprender a convivir con este coronavirus en el día a día.

En Malasia, la segunda ola comenzó hacia finales de septiembre de 2019 y alcanzó el punto de inflexión (5 298 contagios) hasta el 31 de enero de 2021. Posteriormente, la reducción del número de infecciones fue relativamente rápida, sin llegar a rebasar la cota indicativa de la contención. Juan José Ramírez Bonilla se aboca al caso de este país que también logró controlar la primera ola, aunque con algunos problemas para paliar las subsecuentes olas por causas muy similares a las de Singapur: las malas condiciones de vida de los trabajadores inmigrantes, legales e ilegales, en el territorio malasio. La evolución de la pandemia en Malasia ha puesto de relieve la relación de los trabajadores extranjeros con la propagación del virus: la distribución geográfica de estos se determina por las actividades económicas y, por lo tanto, la mayoría de los contagios se concentró en los estados de la Federación de Malasia donde se desarrollan dichas actividades. A pesar de que la economía de este país está basada en actividades urbanas, los trabajadores migrantes viven en condiciones de hacinamiento y de precariedad de los servicios. Además, la porosidad de las fronteras malasias, sobre todo en Borneo, dificultó la detección de posibles casos e imposibilitó romper las cadenas de transmisión. Para hacer frente a este problema, el gobierno se vio obligado a imponer ultimátums a los trabajadores extranjeros y a sus empleadores con el fin de someter un mayor número de ellos a pruebas de detección de coronavirus para controlar la pandemia.

En Japón la evolución de la pandemia ha sido similar a la de Corea, con tres olas de contagios. Sin embargo, aunque el gobierno también fue capaz de reducirlos durante la segunda y la tercera, no logró rebasar el límite

cuantitativo de la contención. Un rasgo peculiar de la curva de contagios de Japón es que, a lo largo de marzo de 2021, parece dibujarse el inicio de una cuarta ola. Alfredo Álvarez Pérez expone cómo el gobierno japonés se vio desbordado por la tercera ola, aun después de haber contenido de manera eficaz la primera gracias a la experiencia obtenida con la gestión del caso del crucero Diamond Princess y a la existencia de instrumentos jurídicos previstos en la declaración del estado de emergencia. La saturación de los servicios sanitarios japoneses se debió en gran medida a la falta de personal médico capacitado para enfrentar la pandemia. Esta carencia de personal obligó al gobierno a crear programas de subsidio para incentivar la participación de un mayor número de hospitales y trabajadores dedicados a la atención de los pacientes positivos, para solicitar el apoyo de estudiantes de posgrado de escuelas de enfermería de todo el país y para utilizar al personal de enfermería de las Fuerzas de Autodefensa en las prefecturas de Hokkaido y Osaka. A pesar de haber declarado el estado de emergencia nacional dos veces, el hecho de no haber limitado la libre circulación de las personas y el contacto social en

Gráfica 3  
Países exitosos en la mitigación del virus



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

los momentos en los que los contagios se encontraban en una curva ascendente, acabó por saturar la infraestructura sanitaria y por hacer colapsar la estrategia de contención de la pandemia del gobierno japonés.

En resumen, en este libro analizamos las reacciones de los gobiernos de la región asiática del Pacífico ante la primera pandemia del siglo XXI. La COVID-19 ha puesto en jaque el *statu quo* global interrumpiendo las cadenas de suministros internacionales, paralizando la movilidad internacional de personas y cerrando fronteras de una manera jamás vista. Todos los gobiernos han intentado adaptarse a un problema de salud pública para el cual muy pocos estaban preparados. Además, la crisis sanitaria ha dejado al descubierto la fragilidad y rezago de los sistemas sanitarios en materia de prevención, atención y seguimiento epidemiológico de prácticamente todos los países del mundo para atender una emergencia determinada por las peculiaridades del SARS-COV-2; sin embargo, como indicamos, ha habido casos de éxito en la contención de la pandemia y este libro busca explicar cómo se llevaron a cabo, en qué fallaron algunos gobiernos que parecían tener todo bajo control y cómo lograron transitar exitosamente a la mitigación de los contagios.

Quienes participamos en este libro agradecemos al Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) y a la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPYS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por haber acogido institucionalmente este proyecto. También forma parte del Proyecto PAPIIT IA300421 “Las Relaciones Económicas Transpacíficas y México en el marco de los efectos de la Pandemia COVID-19 (2020-2022)”. No sobra decir que las opiniones y conclusiones vertidas son responsabilidad de cada autor y autora, por lo que los juicios individuales no comprometen sus instituciones de adscripción, así como tampoco al CRIM, a la FCPYS o a la UNAM.

## Referencias bibliográficas

- Europa Press*. 2020. “oms pide ‘contención’ y ‘mitigación’ contra el COVID -19 y alaba las ‘medidas agresivas’ de Italia”. *Infosalus*, 9 de marzo de 2020. <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-oms-pide-contencion-mitigacion-contracovid19-alaba-medidas-agresivas-italia-20200309185141.html>.
- Gao, Yun y Yuyao Liu. 2020. “WHO: Covid-19 in China Moves into ‘Mitigation Stage’”. *CCTV-News*, 6 de abril de 2020. <https://news.cgtn.com/news/2020-04-06/WHO-COVID-19-in-China-moves-into-mitigation-stage--PsPafbfDBm/index.html>.
- Gobierno de México. 2020a. “Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México”. Conferencia de prensa, COVID-19, 27 de febrero de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=8Ah2nhOf9M>.
- Gobierno de México. 2020b. “Informe diario por coronavirus en México, 16 de abril de 2020”. Conferencia de prensa, COVID-19, 16 de abril de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=ffnjsXtv0wU>.
- Jiménez, Ángel. 2020. “La oms señala que estamos ante una ‘pandemia controlable’ y pide no abandonar la ‘contención’”. *ConSalud.es*, 12 de marzo de 2020. [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/oms-senala-pandemia-controlable-pide-no-abandonar-contencion\\_75733\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/oms-senala-pandemia-controlable-pide-no-abandonar-contencion_75733_102.html).
- National Statistics, Republic of China (Taiwan). 2022. “Latest Indicators”. Última modificación en febrero de 2022. <https://eng.stat.gov.tw/point.asp?index=9>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. “Alocución del Director General de la oms en la rueda de prensa para las misiones diplomáticas sobre COVID-19 celebrada el 26 de febrero de 2020”. Consultado en febrero de 2020. <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---26-february-2020>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2020. “La oms declara que el nuevo brote de coronavirus es una emergencia de salud pública de importancia internacional”. <https://www.paho.org/es/noticias>

- /30-1-2020-oms-declara-que-nuevo-brote-coronavirus-es-emergencia-salud-publica-importancia.
- PopulationPyramid.net. 2020. “Lista de países ordenados por población”. Última modificación en diciembre de 2019. <https://www.populationpyramid.net/es/poblacion-por-pais/2020/>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020. “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”. *OurWorldInData.org*. Última modificación en marzo de 2022. <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
- WHO. 2020. *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/table>.



## PRIMERA PARTE

### Experiencias exitosas en la contención del virus



# 1 La respuesta de Taiwán a la pandemia: eficiencia administrativa en un entorno democrático

Pablo Henri Ramírez Didou

## Introducción

A diecisiete meses de iniciada la pandemia, la catástrofe sanitaria mundial acumulaba más de 103 millones de casos confirmados de la COVID-19 y superaba 2.24 millones de fallecidos. Ante ese escenario desolador, Taiwán fue uno de los pocos casos de éxito en la contención del nuevo coronavirus. Hasta el 5 de mayo de 2021, la isla, con una población de 23 millones de habitantes, registraba únicamente 1 160 casos confirmados y 12 muertos (JHU 2021). Como veremos en este capítulo, muchos de los casos confirmados fueron importados del extranjero, lo que sugiere niveles limitados de transmisión comunitaria. Para los habitantes de Taiwán, a pesar de tener normas vigentes como el uso del cubrebocas en lugares públicos y cerrados, podría decirse que la vida seguía en la normalidad, pues lo que podía verse en los medios de comunicación eran escenas muy similares a la cotidianidad pre-COVID-19. Este logro de contención epidemiológica es aún más notable si se tiene en cuenta que la isla se encuentra a solo 130 kilómetros de la costa de la República Popular de China (RPC o China), que cuenta con un importante tráfico diario de personas entre ambos territorios y, además, que se le ha negado el acceso a la información pertinente debido a su politizada exclusión de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Como se argumenta en este capítulo, la contención efectiva del coronavirus en Taiwán durante el primer año fue posible gracias a la eficiencia administrativa en un entorno democrático. Esta capacidad tiene su origen en el hecho de que el gobierno central admitió y aprendió de los errores cometidos durante el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés) en 2003. A través de lo que algunos llaman el modelo taiwanés

de gestión del brote de coronavirus, Taipéi adoptó medidas tempranas para controlar su propagación, incluido el cierre de sus fronteras con China, el aprovechamiento del poder de la tecnología digital para llevar a cabo un rastreo eficiente de los contactos y la aplicación de cuarentenas masivas (Chen et al. 2020). Empero, a diferencia de la RPC, Taiwán pudo controlar la propagación del coronavirus sin recurrir a una cuarentena nacional gracias a tres medidas esenciales: el rastreo de contactos de las personas infectadas, la puesta en funcionamiento de un sistema riguroso de cuarentena a toda persona sospechosa de estar contagiada y la minuciosa aplicación de pruebas de detección del SARS-COV-2 entre su población. La ejecución efectiva de estas medidas fue posible gracias a un liderazgo político eficaz, a una sólida infraestructura de salud pública, a una población consciente del esfuerzo necesario para el bienestar de la sociedad en general y a la experiencia del SARS vivida más de tres lustros atrás.

### **Del desastre del SARS a una adaptabilidad sanitaria en tiempo real**

Poco después de iniciado el siglo XXI, el SARS tomó por sorpresa al gobierno taiwanés; una desatención que acabó pagando muy caro al contabilizar el tercer mayor número de casos a nivel mundial con 346 de los 8 110 casos, 73 muertos (WHO 2015) y poniendo a más de ciento cincuenta mil personas en cuarentena (Chen et al. 2005). Las autoridades taiwanesas argumentaron que podrían haber respondido mejor a la propagación del SARS si hubiesen tenido contacto regular con la OMS; sin embargo, las trabas políticas impuestas por el gobierno chino habían excluido a Taiwán de dicho organismo internacional. Esta exclusión ocasionó que la OMS tardara cincuenta días en enviar expertos a la isla (Hickey 2006) y demostró la necesidad de incluirla en dicha organización para facilitar sus intervenciones en caso de una crisis de salud pública.

A causa de esta amarga experiencia en la gestión del SARS, el gobierno de Taiwán decidió llevar a cabo una transformación de su sistema de salud que contó con el apoyo de todas las facciones políticas del país. Para llevarla

a cabo, se reforzaron drásticamente las medidas de control de pandemias articulando políticas públicas preventivas y proactivas, e integrando también nuevas tecnologías alrededor de su sistema de salubridad.

Una de las políticas clave puesta en marcha después de la fallida contención del SARS fue el desarrollo de un protocolo estandarizado de procedimientos para que todos los hospitales, públicos o privados, pudieran hacer frente a las enfermedades altamente contagiosas (Kao et al. 2017). Asimismo, el uso de la tecnología enfocada en la información médica desempeñó un papel vital en la lucha contra la COVID-19.

La Administración del Seguro Nacional de Salud desarrolló dos formas de tecnología de la información que resultaron fundamentales en la preparación, en caso de presentarse una nueva emergencia sanitaria y para el control de la misma. La primera de estas tecnologías fue la creación de la tarjeta inteligente del Sistema Nacional de Salud, la cual permite a todos los proveedores de servicios de salud del país acceder en tiempo real a los historiales médicos de los pacientes. La segunda tecnología fue el sistema Medi-Cloud, desarrollado en 2018, que proporciona acceso en tiempo real, tanto a proveedores como a pacientes, de sus historiales médicos, incluyendo imágenes de diagnóstico y recetas médicas que les han sido prescritas (Chiang 2019). A ello hay que sumarle que, en 2003, después del SARS, las autoridades sanitarias taiwanesas crearon el Centro de Mando de Epidemias (CME), un organismo dependiente del Centro de Control de Enfermedades (Center for Disease Control, CDC por sus siglas en inglés).

El 31 de diciembre de 2019, mientras que la mayor parte del mundo se preparaba para celebrar el año nuevo, el doctor Lo del CDC de Taiwán se despertó con una alerta en su teléfono. Sus colegas de la unidad de seguimiento de los medios de comunicación habían detectado publicaciones en las redes sociales sobre una neumonía de causa desconocida en Wuhan, China. Las publicaciones originales se eliminaron rápidamente de las redes sociales chinas, pero volvieron a publicarse a través de capturas de pantalla en PTT, un popular foro en línea taiwanés.

Alrededor de las 13:00 h de ese mismo día, la Comisión Municipal de Salud de Wuhan anunció 27 casos de neumonía relacionados con un mercado de mariscos. De acuerdo con sus investigaciones, no se encontró que

existiera una transmisión clara de persona a persona (Watt 2020). Tendrían que pasar tres semanas más, antes de que un experto designado por el gobierno chino confirmara en la televisión estatal que la nueva enfermedad, después conocida como COVID-19, podía propagarse entre las personas. Dos días después, la OMS emitía en una declaración que los datos “sugieren que la transmisión de persona a persona está teniendo lugar en Wuhan” (Parry 2020).

Taiwán no esperó el anuncio del gobierno de China y de la OMS para aumentar sus precauciones ante el nuevo coronavirus. A partir del 31 de diciembre de 2019, las autoridades sanitarias taiwanesas activaron los controles sanitarios sobre todos los pasajeros procedentes de Wuhan (Watt 2020).

El 1 de enero de 2020, el gobierno taiwanés reunió un grupo de trabajo interdepartamental y un equipo de expertos en enfermedades infecciosas, salud pública y ciencias de laboratorio. Las autoridades elevaron la advertencia de viaje a Wuhan al nivel de alerta y previnieron a la comunidad sanitaria del país para que informara de manera inmediata al Centro de Control de Enfermedades sobre los pacientes con síntomas respiratorios y fiebre, o presunta neumonía, y que hubieran viajado recientemente a Wuhan (*Taiwan Today* 2020a).

El 16 de enero de 2020, dos expertos taiwaneses que habían sido enviados a Wuhan declararon que el brote de la epidemia podría ser más peligroso de lo que se pensaba y que existía la posibilidad de contagio entre humanos al tener pruebas de infección entre los miembros de una misma familia (CDC 2020a). La respuesta no se hizo esperar: el CME entró en operación el 20 de enero de 2020, un día antes de que Taiwán tuviera su primer caso de COVID-19. El Centro de Mando incorporó inmediatamente la tecnología de las tarjetas del Servicio Nacional de Salud y la tecnología de MediCloud al sistema de control de la pandemia para desarrollar un sistema de alerta en tiempo real, vinculándolo con los datos de inmigración de cada ciudadano residente en el país. Esto permitió a los proveedores de servicios de salud obtener el historial de viajes de los pacientes, su ocupación, su historial de contactos y su participación en reuniones masivas; lo que derivó en una detección inmediata con diagnósticos rápidos y precisos que permitieron interrumpir rápidamente la cadena de contagio.

Este sistema de información fue vital para el desarrollo de una estrategia eficiente y económica de aplicación de pruebas de detección del coronavirus de manera focalizada. Es decir, en lugar de realizar pruebas masivas, solo un número pequeño pero crítico de personas tendría que efectuar ese procedimiento. MediCloud también fue fundamental para facilitar el acceso universal a las mascarillas quirúrgicas mediante un sistema de racionamiento nacional; así, todos sus ciudadanos y residentes permanentes podrían obtener ese tipo de protección en puntos de venta específicos (*Taiwan Today* 2020a).

El primer caso de coronavirus en Taiwán se detectó el 21 de enero de 2020. Se trató de una infección importada: una mujer de cincuenta años que regresaba de Wuhan, donde trabajaba como profesora. La paciente se presentó de manera voluntaria ante las autoridades sanitarias del aeropuerto internacional de Taoyuan y fue hospitalizada de inmediato (*Reuters* 2020). A pesar de ser el primer caso activo en el territorio nacional, el CDC taiwanés hizo un llamado a la calma y pidió a las personas que hubieran viajado a Wuhan y que mostraran síntomas gripales en los catorce días posteriores a su regreso, que usaran mascarillas y se presentaran voluntariamente para notificarlo. Al mismo tiempo, las autoridades aumentaron la alerta sanitaria de Wuhan al nivel 3, el más alto en el sistema de monitoreo de pandemias, catalogando así a esa región como un posible foco de contagio. Por si acaso, también prepararon alrededor de mil camas de hospital para poner en cuarentena a posibles casos de coronavirus (CDC 2020b).

Para prevenir la escasez y las compras de pánico de mascarillas quirúrgicas y las de tipo KN95, el gobierno taiwanés anunció el 24 de enero que quedaba prohibida su venta para la exportación durante un mes (Lin 2020). Esta medida favoreció que la población contara con una cantidad suficiente de mascarillas de alta calidad y así privar lo menos posible la asistencia a lugares públicos y cerrados. Ese mismo día se activó una ley aprobada durante el brote de SARS en 2003, la Ley de Control de Enfermedades Transmisibles, que multaba con 300 000 dólares taiwaneses (alrededor de 10 000 dólares estadounidenses) a todo aquel que no declarara estar enfermo a las autoridades sanitarias a su llegada a la isla. El ministro de Salud y Bienestar, Chen Shih-chung, anunció que toda persona que escondiera su estado de salud en

caso de estar enfermo tendría que asumir sus gastos médicos y sería puesta en una lista negra pública por poner en peligro al resto de la población (*Apple Daily* 2020).

El 16 de febrero tuvo lugar el primer deceso por coronavirus en Taiwán. La víctima fue un hombre de 61 años que padecía de hepatitis B y diabetes. Esta fue la quinta muerte fuera de China a nivel mundial y tuvo lugar cuando solo había veinte casos de coronavirus diagnosticados en toda la isla (*Focus Taiwan* 2020a). Ese mismo mes, el Centro de Control Epidemiológico, en colaboración con las compañías telefónicas del país, desarrolló un sistema de trazabilidad y monitoreo de personas mediante GPS y el uso de tarjetas SIM de los celulares. Esto fue posible gracias a la Ley de Control de Enfermedades Infecciosas de 2007 que permitió a los funcionarios acceder a información personal para la contención del coronavirus.

El Sistema de Cuarentena de Entrada (Quarantine System for Entry) fue creado gracias a la tecnología GPS del Sistema de Vallas Electrónicas Inteligentes (Intelligent Electronic Fences System, IEFS por sus siglas en inglés) para triangular la ubicación de las personas en cuarentena basándose en las señales de sus teléfonos móviles y las torres de telefonía celular cercanas. Cuando la señal del teléfono móvil de un paciente en confinamiento aparecía fuera de su área designada, el sistema enviaba mensajes de alerta a las autoridades. Acto seguido, procedían a verificar el cumplimiento de las normas de aislamiento y se tomaban las medidas necesarias.

La creación de esta forma de monitoreo logró imponer el respeto de las medidas sanitarias de cuarentena y reducir significativamente la carga de trabajo necesaria para el control de la pandemia. No obstante, una de las preocupaciones al respecto era la violación de los derechos personales y de privacidad de las personas; ante esa inquietud, el gobierno fue enfático en que el monitoreo de las señales telefónicas de los individuos, el uso de datos personales y su almacenamiento se conservarían solo durante el periodo de cuarentena de cada persona, por lo que serían eliminados una vez concluida (Eigen, Wang y Gasser 2020). Podría decirse que la población taiwanesa reconoció el valor de estas medidas, por lo que el sistema de monitoreo demostró un destacado nivel de cooperación y confianza entre el gobierno, la sociedad y el sector privado en Taiwán. Gracias a esta tecnología, el Estado

taiwanés logró hacer un seguimiento exhaustivo de los pacientes diagnosticados con SARS-CoV-2 y de los casos sospechosos, por lo que se incrementó su capacidad de atención y tratamiento en momentos críticos de la pandemia.

Un caso ejemplar de esta medida se produjo después de que más de tres mil pasajeros del crucero Diamond Princess visitaran múltiples lugares del norte de Taiwán, después de desembarcar en el puerto de Keelung. El IEFS rastreó 627 386 contactos potenciales y les aconsejó que hicieran la cuarentena en casa y, de este modo, ayudó a evitar brotes en la comunidad. Gracias a este primer ejercicio se logró determinar que ningún caso de COVID-19 se originó a causa del contacto con los pasajeros de ese crucero, aunque a la postre acabaría siendo un foco de infección muy grave en Japón, como lo reconocen Chen et al. (2020) y Alfredo Álvarez en su capítulo, en este mismo libro.

Otro caso de emergencia se produjo a mediados de abril, cuando un buque de la armada regresó después un viaje de tres días en el cual se visitaron varias ciudades y se descubrió que 36 de sus 377 tripulantes estaban infectados con SARS-CoV-2. Gracias al IEFS se identificaron todos los lugares públicos que visitaron, se informó a los posibles contactos y se evitaron los brotes infecciosos en la comunidad.

En cuanto al blindaje del país respecto de viajeros provenientes del exterior posiblemente infectados, el 16 de febrero se puso en línea el Sistema de Cuarentena de Entrada para los pasajeros que entran a Taiwán vía aérea, quienes debían introducir su información sanitaria en línea antes de realizar sus vuelos para poder recibir un pase de declaración de salud en sus teléfonos móviles a su llegada (MOHW 2020). Este sistema digital ayudaba a los pasajeros a pasar rápidamente el control de inmigración e integraba su información de viaje a la base de datos del Seguro Nacional de Salud, así como a los sistemas de seguimiento de la cuarentena de catorce días (orc 2020). Dicha triangulación de datos permitía que los trabajadores sanitarios de primera línea pudieran detectar posibles casos de infección basándose en el historial de viajes y los síntomas de sus pacientes, y tomar medidas inmediatas de ser necesario. Los viajeros procedentes de países considerados de alto riesgo fueron objeto de un seguimiento individualizado en sus desplazamientos por la isla para evitar la propagación del virus a las comunidades locales.

Como hemos visto, Taiwán se adaptó rápidamente a las características de contagio del nuevo coronavirus y desarrolló herramientas eficaces para lograr la trazabilidad de los contactos de todos los posibles casos de COVID-19 en el país. Sin embargo, esta es solo una de las tres estrategias que el gobierno creó para la contención del virus en su territorio. A continuación se analiza la manera en que organizó su sistema de cuarentena.

## El sistema taiwanés de cuarentena

Tal como se dijo líneas atrás, desde principios del mes de marzo de 2020, los viajeros taiwaneses y extranjeros que llegaban al país estaban sujetos a una cuarentena de catorce días, la cual podía llevarse a cabo en casa o en hoteles que habían sido adaptados para ello. Asimismo, los recién llegados debían trasladarse a su lugar de cuarentena mediante el uso de transporte privado o utilizando autobuses y taxis acondicionados para movilizar a posibles casos de coronavirus. Los viajeros tenían terminantemente prohibido el uso de cualquier tipo de transporte público y, en caso de ser sorprendidos rompiendo estas reglas, podían ser sujetos a una multa que iba desde 10000 hasta el millón de dólares taiwaneses (de 333 a 33333 dólares estadounidenses). Para dejar en claro que los infractores no iban a salirse con la suya, en las primeras dos semanas de la implementación de la cuarentena obligatoria, las autoridades multaron a setenta personas por no respetar los protocolos de aislamiento (Shen, Yao y Chung 2020).

Como se describió en la sección anterior, la gente en cuarentena era monitoreada en tiempo real a través de las coordenadas de GPS de la tarjeta SIM de cada teléfono celular gracias al sistema de vallas electrónicas. Si los teléfonos móviles estaban apagados o las personas salían de sus casas, el IEFs alertaba a las autoridades locales, incluida la policía, para que pudieran dar con su paradero. En caso de que las personas arribaran al país sin un número de teléfono taiwanés, recibían una tarjeta SIM local de manera gratuita por parte de las autoridades sanitarias.

Este no fue el único medio de monitoreo puesto en funcionamiento por las autoridades taiwanesas. Los funcionarios civiles locales del CDC

establecían contacto con las personas que debían estar en cuarentena domiciliaria al menos una vez al día, y en caso de haber estado cerca de un caso positivo debía comunicarse dos veces al día (Chen 2020). Esta es una medida muy parecida a la que se llevó a cabo en Corea del Sur.

Reconociendo los retos sociales, físicos y mentales que representa para las personas permanecer en casa o en un cuarto de hotel durante dos semanas sin poder asistir al trabajo, a la escuela y sin ningún tipo de contacto con el exterior, los gobiernos locales crearon centros de atención para proporcionar apoyo y asesoramiento psicológico, lo que reforzó la barrera contra la posible transmisión en la comunidad. Además, el personal de salud local podía realizar visitas a domicilio, organizar el reparto de alimentos y llevar suministros esenciales a los enfermos, siempre y cuando llevaran equipo de protección personal adecuado. Este pequeño contacto social diario tuvo un gran impacto psicológico en aquellas personas en cuarentena. Podemos afirmar que las medidas de control de la pandemia en Taiwán se complementaron con una atención social eficaz. Como veremos más adelante, además del acceso gratuito a las pruebas, el gobierno taiwanés también ayudó financieramente a cubrir el costo de la cuarentena obligatoria de catorce días. Todas las personas en cuarentena eran compensadas con 35 dólares estadounidenses por día y se les proporcionaba un paquete de atención personal que incluía catorce mascarillas quirúrgicas, instrucciones detalladas sobre la cuarentena, acceso gratuito a videos de ejercicios y películas en línea.

Finalmente, las autoridades sanitarias del país abrieron una línea de atención al público disponible 24 horas para responder a todo tipo de dudas sobre la epidemia. El CDC también modificó una aplicación para teléfonos llamada Mayordomo para la Prevención de Enfermedades (Disease-Prevention Butler). Dicha aplicación, que sirve como centro de información médica para todo público, fue complementada con un *chatbot* de inteligencia artificial para proporcionar información precisa y oportuna sobre el coronavirus y recoger las preocupaciones de los usuarios (CDC 2019).

Todas estas medidas de cuarentena fueron establecidas durante la primera mitad de marzo, cuando Taiwán decidió cerrar sus fronteras a todos los extranjeros y no residentes para limitar el número de casos de coronavirus importados y controlar de manera más eficaz la aparición de brotes endémi-

cos. Para robustecer la contención, el gobierno taiwanés invirtió de manera considerable en el desarrollo y mejoramiento de pruebas de detección del SARS-COV-2.

## Pruebas PCR gratuitas y aplicadas de manera puntual

Desde principios de enero de 2020, el laboratorio del CDC de Taiwán comenzó a desarrollar protocolos de diagnóstico de transcripción inversa en tiempo real PCR (RT-PCR; Hollingsworth 2020). Nuevamente, la velocidad de esta respuesta fue posible gracias a la experiencia previa en la secuenciación de los coronavirus del SARS y del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés).

Un día después de que China publicara la secuencia genómica completa del nuevo coronavirus el 11 de enero, el equipo del laboratorio del CDC de Taiwán introdujo un kit de diagnóstico rápido que acortaba el tiempo de obtención del resultado a solo 4 horas, en comparación con la prueba inicial que tardaba 24 horas. Esta nueva prueba mejorada tenía una alta sensibilidad de 10-100 copias/reacción, lo que es comparable a las pruebas estándar recomendadas por la OMS. El personal del laboratorio siguió incrementando la velocidad y la capacidad de las pruebas, por lo que era posible analizar >1.100 muestras al día; a finales de febrero ya era capaz de analizar 2450 muestras diarias utilizando los laboratorios públicos y privados contratados. Para septiembre, el país contaba con una red de sesenta laboratorios y una capacidad de análisis de 7342 pruebas RT-PCR por día. Dicha red fue establecida prestando especial atención a la distribución y cobertura geográfica de los laboratorios, así como a la certeza en el diagnóstico para poder garantizar un alcance preciso y amplio en todo el territorio (Yang et al. 2020).

La red nacional de laboratorios de Taiwán consiste en una estructura escalonada en tres niveles que comprende laboratorios del gobierno central (nivel nacional), centros médicos y hospitales regionales (nivel regional), y hospitales locales, clínicas e instituciones de pruebas privadas (nivel de distrito). En este tenor, el CDC de Taiwán se encarga de coordinar y supervisar la red nacional de laboratorios para las pruebas de diagnóstico de enferme-

dades infecciosas de declaración obligatoria. Antes de la epidemia de coronavirus, la red de hospitales y laboratorios incluía doce laboratorios a nivel nacional, mientras que a nivel regional se disponía de nueve laboratorios designados, de los cuales ocho se enfocaban en la detección enfermedades ocasionadas por virus y siete contaban con infraestructura para detectar tuberculosis. Además, a nivel regional existían seis laboratorios designados para la detección de virus específicos y, a nivel de distrito, dieciocho laboratorios comisionados y 290 clínicas autorizadas para la detección de patologías ocasionadas por microbios (Yang et al. 2017). Fue a partir de esta red nacional que se creó la red de laboratorios para procesar y analizar las pruebas RT-PCR de detección de la COVID-19.

El 15 de enero, la “neumonía grave con un nuevo patógeno” causada por el SARS-COV-2 se incluyó en la lista de enfermedades de notificación obligatoria de categoría 5 en Taiwán. Esta categoría incluye enfermedades infecciosas emergentes importadas o síndromes que se consideran de alto riesgo, ya que pueden tener impacto sustancial en la salud de la población a través de su transmisión, y que requieren la formulación de medidas preventivas y de control o planes de preparación, como el ébola, la fiebre de Lassa, el MERS y la fiebre amarilla. De acuerdo con la Ley de Control de Enfermedades Transmisibles de Taiwán (modificada el 19 de junio de 2019), los médicos están obligados a informar de estas enfermedades infecciosas dentro de las 24 horas siguientes al diagnóstico clínico. Para la COVID-19 se implementó el requisito de que todos los casos fueran diagnosticados y confirmados por RT-PCR en tiempo real (MOHW 2019).

Aún después de haber logrado obtener un test RT-PCR que daba un resultado de manera rápida con 90% de efectividad, el gobierno y la inversión privada siguieron invirtiendo en el mejoramiento de las pruebas; así, para septiembre de 2020, Taiwán tenía una nueva prueba de detección RT-PCR que daba un resultado fiable del 90% en solo 15 minutos. Una vez completado el kit de pruebas, la tecnología se transfirió a cinco empresas (Trison Technology Corp., Taiwan Advance Bio-pharmaceutical Inc., Taiwan Carbon Nano Technology Corp., Enimmune y Cold Spring Biotech Corp.) para la producción de pruebas y los ensayos clínicos. Uno de los fabricantes había incluso solicitado la autorización para su uso de emergencia

a la Administración de Alimentos y Medicamentos de Taiwán y tendría el kit de pruebas en el mercado a finales de 2020 (*Focus Taiwan* 2020b).

Con estas herramientas en mano, el gobierno de Taiwán decidió que hacer campañas masivas de pruebas PCR era algo imposible ya que su capacidad para procesarlas era limitada. A causa de esto, el Ministerio de Salud y Bienestar decidió que se aplicarían solo a la gente proveniente de fuera del territorio y a la gente que hubiera estado en posible contacto con casos positivos de coronavirus. Gracias a la infraestructura tecnológica anteriormente presentada, recuperar los contactos de los enfermos fue una tarea relativamente sencilla. A más de quince meses de pandemia y trece meses con las fronteras cerradas, el 5 de mayo de 2021 Taiwán había realizado 555 429 pruebas PCR, de las cuales 1 160 diagnosticaron casos positivos de coronavirus (CDC 2021). De esos casos, 997 fueron importados y solo 163 sucedieron por transmisión comunitaria. Es más, del 12 de abril hasta el 21 de noviembre de 2020, Taiwán estuvo 222 días consecutivos sin un solo caso de transmisión local. Durante esos siete meses se confirmaron 148 nuevos casos importados, pero no hubo ningún caso endémico en la isla (Dai et al. 2021).

Fue hasta el 12 de enero de 2021 que el gobierno de Taiwán se encontró con un primer foco de infección local al descubrir que los familiares de varios miembros del cuerpo de médico del Hospital General de Taoyuan que habían sido diagnosticados como positivos también se habían contagiado (Chung 2021). La aparición de este nuevo foco de infección obligó al gobierno taiwanés a poner en cuarentena a poco más de cinco mil personas que habían tenido contacto con pacientes y personal médico del hospital (*Reuters* 2021). Esta drástica medida permitió la eliminación total de contagios a nivel comunitario una vez más. Sin embargo, en la primavera de 2021, el gobierno de Taiwán experimentó dificultades para controlar un segundo foco de infección declarado el 28 de abril dentro del hotel Novotel de Taoyuan, donde los equipos de las aerolíneas llevaban a cabo sus cuarentenas. En ese entonces, doce miembros de China Airlines, la compañía área nacional, cuatro miembros del staff del hotel y familiares de ambos grupos, resultaron positivos por coronavirus (*Focus Taiwan* 2021a). Esa fue la primera vez desde el principio de la pandemia en 2020 que Taiwán acumulaba 28 casos de la COVID-19 por transmisión comunitaria. El CDC se

dio inmediatamente a la tarea de buscar contactos de todas las personas involucradas, ya que todos los casos resultaron positivos después de haber dejado las instalaciones de cuarentena. Este nuevo foco de infección llevó al gobierno a extender las medidas de cuarentena a los miembros de las aerolíneas de tres a cinco días, y a implementar nuevas formas de contención en los hoteles designados para ello. A pesar de estos dos focos de infección, podría decirse que los estragos de la pandemia en Taiwán fueron mínimos durante el primer año y que la sociedad llevaba una vida muy parecida a la que tenía antes de pandemia, de no ser porque ahora utilizan cubrebocas en todos los lugares públicos.

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, el gobierno taiwanés reaccionó de manera proactiva a la aparición de un nuevo virus respiratorio originado en China. Además de las adaptaciones tecnológicas necesarias para la contención de la pandemia, Taiwán también llevó a cabo la implementación de políticas públicas tradicionales para mitigar el impacto económico de la pandemia en su sociedad. En efecto, a principios de abril de 2020 se aprobó un paquete de ayuda económica por 100 billones de dólares taiwaneses (alrededor de 3 billones de dólares estadounidenses) que permitieron a las pequeñas y medianas empresas sobrevivir a la crisis económica mundial causada por el freno a las exportaciones y el tránsito de mercancías ocasionados por el cierre de fronteras en todo el mundo (PYMNTS.COM 2020). Dentro de ese mismo paquete, el gobierno decidió vender vouchers a su población para impulsar el consumo local. Cualquier ciudadano o residente podía comprar el equivalente a 100 dólares estadounidenses en vouchers por 30 dólares. Estos dólares podían usarse en cualquier comercio taiwanés salvo para la compra de alcohol y tabaco (KPMG 2020).

Finalmente, en lo que podemos considerar como la segunda parte del plan de contención de la pandemia, Taiwán anunció que había firmado contratos para obtener vacunas contra el coronavirus con las desarrolladoras farmacéuticas Moderna (5.05 millones de dosis), AstraZeneca (10 millones de dosis) y 4.76 millones de dosis a través del sistema de obtención de vacunas de las Naciones Unidas, COVAX. En la primera semana de mayo de 2021 Taiwán ya había recibido 316 200 vacunas: 117 000 de AstraZeneca y 199 200 a través de la plataforma global COVID-19 Vaccines Global Access (Covax)

(*Focus Taiwan 2021b*), con las cuales había inoculado a todos sus trabajadores de primera línea en la contención del coronavirus.

## Conclusiones

¿Qué podemos reconocer de la experiencia de la gestión de la pandemia originada por la COVID-19 en Taiwán? Una lección importante que presenta el caso de estudio es que hay muchas áreas dentro de la administración pública y el sector privado que deben desarrollarse con antelación para responder de manera óptima ante una pandemia como la de la COVID-19, o bien, frente a una más grave todavía. En ese sentido, el modelo taiwanés de prevención y contención sanitaria puede entenderse a partir del papel central que ha jugado el sistema nacional de salud pública y sus agencias, especialmente el CDC. Una agencia de esta naturaleza puede tener la forma de un centro de control y prevención de enfermedades o diseñarse como una agencia de salud pública más amplia, pero con un mandato institucional que le provea de suficiente autoridad y autonomía en la coordinación de otros ministerios/departamentos.

Taiwán no es el único gobierno que ha implementado este tipo de políticas públicas para contener la propagación del coronavirus en su territorio. Sin embargo, una diferencia importante en estas políticas es que la mayoría se adoptaron de manera anticipada al posible punto de inflexión de la epidemia. Esta estrategia de prevención ha sido una constante en las decisiones tomadas por el CME. Queda claro que la autoridad y autonomía de las que goza este centro son el resultado de la experiencia previa con el SARS y otras epidemias similares. La base legal de estas políticas se estableció por el poder legislativo, y los simulacros epidemiológicos fueron organizados por el poder ejecutivo en tiempos previos a la pandemia. Ahora que todo el planeta ha sufrido una emergencia sanitaria monumental, se esperaría que ejemplos como el de Taiwán sean útiles para diseñar planes y para crear una infraestructura física e institucional que permitan contener con eficacia futuros brotes de enfermedades contagiosas.

Organismos como el CME y el CDC desempeñaron un papel de contención importante a nivel nacional. La aplicación de las políticas públicas

enfocadas en la higiene personal, en la detección y aislamiento de los casos sospechosos y confirmados, y en la expropiación de la producción de mascarillas sobre todo el territorio y racionamiento de las mismas, requiere de una colaboración y asociación eficaz entre el sector público y privado.

Hay que destacar el rol del grupo de expertos que funge como grupo asesor del CME, el cual ha ofrecido una orientación profesional en temas relativos a la contención epidemiológica y transmisión del virus una vez que ha penetrado en la comunidad. A lo largo de la pandemia, el CME ha actuado como el brazo ejecutivo del CDC. El CDC taiwanés está formado por un equipo de funcionarios y médicos expertos en salud pública que han prestado todo tipo de servicios, incluyendo tareas de investigación epidemiológica, cuarentena y localización de contactos; apoyo técnico y asesoramiento profesional al CME. Sin embargo, debe reconocerse que las decisiones tomadas por el CME y su ejecución han sido posibles gracias a la capacidad del Estado.

En Taiwán, la capacidad estatal se compone por infraestructuras de salud pública bien establecidas que cuentan con acceso universal para la toda la sociedad y proveen de asistencia sanitaria cuya calidad es garantizada por el Seguro Nacional de Salud. Este último cuenta con proveedores distribuidos de manera uniforme en todo el territorio, así como con una plantilla de profesionales y equipos administrativos bien formados y en cantidad suficiente para una eficiente administración de la salud pública.

A propósito de la capacidad del Estado taiwanés, esta se refuerza por una sólida formación de profesionales en materia de tecnologías de la información y ciencia de los datos por las universidades locales, así como por el uso de bases de datos gubernamentales bien instituidas y potencialmente interconectadas. Por su parte, el sector privado ha demostrado su capacidad de adaptación e innovación en el desarrollo de estrategias para potenciar el uso de *big data* y las nuevas tecnologías de la información. Esto quedó claro cuando colaboró con el gobierno en las acciones de rastreo y seguimiento del historial de viajes de las personas, la vigilancia de pacientes en cuarentena y el monitoreo de los pasajeros y tripulantes a bordo del Diamond Princess. Sin duda, el caso de Taiwán demuestra las ventajas de lograr una estrecha cooperación entre el CME y el sector privado en el uso de sus respectivas capacidades. En otras palabras, aunque el CME goce de un fuerte apoyo

político que sustenta su liderazgo y autoridad en la aplicación de las políticas, también respeta y provee suficiente espacio a las aportaciones profesionales, tanto de expertos de la salud pública como del sector privado, en la formación de las políticas para el control de la enfermedad.

Otro de los puntos fuertes de la gestión de la pandemia por parte de las autoridades taiwanesas es haber contado con un plan homogéneo que les permitiera responder a diferentes agentes patógenos con características diversas. Taiwán desarrolló sus protocolos ante una posible pandemia después de su experiencia con el SARS en 2003 y, diecisiete años después, estos resultaron fundamentales para que los servicios médicos del país pudieran reaccionar de manera rápida y eficaz sin quedar rebasados por la situación.

La capacidad desarrollada tiempo atrás resultó ser un pilar que sostiene la confianza requerida por la autoridad del CME para que las medidas sean acatadas por la sociedad, aunque también su autonomía y transparencia le brinden legitimidad ante las fuerzas y partidos políticos del país. Todos los días, el Centro llevó a cabo conferencias de prensa, las cuales pasaron a ser la única fuente autorizada para actualizar la información sobre la epidemia y los cambios en las regulaciones y políticas relacionadas con el control de la enfermedad. Con ello se redujo la incertidumbre y se evitó el uso político de la información; así, las autoridades sanitarias tuvieron suficiente margen de maniobra para solventar la emergencia de manera consistente y para hacer los ajustes necesarios en virtud del contexto. Por ejemplo, en la rueda de prensa celebrada el 23 de febrero, el comandante Chen Shih-Chung anunció que se prohibiría a todo el personal médico viajar al extranjero. Esta información provocó protestas en los medios de comunicación y en las redes sociales, mostrando la preocupación social de que el CME hubiera ido demasiado lejos al limitar la libertad sin las debidas garantías, por lo que se anuló la decisión y se publicó una orden ejecutiva más flexible que, aun así, regulaba el movimiento del personal médico.

Por otro lado, las organizaciones de la sociedad civil y los medios de comunicación taiwaneses tienen la capacidad de supervisar y vigilar la legitimidad y legalidad de las políticas y medidas de su gobierno, así como de cuestionarlas cuando se detecten deficiencias. Estas acciones han potenciado la retroalimentación positiva entre las preocupaciones sociales y las

respuestas del gobierno, y lo han instado a mantener su transparencia, capacidad de respuesta y responsabilidad.

El apoyo político también desempeña un papel esencial en la elaboración de políticas de salud pública y, en este caso, tanto el CME como el CDC de Taiwán han contado con él. Cabe destacar que el entonces partido gobernante, el Partido Progresista Democrático, obtuvo una importante victoria en las elecciones generales del 11 de enero de 2020. En un sentido indirecto, los resultados podrían haber otorgado al partido gobernante la confianza suficiente para tomar decisiones de despliegue anticipado para el control de enfermedades que podrían haber parecido inicialmente innecesarias o exageradas. Sin embargo, gracias a la fuerte cohesión social, la legitimidad de las elecciones y a la cooperación ciudadana, la sociedad taiwanesa cooperó sin demasiado reparo para frenar la propagación de la enfermedad en el territorio nacional. El control eficaz de la COVID-19 podría considerarse un legado de la democratización en Taiwán.

Mientras que en muchos países se ha visto un aumento de la tendencia anti-*establishment* y de la polarización social, el caso de Taiwán muestra que un gobierno responsable y coordinado puede impulsar la confianza social en las instituciones, haciendo que los ciudadanos cooperen para enfrentarse a un peligro común, a pesar de sus diferencias. Lo anterior no significa que las acciones gubernamentales hayan carecido de críticas. De hecho, al menos durante el periodo que se estudia este capítulo, se observó que el gobierno fue objeto de un estrecho seguimiento y escrutinio por parte de los partidos políticos de la oposición y de los medios de comunicación.

Un aspecto que puso en peligro muchas políticas para el control de la COVID-19 en el mundo durante el primer año, sembrando desconfianza y discordia, fue la desinformación difundida a través de las redes sociales y por actores políticos malintencionados. En Taiwán se conocen los escándalos y falsedades alrededor de la instrumentación de políticas; empero, aunque no son inmunes a sus efectos, tampoco han atrofiado la capacidad de acción de las autoridades sanitarias. Por un lado, los líderes políticos y los funcionarios del gobierno estuvieron resueltos a responder las numerosas críticas del público, ya fuera ajustando sus políticas o tomando medidas *ad hoc* para hacer frente a problemas imprevistos; y por el otro, a pesar de tener valores

sociales y opiniones políticas divididas, la sociedad conservó su disposición a colaborar con un gobierno que les parecía receptivo y responsable en aras de asegurar su propio sustento.

Finalmente, fue necesario proporcionar mayores recursos al desarrollo de infraestructuras tecnológica e industrial para resolver velozmente la amenaza de una pandemia que se originó en su vecindario regional. Taiwán reforzó su estrategia de salud pública mediante métodos de vigilancia en tiempo real que mezclaban monitoreos tradicionales de salud pública con nuevas tecnologías de la información y comunicación para así abarcar grandes poblaciones de manera simultánea.

A manera de resumen, destacamos las siguientes acciones que llevó a cabo el gobierno taiwanés para su posible replicación en otros países:

- Desarrollo de políticas eficaces de gestión de fronteras y contar con infraestructuras asociadas que puedan adaptarse rápidamente a todo tipo de epidemia de salud pública. La reacción taiwanesa fue inmediata: en cuanto se anunció el brote de un nuevo agente infeccioso el 31 de diciembre de 2020, el gobierno entró en acción mediante el control sanitario de los pasajeros aéreos provenientes de Wuhan.
- Establecimiento de normas de cuarentena sólidas e instalaciones seguras para los viajeros que llegaran al territorio taiwanés.
- Estímulos para el desarrollo de soluciones convencionales y digitales para el rastreo de contactos, el seguimiento del aislamiento y la cuarentena.
- Desarrollo de un medio eficaz de distribución de insumos médicos para la prevención de la propagación de un agente infeccioso. La solución del racionamiento de mascarillas y el uso de herramientas digitales para saber dónde encontrarlas evitó su acaparamiento y permitió una distribución equitativa e incluyente. Este enfoque puede aplicarse y ampliarse a la distribución de medicamentos para una futura pandemia.
- Inversión en la investigación y desarrollo de protocolos de emergencia para la creación o mejoramiento de herramientas que permitan el control eficaz de la pandemia. En este caso, el gobierno taiwanés apoyó a las empresas de investigación médica del país para mejorar las pruebas de

diagnóstico, hasta lograr una fiabilidad de 90% y con resultados disponibles en cuestión de minutos.

Ciertamente, hay preocupaciones legítimas en relación con el uso de información personal a través del *big data*, en particular con el empleo de herramientas digitales durante la emergencia sanitaria. En efecto, para llevar a cabo un tipo de respuesta como la taiwanesa, el gobierno tuvo que acceder a información que la población considera privada y no la pondría a disposición *motu proprio*. Sin embargo, la sociedad asumió que el gobierno protegía la información que recababa con fines de vigilancia e investigación epidemiológica y que se eliminaría de su sistema una vez terminado el periodo de aislamiento. Este nivel de confianza no es sencillo de replicar en otros países.

Una forma de explorar estas preocupaciones sobre la privacidad sería crear jurados de ciudadanos, paneles de consulta y encuestas para aclarar en cuáles niveles de gravedad de la pandemia las poblaciones estarían dispuestas a aceptar y cumplir con las posibles intrusiones a la privacidad, como con el uso de la tecnología digital para ayudar al rastreo de contactos. La legislación en materia de salud pública debe actualizarse para permitir medidas de control de brotes y pandemias sin vulnerar los derechos y las libertades personales.

Un rasgo particular de la sociedad taiwanesa que verdaderamente contribuyó a ralentizar la dispersión del coronavirus fue el uso regular de mascarillas como un acto de cortesía pública. Otras sociedades pueden estar menos dispuestas a aceptar la imposición de intervenciones estrictas que limiten los derechos y libertades personales, que puede incluir el uso de estos aditamentos.

A pesar de los persistentes intentos de China por excluir a Taiwán de la comunidad mundial, la respuesta proactiva de las autoridades sanitarias ante la COVID-19 fue anterior a la declaración de la OMS que calificó el nuevo coronavirus como un peligro de salud pública. Es plausible que la desconfianza hacia la validez de la información proporcionada por el gobierno de Pekín por parte del gobierno de la isla haya motivado la activación temprana del protocolo de salubridad, lo que redituó en el éxito de la prevención.

Como reflexión final, el caso de la política sanitaria de contención del SARS-cov-2 de Taiwán durante 2020 nos invita a pensar en la necesidad de contar con mecanismos de colaboración sanitaria y epidemiológica mundial más eficaces, transparentes, responsables y científicamente sólidos, ya sea revisando el marco actual de la OMS o a través de otras alternativas. Aún con las deficiencias en el marco de cooperación sanitaria internacional actual, Taiwán se considera un caso ejemplar de contención. En ese sentido, un estudio detallado del modelo taiwanés podría aportar elementos de sistemas y políticas de salud transferibles a otros contextos sociopolíticos y económicos para mejorar las respuestas a futuras crisis epidemiológicas como la de la COVID-19. Esperamos que este capítulo contribuya a esa tarea.

## Referencias bibliográficas

- Apple Daily*. 2020. “‘Knowingly Guilty’ (if) You Went to the Any of the 74 Third-level Warning Countries; There Will Be No Epidemic Prevention Compensation, and their Names Will Be Announced: Chen Shizhong” (“明知故犯」去三級警示74國 陳時中：禁領隔離補償！確診公布姓名”). *Apple Daily*, 16 de marzo de 2020. <https://tw.appledaily.com/life/20200316/VI4ADAAJUN24HD25KAZEO-BECGU/>.
- CDC (Center for Disease Control). 2019. “Taiwan CDC’s LINE Chatbot Upgraded with Useful Features for Parents”. Taiwan Center for Disease Control. Consultado el 8 de mayo de 2019. <https://www.cdc.gov.tw/En/Bulletin/Detail/EeH1Hqh9SnXhzFwrYPYLyQ?typeid=158>.
- CDC (Center for Disease Control). 2020a. “Two Experts from Taiwan Visit Wuhan to Understand and Obtain Information on Severe Special Infectious Pneumonia Outbreak. Taiwan CDC Raises Travel Notice Level for Wuhan to Level 2”. Taiwan Center for Disease Control. Consultado el 20 de enero de 2020. <https://www.cdc.gov.tw/En/Bulletin/Detail/jFGUVrILkIuHmzZeyAihHQ?typeid=158>.
- CDC (Center for Disease Control). 2020b. “Taiwan Timely Identifies First Imported Case of 2019 Novel Coronavirus Infection Returning

- from Wuhan, China through Onboard Quarantine. Central Epidemic Command Center (CECC) Raises Travel Notice Level for Wuhan, China to Level 3: Warning”. Taiwan Center for Disease Control. Consultado el 21 de enero de 2020. [https://www.cdc.gov.tw/En/Bulletin/Detail/pVg\\_jRVvtHhp94C6GShRkQ?typeid=158](https://www.cdc.gov.tw/En/Bulletin/Detail/pVg_jRVvtHhp94C6GShRkQ?typeid=158).
- CDC (Center for Disease Control). 2021. *Taiwan Center for Disease Control Website*. <https://www.cdc.gov.tw/En>.
- Chen, Chien-Jen. 2020. “Remarks by Former Taiwan Vice President Chen Chien-jen, ‘Inside Taiwan’s Response to COVID-19’”. *Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health*, 25 de abril de 2020. <https://www.youtube.com/watch?v=ReI6ROZNbkk>.
- Chen, Chi-Mai, Hong-Wei Jyan, Shih-Chieh Chien, Hsiao-Hsuan Jen, Chen-Yang Hsu, Po-Chang Lee, Chun-Fu Lee, Yi-Ting Yang, Meng-Yu Chen, Li-Sheng Chen, Hsiu-Hsi Chen y Chang-Chuan Chan. 2020. “Containing COVID-19 among 627386 Persons in Contact with the Diamond Princess Cruise Ship Passengers Who Disembarked in Taiwan: Big Data Analytics”. *Journal of Medical Internet Research* 22 (5): e19540. <https://doi.org/10.2196/19540>.
- Chen, Kow-Tong, Shilin-Jer Twu, Hsiao-Ling Chang, Yi-Chun Wu, Chu-Tzu Chen y Ting-Hsian Lin. 2005. “SARS in Taiwan: An Overview and Lessons Learned”. *International Journal of Infectious Diseases* 9 (2): 77-85. [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(04\)00176-6/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(04)00176-6/fulltext).
- Chiang, Hsiang-Tsai. 2019. “Introduction to an Application Analysis of Taiwan’s NHI-MediCloud System”. *Journal of Service Science Research* 11: 93-115. <https://doi.org/10.1007/s12927-019-0005-6>.
- Chung, Yu-Chen. 2021. “Taiwan Cluster Infection Leads to Four New Cases; One of Which Died”. *Focus Taiwan*, 30 de enero de 2021. <https://focustaiwan.tw/society/202101300004>.
- Dai, Chia-Yen, Ting-Hsuan Dai, Wang-Huei Sheng y Chi-Kung Ho. 2021. “222 Days without COVID in Taiwan: What Are the Reasons for this Success?”. *Journal of Travel Medicine* 28 (2): 1-2. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa225>.

- Eigen, Melissa, Flora Wang y Urs Gasser. 2020. "Country Spotlight: Taiwan's Digital Quarantine System". Consultado el 31 de julio de 2020. <https://cyber.harvard.edu/story/2020-07/country-spotlight-taiwans-digital-quarantine-system>.
- Focus Taiwan*. 2020a. "Taiwan Reports First Death from Coronavirus Infection (Update)". *Focus Taiwan*, 16 de febrero de 2020. <https://focustaiwan.tw/society/202002160012>.
- Focus Taiwan*. 2020b. "Taiwan Researchers Develop Rapid Test Kit for COVID-19". *Focus Taiwan*, 17 de septiembre de 2020. <https://focustaiwan.tw/sci-tech/202009170014>.
- Focus Taiwan*. 2021a. "Taiwan Reports Two New CAL COVID-19 Cases, Source Unconfirmed". *Focus Taiwan*, 4 de mayo de 2021. <https://focustaiwan.tw/society/202105040012>.
- Focus Taiwan*. 2021b. "Taiwan Approves Emergency Use of Moderna Vaccine". *Focus Taiwan*, 5 de mayo de 2021. <https://focustaiwan.tw/society/202105050022>.
- Hickey, Dennis. 2006. "The High Cost of Excluding Taiwan from the WHO". En *China's Rise, Taiwan's Dilemma's and International Peace*, coordinado por Dennis Hickey, 96-112. Londres: Routledge.
- Hollingsworth, Julia. 2020. "A Coronavirus Test Can Be Developed in 24 Hours. So Why Are Some Countries Still Struggling to Diagnose?". *CNN*, 25 de marzo de 2020. <https://edition.cnn.com/2020/03/24/asia/testing-coronavirus-science-intl-hnk/index.html>.
- JHU (Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center). 2021. "Taiwan Overview". Consultado el 1 de febrero de 2021. <https://coronavirus.jhu.edu/region/taiwan>.
- Kao, Hui-Yun, Hai-Yun Ko, Peng Guo, Chang-Hsun Chen y Su-Mei Chou. 2017. "Taiwan's Experience in Hospital Preparedness and Response for Emerging Infectious Diseases". *Health Security* 15 (2): 175-184. <https://doi.org/10.1089/hs.2016.0105>.
- KPMG. 2020. "Government and Institution Measures in Response to COVID-19". KPMG, 18 de noviembre de 2020. <https://home.kpmg/xx/en/home/insights/2020/04/taiwan-government-and-institution-measures-in-response-to-covid.html>.

- Lin, Sean. 2020. "Su Defends Ban on Mask Exports". *Taipei Times*, 26 de enero de 2020. <http://www.taipetimes.com/News/front/archives/2020/01/26/2003729854>.
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2019. "Communicable Disease Control Act". <https://law.moj.gov.tw/ENG/LawClass/LawAll.aspx?pcode=L0050001>.
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2020. "Creating a Line of Defense at the Border and Keeping the Virus Out". <https://covid19.mohw.gov.tw/en/cp-4784-53773-206.html>.
- OIC (Office of International Cooperation). 2020. "Smart Community Transmission Prevention". <https://covid19.mohw.gov.tw/en/cp-4775-53739-206.html>.
- Parry, Jane. 2020. "China Coronavirus: Cases Surge as Official Admits Human to Human Transmission". *BMJ* 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m236>.
- PYMNTS (Payments News & Mobile Payments Trends). 2020. "Taiwan Approves \$2B Stimulus to Pad Coronavirus Effects, China Sees eCommerce Boom". *PYMNTS.COM*, 25 de marzo de 2020. <https://www.pymnts.com/news/international/2020/taiwan-approves-2-billion-dollar-stimulus-coronavirus-effects-china-sees-ecommerce-boom/>.
- Reuters*. 2020. "Taiwan Confirms First Case of Infection from New Coronavirus". *Reuters*, 21 de enero de 2020. <https://www.reuters.com/article/us-china-health-pneumonia-taiwan-idUSKBN1ZK0ZP>.
- Reuters*. 2021. "Taiwan to Put 5,000 into Quarantine over Hospital COVID-19 Cluster". *Reuters*, 24 de enero de 2021. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-taiwan-idUSKBN29T0CN>.
- Shen, Pei-yao, Chieh-hsiu Yao y Jake Chung. 2020. "Virus Outbreak: Quarantine Breaker Fined NT\$1m". *Taipei Times*, 22 de marzo de 2020. <https://www.taipetimes.com/News/taiwan/archives/2020/03/12/2003732549>.
- Taiwan Today*. 2020a. "CDC Implements Extra Inspection Measures for Wuhan Flights". *Taiwan Today*, 2 de enero de 2020. <https://taiwantoday.tw/news.php?unit=2,6,10,15,18&post=168773>.

- Taiwan Today*. 2020b. “Minister Chen Talks Taiwan’s WHO Exclusion, National Health Insurance”. *Taiwan Today*, 17 de abril de 2020. <https://taiwantoday.tw/news.php?unit=2,6,10,15,18&post=175684>.
- Watt, Louise. 2020. “Taiwan Says It Tried to Warn the World about Coronavirus. Here’s What It Really Knew and When”. *Time*, 19 de mayo de 2020. <https://time.com/5826025/taiwan-who-trump-coronavirus-covid19/>.
- WHO (World Health Organization). 2015. “Summary of Probable SARS Cases with Onset of Illness from 1 November 2002 to 31 July 2003”. Consultado el 24 de julio de 2015. <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>.
- Yang, Ji-Rong, Hwa-Jen Teng, Ming-Tsan Liu y Shu-Ying Li. 2017. “Taiwan’s Public Health National Laboratory System: Success in Influenza Diagnosis and Surveillance”. *Health Security* 15 (2): 154-164. <https://doi.org/10.1089/hs.2016.0104>.
- Yang, Ji-Rong, Ming-Tsan Li, Hsin-I Huang, Hwa-Jen Teng, Jou-Han Chen y Shu-Ying Li. 2020. “Building the National SARS-COV-2 Laboratory Diagnostic Capacity in Taiwan”. *Health Security* 18 (5): 383-391. <https://doi.org/10.1089/hs.2020.0056>.

## 2 Tras los pasos de Hanói: un análisis de la estrategia sanitaria de Vietnam para contener la pandemia de la COVID-19

Ian Jetro González

### Introducción

La propaganda comunista fue un elemento habitual durante la guerra de Vietnam. En ese periodo, los muros de las calles vietnamitas estaban cubiertos por carteles propagandísticos que buscaban alentar el espíritu de lucha de la población y destruir la voluntad del enemigo con mensajes como “*Chống mỹ cứu nước*” (¡Lucha contra América para salvar el país!). El Vietnam actual es radicalmente distinto al de aquel entonces y la nación que alguna vez estuvo quebrada hoy tiene un futuro más prometedor; sin embargo, en medio de la estabilidad propiciada por un Estado fuerte, ese país y el mundo entero enfrentaron un problema relativamente inesperado desde principios de 2020: la llegada de la COVID-19. Ahora los muros de las calles vietnamitas vuelven a estar llenos de carteles y declaraciones propagandísticas, pero con mensajes distintos a los de la guerra del siglo pasado, como “¡Quedarse en casa es patriótico!” o “¡Venceremos la pandemia como vencimos a los invasores!”. El país está en pie de lucha una vez más, aunque el enemigo es distinto a los del pasado (Nguyen, M. 2020). Este trabajo considera que la comunicación y la transparencia del Estado frente a la situación de la COVID-19 son aspectos que, entre otros, vuelven complejo e interesante el panorama de la respuesta a la pandemia en el contexto de la orientación autoritaria del gobierno vietnamita.

Ciertamente, las condiciones geográficas y económicas de Vietnam no pueden ser catalogadas como idóneas para hacerle frente a una pandemia originada en China. Por un lado, se trata de un país densamente poblado con 96.4 millones de habitantes en un territorio de poco más de 330000 km<sup>2</sup> (equivalente a la superficie que abarcan los estados costeros del Pacífico

mexicano desde Nayarit hasta Oaxaca) y comparte una frontera terrestre de aproximadamente 1 300 kilómetros con China. Y por otro lado, Vietnam sigue siendo considerado como un país atrasado en el ámbito industrial. Si bien la situación económica de Vietnam ha mejorado considerablemente desde el inicio del *Đổi mới*,<sup>1</sup> está lejos de ser una nación próspera, lo cual queda claro al señalar que el PIB per cápita en 2019 fue de 2 590 dólares, una cifra muy inferior a la de otras naciones asiáticas más desarrolladas (BM 2019; World Bank Group 2020; OEC 2020). Pese a estas condiciones que parecerían ser elementos adversos para la lucha contra la COVID-19, el país ha logrado exitosamente hacer frente a la emergencia de salud.

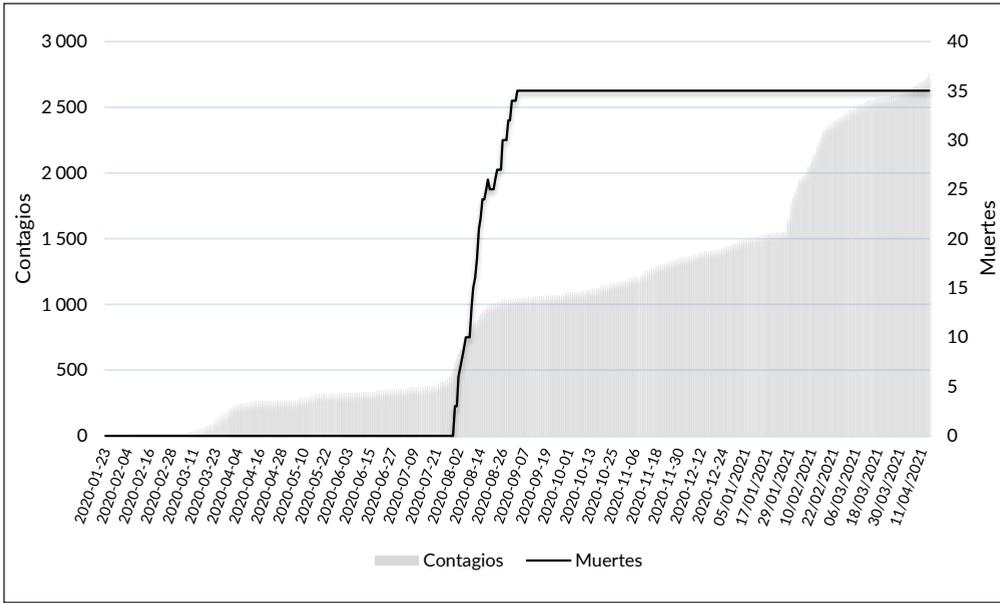
La noción de éxito en el manejo de la pandemia se respalda por el número de casos y decesos causados por el SARS-COV-2: hasta el 15 de abril de 2021 la nación acumulaba 2 758 casos de contagio y 35 decesos (los tres primeros se registraron hasta finales de julio de 2020; véase gráfica 1); en otras palabras, Vietnam tiene una de las tasas de contagio más reducidas a nivel mundial: solo un caso por cada 100 000 habitantes (CNN Health 2020). Estos resultados pueden adjudicarse a las acciones emprendidas por el gobierno vietnamita, las cuales han destacado por su eficacia en la contención del virus y mitigación de la enfermedad en comparación con las acciones emprendidas por sus pares en otras regiones del mundo, incluso con otras naciones de la región asiática del Pacífico que tuvieron un buen control inicial de los casos, como se da cuenta en este volumen.

Se ha demostrado que el éxito de los países de Asia del Pacífico se relaciona, en buena medida, con el gran número de pruebas aplicadas, el rastreo de las cadenas de contagio, el aislamiento de los casos positivos, el control de las fronteras y, finalmente, con la disposición de la población para acatar reglas estrictas de distanciamiento y movilidad social, así como con hábitos de higiene adecuados y el uso generalizado de cubrebocas (Han et al. 2020, 1532). Si bien pueden identificarse ciertos patrones comunes en las estrategias nacionales de la región, cada una de ellas presenta particularidades, lo que amerita estudios específicos. Este capítulo busca contribuir a esa tarea,

---

<sup>1</sup> Se trata de las reformas iniciadas en 1986 que marcaron la transición de una economía planificada a una economía socialista de mercado (Boothroyd 2000).

Gráfica 1  
Contagios y muertes acumuladas, 23 de enero de 2020-15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

para lo cual se describe y analiza de forma detallada la estrategia sanitaria de este país y, con ello, descubrir las razones de su efectividad.

Entender cómo una nación con las condiciones geográficas y económicas mencionadas arriba ha conseguido controlar la crisis permitirá identificar algunas guías para que otros países con características similares hagan frente a enfermedades infecciosas como la COVID-19, o a las que probablemente ocurran en el futuro. Por ende, se buscará responder a la pregunta de cuáles han sido los factores determinantes del éxito de la estrategia vietnamita. El argumento presentado en este texto es que la respuesta gubernamental de Vietnam ante la crisis sanitaria ha sido exitosa debido a cinco factores: las acciones implementadas de manera temprana, la agresividad de la estrategia, la cohesión gubernamental, la transparencia y comunicación oficiales y, por último, la participación social en las medidas de prevención. Ahora bien, antes de describir estos factores es importante mencionar un antecedente fundamental para entender el éxito de Vietnam durante el primer año: la

experiencia previa del país con la epidemia de síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) en 2003.

En efecto, esta situación recordó a algunos países asiáticos lo experimentado durante la epidemia de SARS, cuyo primer caso se identificó en la provincia china de Cantón en noviembre de 2002. Haciendo un repaso breve, hasta mayo de 2004 se tenían registrados 8 096 casos confirmados de la enfermedad y 774 muertes en 29 países; entre ellos Vietnam, donde se contabilizaron 63 casos positivos y cinco muertes. En esta ocasión, el gobierno puso en marcha medidas para evitar la propagación de la enfermedad tales como “la identificación y aislamiento de los casos positivos y casos sospechosos, el control de viajes internacionales, la transparencia con otras autoridades y gobiernos, y la protección del personal médico encargado de atender a pacientes de SARS” (WHO 2003). Varias de las lecciones que el país aprendió debido a esta experiencia resultaron esenciales para un mejor control de la crisis sanitaria surgida en 2020.

Para la pandemia del SARS-COV-2, Vietnam replicó las acciones que funcionaron durante la epidemia del SARS y corrigió aquellas que no lo hicieron. Por un lado, al igual que en 2003, priorizó la transparencia y la comunicación intergubernamentales, trabajó en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con epidemiólogos, y controló la entrada y salida de viajeros internacionales (Watson 2020). Por el otro, contrario a lo que hizo al combatir al SARS, las autoridades fueron más rápidas en su reacción ante esta emergencia sanitaria y, conscientes de que las autoridades chinas no le habían dado la importancia necesaria al SARS en 2003, optaron por tratar a la COVID-19 como una enfermedad grave desde los primeros casos reportados, independientemente de la postura del gobierno chino al respecto (Watson 2020). Podría aseverarse entonces que la epidemia del SARS sirvió como una prueba para evaluar la capacidad de algunos países asiáticos para enfrentar una crisis de salud; y, como varios de ellos, Vietnam aprovechó esta oportunidad.

Una vez destacado este importante antecedente, sigue precisar la relevancia de cada uno de los cinco factores que explican la efectividad de la estrategia vietnamita al respecto. Para ello, el presente capítulo se divide en siete secciones: una introducción, cinco apartados y una conclusión.

## Acciones tempranas

La celebración más importante en Vietnam es el Año Nuevo Vietnamita (*Tết Nguyên Đán*), en la que se festeja la llegada de la primavera de acuerdo con el calendario tradicional —que generalmente coincide con el calendario chino—. Si bien la festividad tiene un día específico, es común prolongar las celebraciones por una semana entera. Ahora bien, el Año Nuevo de 2020 comenzó el 23 de enero, precisamente la fecha que aparecieron los dos primeros casos de la COVID-19 en Hồ Chí Minh, la ciudad más poblada de Vietnam; a los pocos días fue identificado otro cúmulo de contagios en la provincia de Vĩnh Phúc (Nguyen, K. 2020). Ante estos acontecimientos, las autoridades vietnamitas respondieron de manera rápida.

Inmediatamente después de los primeros reportes de contagios, el gobierno central tomó medidas más drásticas que las recomendadas en ese momento por la OMS. Las primeras fueron las siguientes: la extensión de las vacaciones escolares de Año Nuevo (Nguyen, K. 2020), una declaración nacional de salud, la toma de temperatura para los vuelos provenientes de Wuhan (Tran, L. 2020), el confinamiento parcial en algunas comunidades y en ciertas zonas urbanas (Trevisan, Le y Le 2020, 1152), y la fundación del Comité Directivo Nacional de Prevención y Control de la COVID-19, encargado de controlar las estrategias contra el virus a nivel nacional (Hamilton-Hart y Caughey 2020). Estas medidas fueron determinantes para obtener buenos resultados, incluso si en ese momento no se conocía la gravedad de la enfermedad, ni la capacidad de propagación tan alta del virus.

La aplicación oportuna de dicha estrategia continuó después de las acciones iniciales. En febrero, Vietnam cerró sus fronteras y suspendió los vuelos internacionales provenientes de China; en marzo, los procedentes de Reino Unido, Europa, Estados Unidos; y poco después, casi todos aquellos del resto del mundo. Además, las personas que entraban al país eran obligadas a hacer una cuarentena de catorce días después de su llegada. Estas decisiones fueron vitales para evitar la importación del virus y controlar las transmisiones locales (Tran, L. 2020).

Ya para las primeras dos semanas de abril se impuso un confinamiento total en el país: el gobierno ordenó a la gente no salir de casa, los negocios

considerados no esenciales cerraron sus puertas, los eventos públicos fueron cancelados y el transporte público fue limitado; y la violación de estas medidas era castigada severamente (Hoang et al. 2020, 3). Cabe mencionar que después de este confinamiento nacional no aconteció ningún otro de la misma magnitud, sino algunos parciales en ciudades y provincias con registros de algunos brotes (Hamilton-Hart y Caughey 2020).

La temporalidad de las acciones de la estrategia sanitaria fue primordial para lograr el objetivo de contener la diseminación del virus y mitigar su impacto. No obstante, aunque su efectividad quedó demostrada, estas medidas fueron inicialmente señaladas como “exageradas”. De todas formas, el éxito de la estrategia está sustentado por lo oportuno de su ejecución, pero también por su severidad y contundencia, lo cual será detallado a continuación.

### Una estrategia agresiva

Ante los primeros registros de contagio, el gobierno tomó medidas bastante severas; tanto, que en ese momento se mencionó que se comportaba “como si enfrentara una guerra biológica” (Hamilton-Hart y Caughey 2020). Estas, sin duda, fueron apropiadas porque atendieron el problema y tomaron en cuenta las limitantes económicas del país, apelando a una estrategia para combatir la pandemia que optimizaba el uso de los recursos materiales y financieros (Trevisan, Le y Le 2020, 1152; Duong, Le y Ha 2020). Varios países económicamente más desarrollados optaron por aplicar pruebas masivas para identificar y cortar las cadenas de contagio, entre ellos Corea del Sur, Taiwán y Nueva Zelanda; Vietnam no podía replicarlo, por lo que se decantó por soluciones más austeras.

Al igual que en otros casos en Asia del Pacífico, entre las primeras acciones del gobierno vietnamita se encuentran el rastreo de casos y contactos. El objetivo era identificar y cortar rápida y exhaustivamente las rutas de transmisión del virus para impedir que su reproducción exponencial drenara los recursos económicos y hospitalarios del país; de esta forma, los casos positivos fueron inmediatamente hospitalizados, las personas que estuvieron en contacto con estos fueron puestas en cuarentena en edificios

designados por el gobierno y sus áreas de residencia fueron sanitizadas y puestas en un estricto confinamiento temporal (Tran, L. 2020). En términos simples, esta estrategia puede ser definida como “detección temprana, cuarentena estricta, aislamiento y tratamiento activo” (Hoang et al. 2020, 1). Los hechos demuestran que estas medidas fueron sumamente eficaces para evitar la propagación del virus en el país y evadir el potencial colapso del sistema hospitalario.

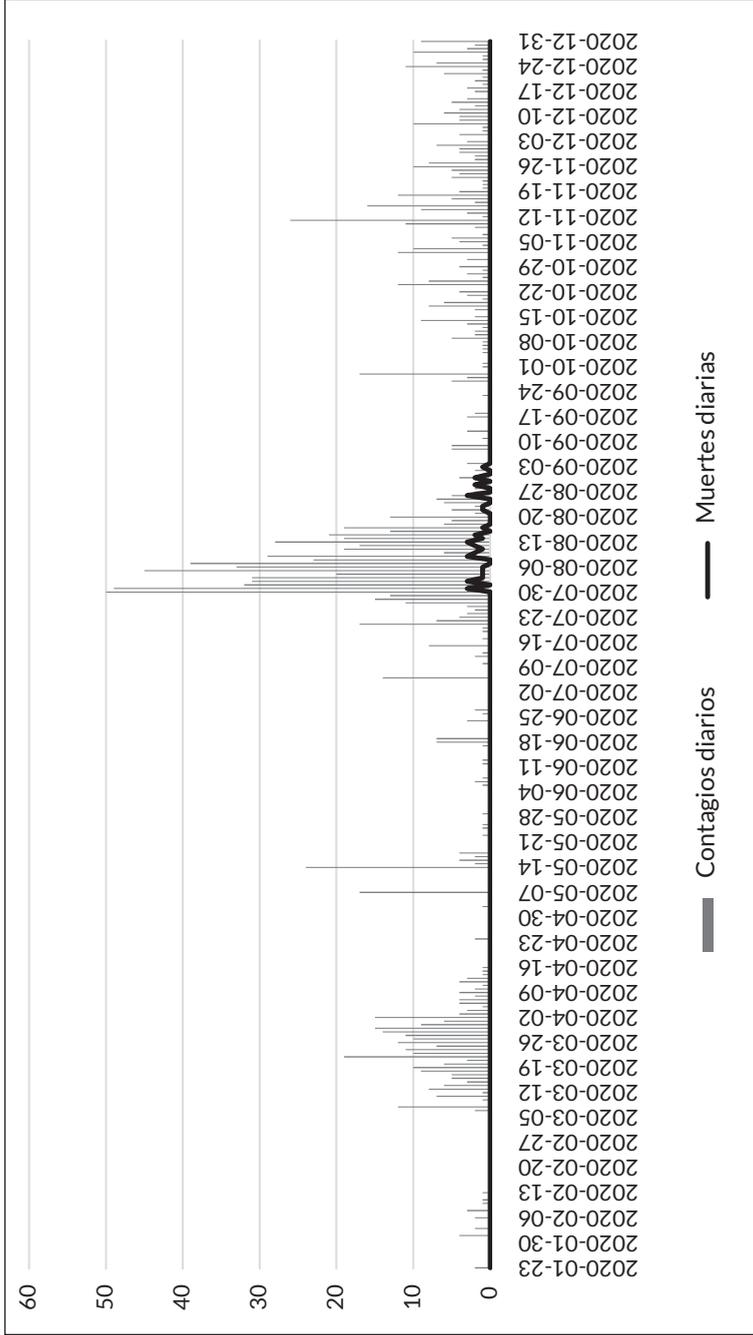
No obstante el éxito obtenido, la metodología tuvo que ser ajustada después de julio de 2020, pues el confinamiento generalizado y posteriormente el selectivo producirían una parálisis en la actividad económica nacional: era preciso no prolongarla indefinidamente. Si bien el rastreo de contactos continuó siendo la táctica primordial para la contención, desde entonces los confinamientos y aislamientos fueron más selectivos, además de que las restricciones en los vuelos internacionales fueron más flexibles (Tran, L. 2020). Este cambio en la estrategia permite explicar el aumento en casos y muertes en el país en el verano de 2020 (véase gráfica 2).

Como puede observarse en la gráfica 2, aunque se registraron máximos de cuarenta y hasta cincuenta casos de contagio diarios entre julio y agosto, el aumento todavía estaba dentro de los márgenes razonables de maniobra y capacidad hospitalaria. Mantenerlos así permitiría reanudar poco a poco la actividad económica.

## Cohesión gubernamental

Una de las citas más recordadas del destacado dirigente vietnamita Hồ Chí Minh señala que “la tormenta es una buena oportunidad para que el pino y el ciprés demuestren su fuerza y estabilidad”. Y así fue. El momento que se vivía ofreció un buen espacio para comprender esta frase, pues la emergencia sanitaria ha demostrado la capacidad gubernamental de este país para lidiar con escenarios de crisis de gran magnitud. Señalar este atributo del Estado vietnamita es importante, ya que ha sido un elemento clave para el éxito de la estrategia.

Gráfica 2  
Contagios y muertes diarias, 23 de enero de 2020-15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en los reportes diarios de casos de covid-19 distribuidos por el gobierno (VNEEx-press International 2021).

El sistema político de esta nación consiste en un socialismo de partido único (Socialist Republic of Vietnam s.f.), donde el Partido Comunista de Vietnam (PCV) tiene un alcance profundo no solo en la política, sino también en la sociedad. Se trata de un país con una cohesión política considerable, donde la oposición gubernamental y la división política no son fenómenos extendidos (Watson 2020, 3). Pese a la ubicuidad del PCV, la naturaleza del régimen ha permitido que la pandemia no sea objeto de politizaciones: el problema se ha tratado únicamente como una crisis de salud, permitiendo que las medidas del gobierno sean acatadas por la sociedad con mayor facilidad. En los casos en que ha habido un empalme entre los intereses políticos y las medidas aplicadas, el Estado ha actuado de manera severa y tajante, como cuando el director del Centro de Control de Enfermedades de Hanói fue arrestado debido a sospechas de corrupción en relación con la compra de kits de diagnóstico (Tran, L. 2020). Definitivamente, las autoridades gubernamentales han logrado priorizar la salud sobre la política, lo que les ha permitido un mayor control de la crisis sanitaria.

En adición, la estructura centralizada del gobierno ha permitido una mayor capacidad de acción para implementar las políticas de combate a la pandemia y para desplegar su estrategia en los gobiernos provinciales mediante las directrices establecidas por el Comité Directivo Nacional de Prevención y Control de la COVID-19, las cuales han sido replicadas por los comités de cada provincia. Estos comités provinciales han sido vitales para una respuesta eficaz debido a que realizan cuatro funciones esenciales: “Incrementan el nivel de las prestaciones de servicios de salud pública local, previenen la transmisión y realizan investigaciones y seguimientos epidemiológicos, mitigan el impacto de la pandemia en otros servicios públicos locales y, finalmente, sustentan a las actividades de ayuda social y económica” (Huynh, Tosun y Yilmaz 2020, 237). Esta característica del sistema político vietnamita ha permitido que su estrategia sea más efectiva que las de otros países menos centralizados (Pham 2020).

Las acciones de salud pública del primer ministro, Nguyễn Xuân Phúc, y los dirigentes del Ministerio de Salud, Vũ Đức Đam y Nguyễn Thanh Long, así como su eficacia en la contención del virus, han sido incluso elogiados por la OMS (Huynh, Tosun y Yilmaz 2020, 236). El mérito de estos

actores no se reduce solo a su capacidad para mantener la cohesión gubernamental, sino también a las buenas prácticas de transparencia y comunicación, mismas que serán descritas en la próxima sección de este capítulo.

## Transparencia y comunicación

No es común que los regímenes autoritarios sean transparentes con su población, ya que, en teoría, no necesitan rendir cuentas ante la sociedad para sobrevivir. No obstante, el caso vietnamita mostró cierta apertura con la sociedad, aunque más bien pudiera explicarse en función de un objetivo pragmático para mantener el control de la situación de emergencia. Esto es, sus tácticas de transparencia y comunicación se eligieron como recursos para alertar a la población sobre los riesgos de la enfermedad y sobre las prácticas para prevenir el contagio. Desde el inicio, el gobierno fue consciente de la importancia de que los ciudadanos tuvieran un conocimiento preciso sobre la COVID-19 y de cómo protegerse, por lo que los canales de comunicación en los medios fueron vastos y eficaces para educar y convencer al público de la importancia de tomar medidas de prevención.

Los medios de comunicación de Vietnam son propiedad del Estado y, por ende, las noticias y la información que difunden son usualmente “manipuladas” (Tran, L. 2020); en este caso, el gobierno prefirió otorgar un margen más amplio a los medios para difundir información avalada por las organizaciones internacionales, como la OMS y la Organización de las Naciones Unidas (Nguyen, K. 2020). La efectividad de la estrategia de comunicación vietnamita se valió de formas múltiples y unívocas para transmitir la información a los habitantes. Primordialmente, la comunicación oficial se basó en un método propagandístico que ya había sido utilizado por el gobierno de Vietnam del Norte en el periodo de guerra de los años sesenta y setenta del siglo pasado para crear un sentimiento antiamericano y legitimar al gobierno comunista (Pham 2020; Nguyen, M. 2020). Bajo este método, el discurso estatal consiguió infiltrarse en el día a día de los ciudadanos a través de carteles, lemas publicitarios, medios masivos de comunicación y declaraciones de funcionarios gubernamentales. Otro método empleado

para mantener al público informado sobre el tema fue el constante envío de mensajes de texto a la población por parte del Ministerio de Salud, en los que se describían los síntomas de la enfermedad y las medidas preventivas que debían seguirse (Nguyen, K. 2020).

Los resultados de la estrategia de comunicación vietnamita fueron efectivos, pues el público demostró tener conocimiento acerca del virus y de los métodos para prevenir el contagio. Un estudio realizado por Van Nhu, Tuyet-Hanh et al. (2020) analizó el conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la COVID-19 entre la población vietnamita con base en un cuestionario aplicado a 1 999 personas de entre 18 y 59 años. En este se demostró que 92.2% de los participantes tenía un conocimiento elevado en relación con las medidas de prevención y que 75.8% de ellos las practicaban. Otro estudio similar realizado por Nguyen, N. et al. (2020) obtuvo resultados parecidos, sobre todo en la notable adherencia a las normas de prevención por parte de la población.

La comunicación y la transparencia por parte del Estado contribuyeron a la efectividad de la estrategia vietnamita para controlar la pandemia: los mensajes claros y consistentes de los actores políticos fueron primordiales para el acatamiento de las medidas por parte de los ciudadanos. Este componente de la política para la contención y mitigación del SARS-COV-2 contrasta con otros casos, como el estadounidense o el europeo, donde los líderes enviaban “mensajes contradictorios y tranquilizadores” al público dando como resultado un panorama conflictivo en el que la gente se mostraba “confundida, frustrada y enojada” (Trevisan, Le y Le 2020, 1152). Una vez mencionada la importancia de la transparencia y comunicación, se abordará otro factor cardinal para entender el éxito de Vietnam en esta crisis sanitaria: la participación social.

## Participación social

Hablar de la importancia del involucramiento social en los países asiáticos ha dado lugar a una serie de generalizaciones en varias publicaciones recientes. Una de ellas es la del filósofo surcoreano, Byung-chul Han (2020),

quien argumenta que los países asiáticos han sido mejores que los países occidentales para controlar la situación debido a la civilidad de las personas. El argumento de Han implica una generalización arriesgada y para comprobarlo tendrían que llevarse a cabo análisis más profundos. No obstante, en su aseveración atisba un fenómeno cierto, al menos para el caso vietnamita: la importancia de la participación social.

Pese a la naturaleza autoritaria del régimen, el éxito de la estrategia no ha dependido de medidas draconianas, sino de la confianza y el apoyo de la sociedad (Van Nhu, Tuyet-Hanh et al. 2020). Similar al caso neozelandés, la respuesta de Vietnam ante la pandemia requirió de un alto grado de respaldo y obediencia social hacia las directrices gubernamentales (Hamilton-Hart y Caughey 2020). Por lo anterior, es entendible que los casos positivos y muertes sean tan reducidos (véanse gráficas 1 y 2). Aún más, el desempeño social ha generado un “sentimiento de orgullo nacional” en la población vietnamita que, a la vez, ha buscado contribuir a mantener el buen control de esta crisis (Clare 2020, 8; Nguyen, M. 2020).

Además de lo anterior, las labores realizadas por organizaciones sociales también han sido relevantes para atender a las poblaciones vulnerables y crear conciencia respecto del virus. En relación con el primer punto, muchos grupos de atención se organizaron para atender las necesidades específicas de poblaciones afectadas en cuestiones económicas, sociales o de salud. Por ejemplo, en medio de esta crisis, varios organismos buscaron continuar con los procedimientos médicos de las personas transgénero; otros intentaron apoyar a las personas del comercio informal que se vieron afectadas por los confinamientos en varias ciudades (Hoang et al. 2020, 3). En cuanto al segundo punto, algunos “equipos de acción rápida” conformados por personal médico, policías, profesores, representantes sociales y miembros de comunidades establecieron campañas de educación y prevención del virus. Los recursos requeridos por estas asociaciones fueron provistos por el gobierno estatal, donadores, fundaciones y por la ciudadanía (Hoang et al. 2020). En ese sentido, la cooperación de la sociedad civil ha sido bastante favorecedora para reforzar la estrategia gubernamental y ha demostrado que la participación ciudadana, tanto a través de grupos sociales como a nivel individual,

forma parte de la respuesta integral para que la lucha contra el coronavirus haya sido efectiva durante el primer año de la crisis sanitaria.

## Conclusiones

Este capítulo parte de la premisa de que la estrategia de Vietnam para contener la COVID-19 durante el primer año fue efectiva, pues se contuvo la propagación y se logró mitigar la enfermedad y las muertes. Las acciones emprendidas por el gobierno pueden ser catalogadas como unas de las más eficientes a nivel mundial para combatir la pandemia, lo cual justifica la importancia de su estudio como un caso ejemplar. Analizar las acciones emprendidas en Vietnam para hacer frente a esta crisis permite que otras naciones con condiciones socioeconómicas similares entiendan qué prácticas pueden ser efectuadas para mejorar su propia estrategia. Al respecto, una investigadora vietnamita recientemente aseveró que las acciones de dicho gobierno no son replicables en otros contextos debido a factores culturales, políticos y sociales (Pham 2020). Sin embargo, en este capítulo se propone un argumento algo distinto, pues consideramos que varias de las medidas realizadas en Vietnam sí pueden ser replicadas en otros países. Esto es, más allá de tratarse de un régimen autoritario en el que podría suponerse que la gente responde porque no tiene otra opción, se deduce que la comunicación y la transparencia de la información sobre la COVID-19 por parte del gobierno generan confianza en la población.

Sin una actitud colectiva uniforme hacia la prevención, es probable que las austeras estrategias vietnamitas —sustentadas en la responsabilidad social— no hubieran tenido la misma contundencia ni eficacia. Este factor ha jugado un papel clave en la movilización de la sociedad para contener los contagios de manera efectiva y escapar de la parálisis productiva que habría golpeado severamente la economía del país y las posibilidades de recuperación. Este aspecto no se limita a rasgos específicos de Vietnam, sino que tiene que ver con objetivos pragmáticos en la toma de decisiones. Sistemas más democráticos como el surcoreano y el taiwanés —incluidos en este libro— demuestran que la misma práctica de transparencia y comunicación

podiera funcionar en sociedades con más libertades individuales, y no solo en países con gobiernos autoritarios.

Otra parte del argumento es que, como se analizó aquí, las acciones tempranas implementadas por dicho gobierno, además de la agresividad de la estrategia vietnamita, la cohesión gubernamental y la no politización del problema, son elementos clave para entender el éxito de su estrategia en el combate contra la pandemia de la COVID-19. Estos aspectos sí podrían ser factores de diferenciación respecto de otros casos en el mundo, pues permiten una toma de decisiones más resuelta y la movilización expedita de recursos, contrario a lo que sucede en regímenes democráticos consolidados o en camino de serlo. Además de la estrategia de comunicación y apertura en la información, no puede negarse que los mecanismos de vigilancia y control social del Estado fueron también componentes relevantes en la explicación del caso vietnamita.

Pese a lo anterior, Vietnam enfrenta varios retos derivados de la crisis sanitaria. El desafío principal ahora es encontrar las formas adecuadas para que no se interrumpa el considerable crecimiento económico que ha tenido durante las últimas tres décadas. Si bien no alcanzó su objetivo de crecimiento económico de 6.8% durante 2020, sorprendentemente sí consiguió tener una tasa de crecimiento neto positivo de 1.8%, siendo una de las pocas naciones en el mundo en lograrlo (IMF s.f.). Por su parte, el Banco Mundial señaló que la economía vietnamita podrá recuperarse si encuentra nuevos canales de crecimiento y consigue diversificar su sistema productivo (Clare 2020, 8). Además, el país debe concentrar sus esfuerzos en atender los sectores nacionales más afectados, entre ellos, el turismo, el comercio internacional y los servicios de transporte (Tran, B. et al. 2020, 5-6). Dado el éxito que lograron en la contención y mitigación de la enfermedad durante el primer año, se consideró probable que Vietnam consiguiera superar estos retos ya que, según la empresa consultora Dezan Shira & Associates (2020), se pronosticaba que la economía nacional pudiera crecer a una tasa de 6.5% en 2021. De esta manera, el país ha hecho su parte, al menos en lo que corresponde a sus instituciones y aparato productivo. Los retos seguirán siendo las dificultades presentadas por su dependencia del sector externo y

el impacto que la pandemia pueda tener en las cadenas regionales y globales de proveeduría a las que este país asiático está integrado.

Aunque el futuro continúa siendo incierto para el mundo y la región, especialmente con la aparición de nuevas variantes del virus, las campañas de vacunación que comenzaron en Vietnam desde marzo de 2021 dan lugar a pronósticos favorables. Los retos conocidos y desconocidos que acompañan el devenir de la nación podrían superarse si se logra idear una estrategia de recuperación tan efectiva como la correspondiente al combate de la COVID-19 en el primer año de su surgimiento. Mientras tanto, queda observar las acciones futuras del gobierno vietnamita para hacer frente a la impenetrable pandemia, reconocer las respuestas sociales y estudiar la evolución de sus prácticas ante los cambios en el ámbito local e internacional.

## Referencias bibliográficas

- BM (Banco Mundial). 2019. “Viet Nam”. Consultado el 16 de diciembre de 2020. <https://datos.bancomundial.org/pais/viet-nam>.
- Boothroyd, Peter. 2000. *Socioeconomic Renovation in Viet Nam: The Origin, Evolution, and Impact of Doi Moi*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Clare, Angela. 2020. “COVID-19 in South and Southeast Asia: A Quick Guide”. *Parliament of Australia Research Paper Series*: 1-10.
- CNN Health. 2020. “Tracking Coronavirus’s Global Spread”. Consultado el 13 de diciembre de 2020. <https://edition.cnn.com/interactive/2020/health/coronavirus-maps-and-cases/>.
- Dezan Shira & Associates. 2020. “Why Vietnam’s Outlook for 2021 Looks Bright”. *Vietnam Briefing*, 18 de diciembre de 2020. <https://www.vietnam-briefing.com/news/why-vietnams-outlook-for-2021-looks-bright.html/>.
- Duong, Duc Minh, Vui Thi Le y Bui Thi Thu Ha. 2020. “Controlling the COVID-19 Pandemic in Vietnam: Lessons from a Limited Resource Country”. *Asia Pacific Journal of Public Health* 32 (4): 161-162. doi: 10.1177/1010539520927290.

- Hamilton-Hart, Natasha y Celia Caughey. 2020. “Vietnam’s Showcase COVID Response”. *Newsroom*, 20 de noviembre de 2020. <https://www.newsroom.co.nz/ideasroom/vietnams-showcase-covid-response>.
- Han, Byung-Chul. 2020. “Why Asia is Better at Beating the Pandemic than Europe: The Key Lies in Civility”. *El País*, 30 de octubre de 2020. <https://english.elpais.com/opinion/2020-10-30/why-asia-is-better-at-beating-the-pandemic-than-europe-the-key-lies-in-civility.html>.
- Han, Emeline, Melisa Mei Jin Tan, Eva Turk, Devi Sridhar, Gabriel M. Leung, Kenji Shibuya, Nima Asgari, Juhwan Oh, Alberto L. García-Basteiro, Johanna Hanefeld, Alex R. Cook, Li Yang Hsu, Yik Ying Teo, David Heymann, Helen Clark, Martin McKee y Helena Legido-Quigley. 2020. “Lessons Learnt from Easing COVID-19 Restrictions: An Analysis of Countries and Regions in Asia Pacific and Europe”. 2020. *Lancet* 396 (10261): 1525-1534. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32007-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9).
- Hoang, Van Minh, Hong Hanh Hoang, Quynh Long Khuong, Ngoc Quang La y Thi Tuyet Hanh Tran. 2020. “Describing the Pattern of the COVID-19 Epidemic in Vietnam”. *Global Health Action* 13 (1): 1-6. <http://doi.org/10.1080/16549716.2020.1776526>.
- Huynh, Dat, Mehmet Serkan Tosun y Serdar Yilmaz. 2020. “All-of-government Response to the COVID-19 Pandemic: The Case of Vietnam”. *Public Administration and Development* 40 (4): 236-239. doi:10.1002/pad.1893.
- IMF (International Monetary Fund). “Real GDP Growth”. *IMF*. Consultado el 9 de enero de 2021. [https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP\\_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD](https://www.imf.org/external/datamapper/NGDP_RPCH@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD).
- Nguyen, Khanh. 2020. “The Key to Viet Nam’s Successful COVID-19 Response: A UN Resident Coordinator Blog”. *UN News*, 29 de agosto de 2020. <https://news.un.org/en/story/2020/08/1070852>.
- Nguyen, Maya. 2020. “Vietnam’s War against Covid-19”. *The Diplomat*, 19 de octubre de 2020. <https://thediplomat.com/2020/10/vietnams-war-against-covid-19/>.
- Nguyen, Nhan Phuc Thanh, Tuyen Dinh Hoang, Tran Vi Thao, Vu Cuc Thi, Joseph Nelson Siewe Fodjo, Robert Colebunders, Michael P.

- Dunne y Thang Van Vo. 2020. “Preventive Behavior of Vietnamese People in Response to the COVID-19 Pandemic”. *PLoS One* 15 (9): 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0238830.
- OECD (Observatory of Economic Complexity). 2020. “Vietnam”. Última modificación en diciembre de 2020. *Observatory of Economic Complexity*. <https://oec.world/en/profile/country/vnm>.
- Pham, Phuong. 2020. “Can Vietnam’s COVID-19 Response Be Replicated?”. *Asia & The Pacific Policy Society*. Última modificación el 4 de agosto de 2020. <https://www.policyforum.net/can-vietnams-covid-19-response-be-replicated/>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020. “Vietnam: Coronavirus Pandemic Country Profile”. Consultado el 1 de enero de 2021. *OurWorldInData.org*. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/vietnam?country=~VNM>.
- Socialist Republic of Vietnam. “Political System”. Consultado el 18 de diciembre de 2020. <http://www.chinhphu.vn/portal/page/portal/English/TheSocialistRepublicOfVietnam/AboutVietnam/AboutVietnam-Detail?categoryId=10000103&articleId=10001578>.
- Tran, Bach Xuan, Hien Thi Nguyen, Huong Thi Le, Carl A. Latkin, Hai Quang Pham, Linh Gia Vu, Xuan Thi Thanh Le, Thao Thanh Nguyen, Quan Thi Pham, Nhung Thi Kim Ta, Quynh Thi Nguyen, Cyrus S. H. Ho y Roger C. M. Ho. 2020. “Impact of the COVID-19 on Economic Well-Being and Quality of Life of the Vietnamese during the National Social Distancing”. *Front Psychol* 11: 1-9. doi:10.3389/fpsyg.2020.565153.
- Tran, Le Thuy. 2020. “Vietnam Is Fighting Covid without Pitting Economic Growth against Public Health”. *The Guardian*, 20 de octubre de 2020. <https://www.theguardian.com/commentisfree/2020/oct/20/vietnam-covid-economic-growth-public-health-coronavirus>.
- Trevisan, Maurizio, Linh Cu Le y Anh Vu Le. 2020. “The COVID-19 Pandemic: A View from Vietnam”. *Am J Public Health* 110 (8): 1152-1153. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2020.305751>.

- Van Nhu, Ha, Tran Thi Tuyet-Hanh, Nguyen Thi Anh Van, Linh Tran Nu Quy y Truong Quang Tien. 2020. “Knowledge, Attitudes, and Practices of the Vietnamese as Key Factors in Controlling COVID-19”. *J Community Health* 45 (6): 1263-1269. doi: 10.1007/s10900-020-00919-4.
- VNExpress International*. 2021. “COVID-19 in Vietnam: Fourth Wave’s Tally Tops 10.4 mln”. <https://e.vnexpress.net/covid-19/covid-19-viet-nam>.
- Watson, Virginia Bacay. 2020. “Five Coronavirus Success Stories: Different, but the Same”. *Daniel K. Inouye Asia-Pacific Center for Security Studies* 21. [https://apcss.org/wp-content/uploads/2020/06/Security Nexus\\_Watson\\_FIVE\\_CORONAVIRUS\\_SUCCESS\\_STORIES-C.pdf](https://apcss.org/wp-content/uploads/2020/06/Security_Nexus_Watson_FIVE_CORONAVIRUS_SUCCESS_STORIES-C.pdf).(2020). doi: 10.2307/resrep24880.
- WHO (World Health Organization). 2003. “Vietnam”. Consultado el 28 de abril de 2003. [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr\\_sars/en/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr_sars/en/).
- World Bank Group. 2020. *COVID-19 Policy Responses Notes for Vietnam*. Washington, D. C.: World Bank Group.

## SEGUNDA PARTE

### La contención problemática de las infecciones



# 3 Tailandia y el manejo de la pandemia de la COVID-19, 2020-2021

Natalia Rivera Ángel

## Introducción

Tailandia registró el primer caso de COVID-19 detectado fuera de China. Se trató de una mujer de 61 años, oriunda de Wuhan, que viajó en avión desde su ciudad natal hasta Tailandia. Una vez descubiertos los síntomas por el sistema de control de temperatura en el aeropuerto internacional Suvarnabhumi, la paciente permaneció desde el 8 de enero en un hospital para recibir tratamiento médico; seis días después se reportó estable (OMS 2020). Al hacer público este primer caso el 13 de enero de 2020, el ministro de Salud, Anutin Chanchawirakun, aseguró estar convencido de poder controlar la situación, por lo que no sería necesario limitar los viajes pero sí aumentar las precauciones. Así, la primera medida en los aeropuertos para los viajeros procedentes de China fue someterlos a controles para detectar fiebre alta y síntomas respiratorios.

Los viajeros y trabajadores provenientes de China, Myanmar, Camboya, Laos y Vietnam, así como los tailandeses procedentes del exterior, fueron los primeros en introducir el SARS-CoV-2 a Tailandia, desencadenando las infecciones locales que se diseminaron de Bangkok a otras provincias. Aunque el gobierno respondió rápidamente con una campaña que combinaba la contención con la mitigación de la epidemia, no logró evitar el desarrollo de dos olas de contagios durante las cuales también se perdieron vidas: entre marzo y abril de 2020, la primera, y de diciembre a marzo de 2021, la segunda. A pesar de ello, el registro más alto de contagios diarios en la primera ola fue de 188, el 22 de marzo de 2020, y de 1 732 en la segunda, el 29 de enero de 2021; con 108 fallecimientos entre abril y mayo de 2020 y 231 entre enero y marzo de 2021 (Ritchie 2020).

Después de mostrar este panorama, el objetivo del presente trabajo es estudiar el impacto de las medidas gubernamentales y no gubernamentales que incidieron sobre el control de la COVID-19 durante 2020 y el primer trimestre de 2021. Dado el relativamente reducido número de contagios y fallecimientos ocurridos en Tailandia a lo largo de los primeros quince meses de la pandemia, consideramos que dichas medidas fueron efectivas. Así, el hallazgo principal de este capítulo es que la gestión gubernamental de contención se basó en una estrecha coordinación institucional, en la centralización de la toma de decisiones, en la adopción de rigurosas medidas sanitarias, además de la toma de conciencia y colaboración de la población. Y aun así, el control gubernamental sobre la pandemia perdió parte de su efectividad como resultado del juego de intereses políticos y económicos entre diversos sectores de las clases política y empresarial.

Para comprender la eficacia de la experiencia sanitaria tailandesa será conveniente dejar de lado el prejuicio sobre la oposición irreductible entre el gobierno militar (establecido el 22 de mayo de 2014) y la población civil, y distinguir como ámbitos diferenciados una crisis política cuyos antecedentes se remontan antes de la pandemia y una crisis sanitaria. Si bien en el espacio de la primera, las protestas ciudadanas contra el régimen militar no han cesado, en el ámbito de la crisis derivada de la COVID-19 ha podido observarse la disposición de la población tailandesa para poner en práctica las disposiciones de las autoridades sanitarias. Aun cuando la población se encontraba dividida entre simpatizantes y opositores del régimen militar, puede decirse que acataron las normas impuestas por las autoridades sanitarias; probablemente por tratarse de una amenaza tan grave para la vida y la economía nacional, el problema de salud logró ser despolitizado hasta cierto punto. En ese sentido, podemos considerar la crisis política como el trasfondo sobre el cual las autoridades sanitarias han administrado exitosamente la pandemia, al menos durante el periodo que comprende este capítulo.

No podemos decir lo mismo de los intereses económicos afectados por la suspensión de las actividades productivas a causa de la emergencia sanitaria: ineludiblemente, la prolongada cuarentena afectó los ingresos tanto de las empresas como de la población. Como consecuencia de ello, el sector empresarial vinculado con la esfera económica orientada hacia los mercados

internacionales (turismo y manufacturas de exportación, principalmente) ejerció presión para que las medidas sanitarias fuesen atemperadas entre las dos olas de contagios. Si bien es cierto que la política sanitaria había logrado contener efectivamente las infecciones en un inicio, la relajación de los programas sanitarios tuvo una fuerte influencia sobre el desarrollo de la segunda ola.

En el presente capítulo abordaremos cuatro temas: el primero versará sobre el origen y desarrollo de la COVID-19 en Tailandia, tomando en cuenta los factores externos e internos que contribuyeron al incremento de los contagios en el país. El segundo tema indagará en las medidas que el gobierno tailandés implementó para contrarrestar la pandemia. El tercero se abocará a las condiciones físicas de infraestructura y a la capacidad de respuesta hospitalaria respecto del problema de salud en cuestión. El cuarto tema se enfocará en las condiciones, la capacidad de respuesta y los retos del personal médico en la atención a los pacientes infectados por la pandemia.

## Desarrollo de la pandemia

La COVID-19 llegó a Tailandia por tres vías que explicaremos a continuación. La primera se dio por la entrada de personas de origen chino que viajaron al país por motivos de esparcimiento o para recibir algún tratamiento médico. Antes de la pandemia, el turismo en Tailandia representaba entre 12% y 20% del producto interno bruto (PIB); sin embargo, debido al cierre de fronteras derivado de la crisis sanitaria, el turismo se desplomó 71%. Así, los ingresos en el sector, que en 2018 acumularon 63 000 millones de dólares y 60 000 en 2019, cayeron a 10 560 millones en 2020. Durante enero-julio de 2019, Tailandia recibió 23 millones de turistas; mientras que en el mismo periodo de 2020 solo llegaron al país 6.6 millones de visitantes (EFE 2020).

Cuando la pandemia de la COVID-19 se diseminó por todo el mundo, las personas de origen chino fueron estigmatizadas como principales transmisoras del virus, de manera que esta y otras minorías asiáticas sufrieron manifestaciones de discriminación, rechazo y exclusión, en lugares públicos y centros de trabajo; incluso en Singapur y Malasia la población pidió a sus

gobiernos prohibir el ingreso de personas chinas a sus territorios (Wong 2020). Ante estas medidas discriminatorias, el gobierno chino endureció sus relaciones con los países que impusieron restricciones o amenazaron con deportar a sus ciudadanos. En cambio, Tailandia brindó un trato de mayor tolerancia y aceptación hacia las personas de origen chino, y en reciprocidad, el gobierno de China envió insumos médicos y transfirió la producción de vacunas de sus empresas para ser distribuidas en el Sureste de Asia.<sup>1</sup>

En 2019, Tailandia representaba uno de los principales destinos turísticos de la región: el país había recibido ese año cuarenta millones de turistas, de los cuales once provenían de China (EFE 2020). Antes de la COVID-19 llegaban treinta mil turistas chinos por día y después de ser levantadas las restricciones a los vuelos internacionales solo arribaban en promedio tres mil al día. En lo que respecta al turismo médico, las estadías solían durar un par de semanas dependiendo de los diagnósticos y tratamientos médicos;<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> El sutil comportamiento de Tailandia hacia China está relacionado con la fuerte dependencia a las inversiones y al comercio con ese país. En 2017 el mercado chino fue el primer destino de las exportaciones de Tailandia con 12.4% de las mismas, seguido de Estados Unidos con 11.2%. En materia de importaciones, China ocupa el primer lugar como proveedor del 20% de insumos y materiales para Tailandia, seguido de Japón con 14.5%. Tailandia y China son socios en el Tratado de Libre Comercio de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ASEAN, por sus siglas en inglés). En una etapa de recesión y contracción de la economía mundial por la pandemia, mantener una buena relación con China era vital para asegurar los flujos de comercio e inversión que necesitaba la economía tailandesa.

<sup>2</sup> Tailandia es conocido por ser un destino de turismo médico debido a sus costos asequibles en comparación con los altos precios de los servicios médicos en China. Los tratamientos con mayor demanda son las cirugías plásticas, los tratamientos dentales y las inseminaciones artificiales. En julio de 2020, la relajación de las medidas contra la COVID-19 para los extranjeros, atrajeron a cerca de mil doscientas personas, de las cuales trescientas provenían de China, quienes debían someterse a tres pruebas de coronavirus, dos semanas de cuarentena y un pago aproximado de 15 800 dólares tan solo para ingresar al país. Otros pacientes provenían de Myanmar, Vietnam, Camboya, Arabia Saudita, Emiratos Árabes Unidos. Para obtener la visa de ingreso a Tailandia se requería mostrar la invitación del hospital donde se llevaría a cabo el tratamiento, además de una póliza de seguro con cobertura de

sin embargo, durante marzo y abril de 2020, la afluencia de pacientes también se redujo considerablemente. Cabe señalar que los hospitales privados de Tailandia atienden anualmente un importante número de pacientes provenientes de China, quienes se sienten atraídos por los bajos costos, la calidad de los servicios médicos y la diversidad de especialidades que se ofrecen en Bangkok.

La segunda vía de importación de infecciones se originó por los trabajadores migrantes originarios de Myanmar, Laos y Camboya, que cruzaban diariamente la frontera para trabajar en Tailandia. En estos países las medidas sanitarias fueron tardías e insuficientes y las autoridades se vieron rebasadas por la velocidad de los contagios; además, los medios insistieron en las dificultades para detectar los casos de infección, pues algunos trabajadores inmigrantes eran asintomáticos, o bien, los síntomas aparecían en un lapso de una a dos semanas.

Vale la pena mencionar que Tailandia es la segunda economía más importante en el Sureste de Asia; aparte de su fortaleza en el sector turístico, es una importante exportadora de materias primas (como arroz, caucho y pescado) y de manufacturas (como textiles, computadoras, aparatos electrónicos y automóviles). Para los sectores del comercio, la construcción y la industria se contratan laosianos, camboyanos, birmanos y vietnamitas, muchos de los cuales laboran de manera ilegal en el país. Los traficantes de personas se encargan de su traslado y los colocan en distintos oficios con el apoyo de funcionarios tailandeses que operan frecuentemente al margen de la ley (*AP News* 2020). En este sentido, los trabajadores migrantes representan una importante fuente de ingresos para sus países de origen y para la economía tailandesa. Según la OCDE, en 2015 había 3.9 millones de inmigrantes

---

hasta 100 000 dólares y mostrar evidencias de no tener COVID-19 antes del viaje. En julio, 85 hospitales privados y clínicas firmaron un acuerdo para recibir pacientes del extranjero para programas médicos. La cadena de hospitales privados de Tailandia, Bangkok Dusit Medical Services, se asoció con el Grupo de Seguros Ping An de China para atender a pacientes chinos con servicios especiales como videollamadas, trámite de visas, intérpretes, transporte y cuidados VIP en cuartos privados (Tan 2020).

trabajando en Tailandia, mientras que la ONU calculaba que había entre 4 y 5 millones (*AP News* 2020; OCDE y OIT 2018).

El gobierno tailandés ha puesto atención particular en los trabajadores de Myanmar, pues constituyen el grupo más numeroso de extranjeros que allí laboran, principalmente en la industria de la construcción. Se calcula que en 2016 había de 1.4 a 3 millones de trabajadores birmanos<sup>3</sup> en Tailandia; y de estos, más de la mitad no contaba con permiso legal para laborar (EFE 2016). Tan solo en el puerto de Mahachai trabajaban entre trescientos mil y cuatrocientos mil migrantes en fábricas y pescaderías (Nyein 2016). Una táctica para disminuir los contagios provenientes de Myanmar fue reforzar la seguridad en la frontera,<sup>4</sup> inclusive apoyándose en barricadas para reducir los cruces de ilegales y perseguir a los birmanos que no contaran con permiso legal (*VNP* 2020b; CSIS 2020-2021).

La tercera vía de transmisión del nuevo coronavirus fue a través de algunos trabajadores tailandeses que laboraban en China, Laos, Camboya, Myanmar, Bangladesh y Corea del Sur. El gobierno solicitó a ochenta ciudadanos que regresaban de Corea del Sur reportarse dentro de tres días ante las autoridades sanitarias, y los que no lo hicieron fueron multados con 6 000 dólares por violar la Ley de Control de Enfermedades Transmisibles. Dos tailandeses que regresaron de Myanmar burlaron la seguridad en la frontera para evitar la cuarentena, pero eventualmente el gobierno los rastreó, identificó y sancionó (*AP News* 2020). Está también el caso de dos mujeres que difundieron información falsa sobre la COVID-19 y fueron arrestadas (*VNP* 2020a). Los tailandeses que no respetaron o desafiaron las medidas decretadas por el gobierno fueron sancionados con cárcel.

---

<sup>3</sup> El gentilicio de la población de Myanmar también es *myanmena*. Sin embargo, el uso más común es el de “birmano” que deriva del nombre tradicional y designa también la etnia mayoritaria de Myanmar (RAE 2020).

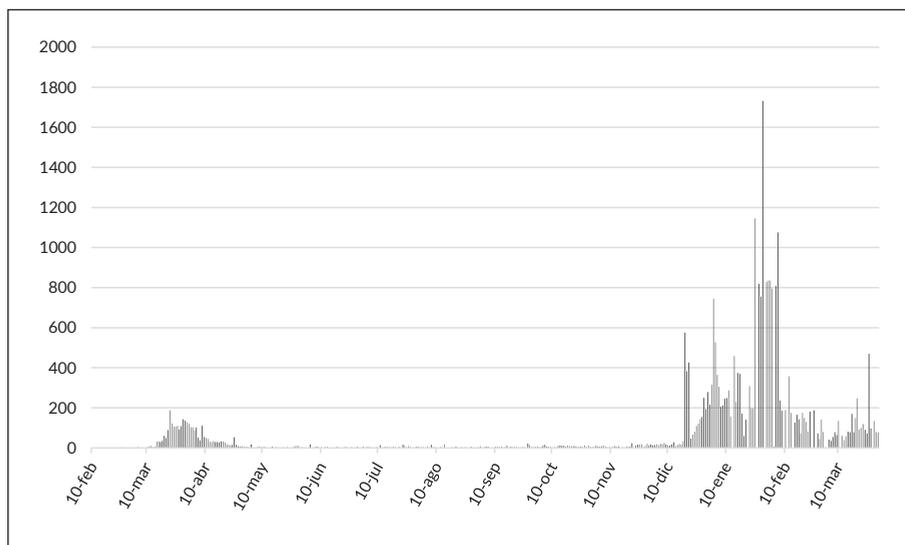
<sup>4</sup> Tailandia y Myanmar comparten 2 416 km de frontera, lo cual la hace sumamente difícil de vigilar. La cercanía entre ambos países y las notables diferencias económicas propician un constante flujo de personas.

## Primera ola de contagios

En el primer trimestre de 2020, los casos diarios de contagio local se incrementaron de manera gradual y del 12 de marzo al 27 de abril se desarrolló la primera ola de infecciones. A partir de la primera fecha, las infecciones comenzaron a ser contabilizadas con dos dígitos y el pico más alto (188 infecciones) fue registrado el 22 de ese mes. Los contagios diarios disminuyeron progresivamente y el 27 de abril los registros volvieron a ser de un solo dígito; el promedio durante el periodo del 27 de abril al 20 de noviembre fue de 4.7 contagios por día. Sobre esta base, el desempeño de las autoridades sanitarias tailandesas puede ser considerado efectivo, ya que fueron capaces de contener la primera ola de contagios en números relativamente bajos y mantenerlos así durante 208 días (véase gráfica 1).

El mayor número de contagios locales entre la población se registró en Bangkok y en las zonas periféricas de la capital, pero también en Chiang Mai —la segunda ciudad más grande, situada al norte del país— y en las

Gráfica 1  
Casos diarios confirmados, 24 de enero de 2020-31 de marzo de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

provincias limítrofes con Malasia. La identificación de casos en cada extremo del país durante el primer trimestre del 2020 revela el poco conocimiento que se tenía sobre las formas de contagio, la manera en que el SARS-COV-2 ataca el sistema inmunológico de los seres humanos y sobre los tratamientos para combatirlo. En junio de 2020 el gobierno tailandés confirmó la disminución franca de los contagios, y en octubre las infecciones locales fueron prácticamente nulas (Patcharanarumol et al. 2020, 5). En comparación con sus vecinos regionales, donde los casos aumentaron de manera descontrolada, el gobierno tailandés adoptó medidas drásticas de carácter interno y externo para contener la pandemia hasta noviembre de 2020.

### Segunda ola y las dificultades para mitigarla

A partir del 21 de noviembre, los contagios diarios fueron nuevamente contabilizados con dos dígitos, y con tres después del 19 de diciembre, convirtiéndose así en la prolongada segunda ola de infecciones. El gobierno reportó 6285 casos y 61 muertes. La gráfica 1 muestra que el máximo de contagios (1732) fue alcanzado hasta el 29 de enero de 2021 y que las infecciones de nuevo fueron reducidas a dos dígitos durante los últimos cinco días de marzo de 2021. La intensificación de las infecciones y su extensión temporal pueden ser explicadas por la coincidencia de dos factores de naturaleza social y política: el primero implica que la población relajó la disciplina sanitaria con el paso del tiempo y que los llamados al aislamiento social perdieron eficacia; y el segundo supone que las autoridades políticas resintieron los efectos de una suspensión prolongada de las actividades económicas y buscaron flexibilizar el confinamiento establecido por los mandos sanitarios. En este marco explicativo entra en juego la presión ejercida por los empresarios vinculados con los sectores económicos orientados hacia los mercados internacionales, cuyo resultado fue el relajamiento de las medidas sanitarias y la consecuente alza del número de infecciones registrada durante la segunda ola de contagios.

Algunos medios informativos y organizaciones civiles disienten de los datos oficiales presentados por el gobierno, pues consideran que no hay

cifras exactas de fallecimientos, ni de los contagios en las ciudades y provincias de Tailandia. Cabe entonces aclarar que, a pesar de las objeciones, la información utilizada en el presente trabajo proviene de fuentes oficiales. Como punto intermedio consideraremos tales datos como aproximaciones. Por otra parte, las diferencias en el impacto de la pandemia en las provincias y en la capital estriban en que en esta última se concentra una importante proporción de la población y en que existen más servicios de salud y mejor capacidad instalada para el registro y seguimiento de los casos. Por lo tanto, es razonable que exista subrepresentación en la propagación de contagios del SARS-COV-2 y de fallecimientos derivados del mismo.

### **Medidas del gobierno tailandés para contrarrestar la pandemia de la COVID-19**

Para enfrentar la COVID-19, el gobierno implementó medidas que buscaban controlar la movilidad internacional y doméstica de la población. La primera de ellas inició el 3 de enero de 2020, cuando el Ministerio de Salud Pública de Tailandia decidió regular de manera más estricta la movilidad internacional y aplicar pruebas a los viajeros procedentes de Wuhan en los aeropuertos Suvarnabhumi, Don Mueang, Phuket y Chiang Mai. Los viajeros con fiebre alta y síntomas respiratorios debieron cumplir una cuarentena obligatoria durante quince días, en un hotel designado por las autoridades (CSIS 2020-2021); y como mencionamos antes, también fue reforzada la seguridad y los puestos de control en las fronteras —especialmente con Myanmar, pues las autoridades persiguieron a migrantes birmanos que no contaran con permiso legal de residencia—. Ante el incremento de contagios en los inicios de la primera ola, el 22 marzo el gobierno tailandés prohibió la entrada a los viajeros procedentes del extranjero y decretó el cierre de fronteras. Sin embargo, cuando los contagios disminuyeron en mayo, como consecuencia de la presión ejercida por los empresarios vinculados a las actividades económicas internacionales, las autoridades levantaron algunas restricciones a los extranjeros lo cual, como veremos más adelante, eventualmente contribuyó al desarrollo de la segunda ola de infecciones.

Con respecto de las medidas internas, el gobierno se concentró en la protección de la población lanzando una intensa campaña de información a los residentes locales y extranjeros. Transmitió mensajes en tailandés, birmano, laosiano, khmer y chino, con el fin de educar y sensibilizar respecto del origen del coronavirus, los focos de infección, las medidas de prevención, el desarrollo de la pandemia, el número de contagios y defunciones, además de dar seguimiento a otros casos y comparar la situación de Tailandia con la de otros países (Patcharanaruamol et al. 2020, 2). Asimismo, de manera regular se llevaron a cabo conferencias informativas en los medios de comunicación, organizadas y conducidas por el Ministerio de Salud Pública, el Centro de Operaciones de Emergencia, el Centro de Administración de la Situación de la COVID-19 y el Departamento de Control de Enfermedades (DDC, por sus siglas en inglés).

Algunas de las medidas prácticas adoptadas por el gobierno tailandés fueron el control de la movilidad de las personas y la seguridad sanitaria en los espacios públicos (Boossabong y Chamchong 2020, 3). Aunque las autoridades no impusieron el uso obligatorio de cubrebocas, 95% de la población ya los usaba desde enero de 2020 debido a un hábito adquirido antes de la pandemia; de hecho, la presión para portarlo fue ejercida más bien por la sociedad: quien no lo portara, fuera local o extranjero, era señalado como una persona irresponsable.<sup>5</sup> En otras palabras, las medidas gubernamentales

---

<sup>5</sup> Las medidas gubernamentales para contener la COVID-19 encontraron un terreno fértil en los hábitos de la población, la cual antepuso el bien común al interés individual. El uso del cubrebocas es una práctica habitual en Tailandia debido a los elevados índices de contaminación y a los brotes anteriores del SARS y de la fiebre aviaria; en el pasado, el gobierno recomendó el uso de la mascarilla y la población la incorporó a su estilo de vida. Así, antes de que el gobierno empleara medidas drásticas para contener el nuevo coronavirus, la población ya usaba el cubrebocas en el entendido de que su uso es una medida de protección personal y social. Si bien el cubrebocas forma parte de los protocolos gubernamentales, su uso destaca la preocupación por *el otro*, pues el bienestar del otro redundaba en el bien individual. Otra práctica social de los tailandeses es no tocarse, o sea, al saludarse no se dan la mano; en vez de ello hacen una reverencia conocida como “wai” y refuerzan el distanciamiento social. Al llegar a las casas, los tailandeses se quitan los zapatos para entrar y reducen la introducción de polvo y suciedad de las calles. También

han sido eficaces, pero la responsabilidad, colaboración y conciencia social de los individuos también ha tenido un impacto significativo en el control de la pandemia.

El 12 de marzo, el gobierno impuso el distanciamiento social de más de dos metros entre las personas, así como el uso obligatorio del cubrebocas en los supermercados y en el transporte público —en las estaciones del metro se instalaron máquinas para su venta (*EFE* 2020)—. La población fue conminada a mantener estrictas medidas de higiene: lavado frecuente de manos, uso de gel con base en alcohol, no tocarse la nariz y la boca, entre otras (Patcharanaruamol et al. 2020, 2).

Ante el incremento de los contagios en el inicio de la primera ola, el gobierno impuso la suspensión de servicios no esenciales. El 17 de marzo lanzó la campaña “Quédate en casa y frena el virus en nuestro país” y al día siguiente ordenó el cierre de cines, centros deportivos y centros de masaje; después tocó el turno a las tiendas departamentales, restaurantes y lugares públicos. Las reuniones masivas también fueron prohibidas. El 25 de marzo, el gobierno tailandés declaró el estado de emergencia, estableciendo un toque de queda nocturno y restringiendo la movilidad entre las provincias. La autoridad identificó las provincias con los mayores índices de contagio, aplicó pruebas a las poblaciones infectadas y se les impuso una cuarentena.

Para un mejor control y vigilancia se establecieron centros de atención telefónica entre la población y los proveedores de servicios de salud (Patcharanaruamol et al. 2020, 2). Fueron habilitadas 1 422 líneas que estarían en operación las 24 horas, además de las aplicaciones oficiales de mensajería LINE COVID-19, la línea directa de contacto del gobierno 1111, la línea 1669 del Instituto Nacional de Emergencias Médicas y la aplicación de teléfono inteligente Cuidado DDC (para monitorear los síntomas de grupos de alto riesgo en cuarentena en sus hogares o que permanecieron aislados). Definitivamente, las aplicaciones móviles fueron una valiosa herramienta para la detección, seguimiento y rastreo de personas infectadas en los centros urba-

---

comen alimentos y bebidas calientes como suele recomendarse y utilizan una cuchara para servirlos en porciones individuales sin que los comensales utilicen sus propios cubiertos en la fuente principal.

nos que no tenían la posibilidad de recibir atención médica en los hospitales públicos o privados y que permanecían solas en casa.

El transporte público siguió dando servicio bajo estrictas medidas de higiene (toma de temperatura, uso de cubrebocas por parte de los conductores, pasajeros y operadores de servicio) y, con excepción de los trabajadores esenciales, los empleados del sector privado realizaron su trabajo desde casa. También se implementó la vigilancia especial en los hospitales públicos y privados. Algunas de las medidas más relevantes se aprecian en la cronología del cuadro 1.

Las medidas para frenar el avance del virus entre la población fueron eficaces por un corto tiempo; pues, como hemos indicado, los contagios aumentaron de manera rápida durante marzo y abril. Como estrategia urgente, el gobierno decidió posponer la celebración del año nuevo *Songkran* al 13 y 14 de abril con el fin de evitar los traslados masivos entre la capital y las provincias, y para no generar nuevos focos de contagio. Con base en la Communicable Diseases Act B.E. 2558 (2015; Chan-ocha 2021), los gobiernos provinciales fueron instruidos para adoptar las medidas de prevención que fueran necesarias de acuerdo con la gravedad de la situación en sus propios territorios (Patcharanaruamol et al. 2020, 2).

En abril se implementaron normas que buscaban evitar los contagios entre la población estudiantil de todos los niveles, desde escuelas de educación preescolar hasta universidades. El día 27 fueron cerradas las instituciones educativas; algunas reabrieron las instalaciones hasta el 1 de julio, pero con medidas estrictas como el distanciamiento físico, clases menos concurridas, uso obligatorio de cubrebocas e higiene continua de manos (Patcharanaruamol et al. 2020, 3).

Factores determinantes del tránsito  
de la contención a la mitigación de los contagios

Como hemos indicado, los contagios entre el 27 de abril y el 20 de noviembre de 2020 llegaron a promediar menos de cinco por día y eran la expresión fehaciente del éxito en la mitigación de las infecciones. Sin embargo, a lo

**Cuadro 1**  
**Cronología de las acciones de contención**  
**de la pandemia de la COVID-19, febrero-diciembre de 2020**

Fecha	Acciones
Febrero 4	· Cierre a la entrada de pasajeros en cruceros
Marzo 12	· Distanciamiento social y uso obligatorio de cubrebocas
Marzo 22	· Prohibición de entrar a los viajeros procedentes del extranjero · Cierre de fronteras · Cierre de Bangkok · Cierre de negocios y centros de trabajo no esenciales
Marzo 26	· Primer estado de emergencia se extiende hasta el 30 de junio · Concesión al gobierno de poderes extraordinarios para restringir viajes domésticos · Prohibición de reuniones sociales y censura a los medios de comunicación
Abril 3	· Segundo estado de emergencia · Imposición de toque de queda, las personas deben permanecer en sus hogares de 10 p.m. a 4 a.m. con excepción de servicios esenciales
Mayo 3	· Eliminación gradual de las restricciones · Reapertura de algunos negocios
Mayo 17	· Primera ronda de eliminación de prohibiciones · Eliminación de prohibiciones a los viajeros en los cruces fronterizos con países señalados
Junio	· Segunda ronda de eliminación de prohibiciones
Julio 1	· Reapertura de Tailandia · Tercera ronda de eliminación de prohibiciones · Reapertura en 37 puntos en la zona fronteriza con Myanmar, Laos, Camboya y Malasia · Tercer estado de emergencia se extiende hasta finales de agosto
Agosto	· Reapertura gradual a los visitantes procedentes del extranjero · Reapertura de escuelas
Septiembre	· Cuarto estado de emergencia se extiende hasta el 29 septiembre
Octubre	· Reapertura de áreas de China libres de cuarentena hasta enero de 2021 · Quinto estado de emergencia se extiende hasta noviembre
Noviembre	· Extensión del estado de emergencia hasta enero de 2021
Diciembre	· Nuevo brote de la COVID-19 en mercado de Samut Shakon · Distanciamiento social y uso obligatorio de cubrebocas · Cierre de escuelas por doce días

Fuente: Elaboración propia con base en *Bangkok Post* (2020-2021), *csis* (2020-2021) y *Agarwal* (2020).

largo de esos 208 días, diversas decisiones políticas y el agotamiento de la disciplina social crearon las condiciones propicias para el desarrollo de la segunda ola de infecciones.

El primer factor que debe abordarse es el restablecimiento del estado de emergencia en julio y luego en octubre de 2020, cuya principal instrucción fue la limitación de las reuniones a un máximo de cuatro asistentes (csis 2020-2021). No obstante, los opositores al régimen militar decidieron salir a la calle para mostrar su inconformidad ante un gobierno autoritario y represivo. Algunos de los manifestantes expusieron su rechazo a las medidas sanitarias porque, según ellos, reafirmaban el autoritarismo del pasado y en tiempos de elecciones. Desde el 18 de julio, grupos estudiantiles organizaron manifestaciones que pedían la disolución del Parlamento, la dimisión del primer ministro Prayut Chan-o-Cha y la reforma de la monarquía encabezada por Maha Vajiralongkorn (*El Universal* 2020). Cabe mencionar que las rigurosas medidas sanitarias fueron acatadas por gran parte de la población durante las manifestaciones; empero, con la justificación de contener la pandemia, las protestas sociales fueron proscritas. A los manifestantes que desafiaron las imposiciones decretadas por el gobierno se les imputaron cargos por insurrección, violación a las restricciones sanitarias y al toque de queda. Alrededor de catorce líderes fueron detenidos; algunos salieron en libertad bajo fianza y otros fueron sentenciados a siete años de cárcel.

En otro registro político, el 23 julio de 2020, el gobierno tailandés endureció las medidas de control en los puntos fronterizos para los trabajadores procedentes de Camboya, Laos, Myanmar y Vietnam; aquellos con papeles en orden podrían ingresar al país, pero los irregulares serían deportados de inmediato (csis 2020). Ya para octubre de 2020, las presiones ejercidas por los empresarios vinculados a actividades económicas internacionales comenzaron a surtir efecto y las autoridades sanitarias emprendieron el relajamiento de las medidas sanitarias; así, el 26 de octubre, el Ministerio de Salud Pública emitió una lista de países con bajo riesgo, cuyos nacionales tendrían menores restricciones para ingresar a Tailandia (csis 2020-2021); el primer país de la lista era China. Llama la atención que los gobiernos de Tailandia y China habían acordado desde octubre establecer un corredor de viajes libre de cuarentena que se echaría a andar hasta enero de 2021; no obstante,

desde el 20 de octubre Tailandia recibió un grupo de turistas chinos que llegaron al país en vuelos comerciales que habían sido cancelados en abril (csis 2020-2021), cuando el número de contagios en el país se incrementó de manera importante.

Durante la primera quincena de diciembre de 2020, las medidas de control hacia los migrantes cambiaron radicalmente: el gobierno abrió las fronteras a todos los países y eliminó restricciones a los viajeros procedentes del exterior, siempre y cuando cumplieran con la cuarentena obligatoria. Justo cuando empezaba a desarrollarse la segunda ola de contagios, el gobierno tailandés anunció el 9 de diciembre la reapertura de las fronteras al turismo extranjero y, un día después, el Centro de Administración de Situación COVID-19 levantó las restricciones a los viajeros provenientes de 56 países. Los turistas chinos y europeos comenzaron a llegar a Tailandia, aunque en cantidades inferiores a las registradas durante 2019; pese a ello, la población se mostraba reacia a recibirlos ante el temor de ser contagiados nuevamente.

Por otro lado, el gobierno tuvo que atender una nueva emergencia en la segunda mitad de diciembre: un brote de la COVID-19 en el mercado de mariscos en Samut Sakhon (csis 2020-2021), al oeste de Bangkok, relacionado con birmanos indocumentados que laboraban ahí, pero que no respetaban el distanciamiento social y vivían hacinados en residencias pequeñas e insalubres. Ante esta problemática y por la importancia de este mercado (de 23 a 40 provincias estaban en peligro de contagiarse), las autoridades tailandesas decidieron aislar a esta comunidad migrante y aplicarles la prueba PCR; desafortunadamente 44% arrojó resultados positivos (*AP News* 2020).

A pesar de la nueva contingencia, el gabinete tailandés flexibilizó la política migratoria y el 29 de diciembre aprobó el registro de trabajadores indocumentados originarios de Camboya, Laos y Myanmar, autorizándoles una estadía por dos años para evitar múltiples salidas y entradas al país y así reducir los contagios (csis 2020-2021).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> La política migratoria del gobierno es contradictoria con o sin pandemia; ya que a pesar del control y la deportación de trabajadores ilegales, existen acciones al margen de la ley, hay redes de corrupción entre los funcionarios migratorios y los

## Medidas para enfrentar la segunda ola de infecciones

Tomando como base el protocolo sanitario tailandés, podemos dividir las restricciones más importantes en dos niveles. Las primeras consistieron en limitar el horario de las empresas y cerrar aquellas que corrían alto riesgo, buscar y arrestar a las personas que se reunían ilegalmente, restringir viajes entre las provincias, cerrar escuelas y universidades, y promover el trabajo en casa. Si la difusión del virus no hubiera logrado controlarse con estas, se habría puesto en marcha el segundo nivel, que incluía el aumento de restricciones en los horarios de trabajo, la prohibición de personas en espacios públicos y el toque de queda. Asimismo, las medidas adoptadas para controlar la segunda ola fueron las siguientes: la vigilancia y el aislamiento de los viajeros internacionales en todos los puntos fronterizos por tierra, mar y aire; la cuarentena obligatoria durante catorce días; la continuación de medidas de distanciamiento social de 1 a 2 metros; el uso de cubrebocas en sitios públicos; extremar la higiene como lavado constante de manos y evitar tocarse los ojos, nariz y boca; y la toma pruebas de reacción en cadena de polímeros transcriptasa (RT-PCR) en caso de sospecha.

El gobierno también implementó rigurosas medidas de control social en restaurantes, supermercados, tiendas departamentales, escuelas y transporte público; limitó el acceso al público en esos espacios, pidió el uso obligatorio de cubrebocas y de gel antibacterial, limpieza periódica de las superficies de mesas y sillas, control de temperatura, espacios ventilados y escaneo QR de la aplicación ThaiChana (Patcharanaruamol et al. 2020, 22). Otras normas incluyeron el cierre de escuelas y la promoción de la práctica de trabajo remoto desde casa o *home office* hasta la primera quincena de enero de 2021 (CDN 2020).

Una decisión importante fue el rastreo de contactos. El monitoreo se logró con la implementación de aplicaciones para celulares, como las líneas de mensajería masiva LINE COVID-19; además, fueron puestos en acción

---

traficantes de birmanos fomentan el trabajo ilegal. A pesar de las deportaciones de los trabajadores ilegales, al cabo de días o semanas, la autoridad migratoria permite su reingreso.

grupos de respuesta rápida, conformados por equipos de la salud y de voluntarios. El uso combinado de las tecnologías de la información y los recursos humanos contribuyeron a la mitigación de las infecciones.

El seguimiento de los infectados por la COVID-19 incluyó a los adultos mayores (Patcharanaruamol et al. 2020), un sector altamente vulnerable. En 2020 había cerca de 22 000 adultos mayores viviendo en centros de retiro, de los cuales trece mil estaban postrados en cama. Durante la pandemia estos centros mantuvieron sus puertas abiertas debido a que muchos ancianos no pudieron ir a sus hogares o a hospitales. En los asilos hubo estrictas medidas para prevenir los contagios y las visitas eran permitidas en circunstancias excepcionales, quedando sujetas al control de temperatura y al uso obligatorio de cubrebocas. Asimismo, se pusieron en marcha los equipos de respuesta rápida y se realizó la ampliación de la capacidad instalada de los hospitales para recibir y acomodar veinte mil pacientes, reservando diez mil camas para admitir a aquellos con síntomas severos.

Ante el nuevo brote de contagios a finales del año, el gobierno anunció que se impondría el cierre por zonas en lugar de una seclusión nacional. Los criterios serían establecidos de acuerdo con la cantidad y el nivel de infección en las provincias. Las cuatro áreas de control se presentan en el cuadro 2.

Bajo ese esquema, el 4 de enero, el primer ministro Prayuth Chan-O-Cha instruyó que 28 provincias fueran declaradas en semáforo rojo y que se implementara un nivel alto de restricciones que entrarían en vigor hasta

Cuadro 2  
Zonas de control de la COVID-19 de acuerdo con la cantidad  
y el nivel infección en las localidades, diciembre 2020

Zonas de Control	Provincias
1. Roja: Máxima supervisión a la epidemia	Samut Sakhon
2. Naranja: Alto nivel de control en los lugares donde hay más de diez pacientes con coronavirus	Provincias que rodean Samut Sakhon como Bangkok, Samut Songkhram, Ratchaburi y Nakhon Pathom
3. Amarilla: Zonas con menos de diez enfermos	-
4. Verde: Localidades que no presentan casos de COVID-19	-

Fuente: Elaboración propia con base en WNP (2020c).

febrero de 2021. Por su parte, los gobernadores provinciales impusieron sus propias disposiciones restrictivas para mitigar la propagación del virus (csis 2020-2021). El 5 de enero 2021, el ministro de Educación, Nataphol Teep-suwan, ordenó cerrar hasta el 31 de enero más de diez mil escuelas públicas y privadas en las provincias más afectadas (csis 2020-2021). La recuperación comenzó a percibirse hasta la última semana de marzo, cuando los contagios diarios volvieron a ser contabilizados con dos dígitos.

## Capacidad del sistema de salud

Desde los años ochenta, Tailandia ha destinado importantes recursos a la formación de especialistas en epidemiología y en formulación de estrategias a largo plazo para el cuidado de la salud. Crisis sanitarias anteriores —como el SARS y la gripe aviar— impulsaron ajustes al sistema institucional y aportaron experiencia al gobierno para actuar con rapidez en el manejo de epidemias nuevas y para la toma de medidas drásticas. En conformidad con lo estipulado, en el Communicable Diseases Act B.E. 2558 (2015) se reforzaron las medidas de salud pública para examinar, rastrear, tratar y poner en cuarentena por catorce días los casos confirmados de COVID-19. Se establecieron tres tipos de cuarentena, sin importar si el sujeto fuese ciudadano tailandés o no: *a*) en casa: para los casos de bajo riesgo; *b*) local: en cruces fronterizos para los viajeros internacionales que llegaran vía marítima o área, independientemente de sus síntomas clínicos; y *c*) estatal: patrocinada y gestionada por el Ministerio de Defensa para los vuelos internacionales, independientemente de los síntomas clínicos del pasajero.<sup>7</sup>

En cuanto a la detección temprana y rastreo de personas contagiadas, el Estado subsidió las pruebas RT-PCR para nacionales y extranjeros. Así, en diciembre de 2020, el Departamento de Apoyo al Servicio de Salud instó

---

<sup>7</sup> Algunos sitios a nivel estatal y local dispusieron habitaciones sencillas en dormitorios del gobierno o en hoteles privados. Donde no era posible la ocupación individual, había un marcado distanciamiento físico y otras medidas sanitarias (Patcharanarumol et al. 2020, 3).

a los hospitales privados a que también realizaran pruebas gratuitas para la detección del SARS-COV-2 (CSIS 2020-2021). El alcance de esta medida fue amplio gracias a que el Ministerio de Salud anunció la política de “Al menos un laboratorio PCR en cada provincia” (Patcharanaruamol et al. 2020, 5-6); todos los laboratorios participantes, públicos y privados, serían certificados por el Departamento de Ciencias Médicas. Para motivar a las personas a someterse a pruebas, el gobierno ofreció financiar el costo de la cuarentena (excepto cuando fuera en casa); y para quienes decidieran quedarse en hoteles se incluyó alojamiento, alimentos y bebidas durante catorce días y transportación segura desde el punto de entrada (terrestre, marítimo o aéreo; Patcharanaruamol et al. 2020, 4).

Para dar seguimiento a las personas infectadas, el gobierno creó la aplicación de rastreo de contagios denominada Thai Chana (Alas de Tailandia); mientras que en las provincias de Chanthaburi, Chon Buri, Trat, Rayong y Samut Sakkon, se utilizó MorChana (CSIS 2020-2021), adoptada durante el brote de Samut Sakhon. Cabe mencionar que estas aplicaciones para teléfonos celulares tienen gran popularidad entre la población, ya que informan sobre las cadenas de contagio y ayudan a evitarlas; sin embargo, también son un instrumento de control gubernamental, pues a través de ellas, en aras de mantener la seguridad de la población, el gobierno recaba información detallada de la movilidad de las personas y de sus contactos. La legislación al respecto todavía no parece estar en condiciones de generar confianza entre los tailandeses sobre la seguridad de sus datos personales, y prevalece la percepción de que el Estado tiene mayor intromisión en su vida privada. A pesar de ello, no puede negarse que esta tecnología ha desempeñado un papel importante en el cuidado de la salud.

Otra medida para frenar la propagación del virus fue la participación de los llamados Voluntarios para la Salud, quienes trabajaban en colaboración con los equipos de respuesta rápida en Bangkok y las provincias. El trabajo de estas personas consistía en llevar a cabo encuestas puerta a puerta; vigilar y transferir a los pacientes infectados a los centros de salud y atender a pacientes de bajo riesgo. Si detectaban algún caso severo, daban aviso a las autoridades para solicitar un traslado de emergencia al hospital más cercano. Actualmente, Tailandia cuenta con más de un millón de voluntarios traba-

jando en las comunidades y cada uno es responsable de diez familias de su vecindario (Patcharanarumol et al. 2020, 3). Los equipos de trabajo están conectados dentro de una red encabezada por los centros urbanos y extensible a las áreas rurales. Con estos podemos dar cuenta de una gestión organizada y controlada que resultó clave para contener los casos de la COVID-19.

En adición a las medidas anteriores, el gobierno estableció laboratorios de vigilancia centinela en las 77 provincias para cubrir cuatro grupos sociales: los cuidadores de la salud, los presos, las personas que por sus ocupaciones laborales estuvieron en contacto con otros individuos (choferes y carteros, por ejemplo) y otros grupos identificados por el Comité de Control de Enfermedades Transmisibles en las Provincias (PCDCC, por sus siglas en inglés) que pudieran haberse contagiado (Patcharanarumol et al. 2020, 5).

Finalmente, todos los casos confirmados con síntomas clínicos de COVID-19 fueron transferidos a los hospitales; y a quienes no desarrollaron síntomas se les prescribió aislamiento por catorce días en sitios de cuarentena local o estatal. De la misma manera, las personas sospechosas de haberse infectado, cuyas pruebas iniciales fueron negativas o tuvieron contacto con casos confirmados, debieron permanecer obligatoriamente en cuarentena en su casa o en sitios bajo vigilancia designados por el Estado (Patcharanarumol et al. 2020, 4).

### Infraestructura hospitalaria

El Ministerio de Salud es el organismo responsable de movilizar y mantener una capacidad de respuesta adecuada ante emergencias sanitarias en Tailandia. Por ello, junto con el Departamento de Servicios Médicos, estableció un Comité de Respuesta a la COVID-19 en Bangkok, el cual se integró por el mismo Ministerio, el Departamento de Salud del Área Metropolitana de Bangkok, los hospitales públicos no pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y los del sector privado. En ese marco de gestión ministerial, el gobierno organizó los nosocomios públicos y privados para dar atención

a la población en general.<sup>8</sup> El sistema de salud público provee entre 80% y 90% de los servicios médicos, excepto en el área metropolitana de Bangkok, donde el sector privado desempeña un papel clave.

Según el Departamento de Apoyo a los Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública de Tailandia, en 2015 el país contaba con 343 hospitales en operación, de los cuales 40% se encontraban en el área metropolitana de Bangkok (Koh 2019). Dado que los recursos hospitalarios, personal médico y abasto de medicamentos eran mejores en comparación con los que había en las provincias, podemos inferir que la población de estas prefería migrar a las ciudades para recibir atención médica.

Durante el inicio de la pandemia, el gobierno señaló que, si bien el equipo médico de Tailandia no era abundante, sí contaba con camas en unidades de cuidados intensivos (UCIN), ventiladores y máquinas para hemodiálisis suficientes para enfrentar la crisis. El estudio de Patcharanaruamol y sus colegas (2020, 6) confirma que la infraestructura hospitalaria, la disponibilidad y la distribución de camas en hospitales y en UCIN, personal, equipo médico y medicamentos, era adecuada para resistir la primera ola. Por su parte, el Departamento de Servicios Médicos informó el 2 de enero del 2021 que, ante la segunda ola de contagios, se disponía de 22 690 camas hospitalarias para atender los pacientes de COVID-19 en toda la nación (CSIS 2020-2021). Bangkok y el área circunvecina tenían preparadas 2 778 camas para pacientes provenientes de Samut Sakhon y otras provincias catalogadas dentro de la Zona Roja —con más de cincuenta casos—; 277 de estas camas estaban ocupadas, pues la mayoría de los casos eran asintomáticos o presentaban

---

<sup>8</sup> En Tailandia, la diferencia entre los hospitales privados y públicos radica en que en los primeros se identifican por la especialización en cirugías de determinados órganos, como el hígado o cerebro. Estos cuentan con equipos especiales que los públicos no tienen. El tratamiento y el servicio en los hospitales públicos es diferente y la mayor parte de la población tiene acceso a ellos, son asequibles, aunque la espera para recibir un tratamiento o acceder a un examen especializado es mayor. Aunque se piensa que en un hospital privado la atención es mejor, no es del todo cierto, pues hay hospitales gubernamentales como el Chulalongkorn, el Ramathibodi y el Sriraj que cuentan con médicos excepcionales y con los mejores equipos del mundo (Luma Health Insurance 2018).

síntomas leves. Por el brote de Samut Sakhon, los hospitales atendieron 320 con COVID-19 y se reservaron 1 647 camas. A principios de enero había once pacientes en la UCIN y ocho de ellos estaban en Bangkok (*The Nation* 2021).

Para emplear de manera eficiente la capacidad hospitalaria, el PCDC estipuló reducir los servicios médicos para pacientes que no necesitaran atención en las unidades de urgencias. Estos nuevos ajustes incluyeron la disposición de nuevos nosocomios de zona y la implementación de “hospitales” (cuartos individuales en hoteles privados, dormitorios públicos y privados acondicionados para atender pacientes con síntomas leves) en distintas provincias con el fin de reducir la saturación de los hospitales especializados en pacientes con síntomas severos (Patcharanaruamol 2020, 9). Asimismo, los casos de enfermedades crónicas estables fueron apoyados por servicios de teleconsulta o videoconsulta mediante algunas aplicaciones de los teléfonos celulares —Whatsapp, Meet y Skype—. Sin embargo, la reducción de la atención en hospitales para pacientes con enfermedades crónicas como diabetes, cáncer, lupus o problemas cardíacos, derivó en un aumento de la tasa de mortalidad en este grupo de la población.

De las camas y ventiladores de las UCIN, 10% estaba reservado para los pacientes con COVID-19 y el resto para pacientes con otros padecimientos. Es cierto que no todos los hospitales estaban acondicionados con los equipos necesarios para atender a los enfermos contagiados con la nueva enfermedad; no obstante, rápidamente fueron tomadas medidas para dotar a los hospitales de tercer nivel con el material suficiente para atender los casos de emergencia (Patcharanaruamol 2020, 9). En Bangkok, el Instituto de Enfermedades Infecciosas Bamradnaradura —uno de los hospitales con los niveles más altos para el control de enfermedades infecciosas— admitió todos los casos positivos de COVID-19 y, además, ofreció servicios de urgencias, pediatría y obstetricia (Patcharanaruamol et al. 2020, 9).

## Personal de salud y recursos institucionales

De acuerdo con un informe presentado por el Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, en 2019,

Tailandia contaba con 8.1 doctores y 29.6 enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes, equivalentes a 37.7 de trabajadores de la salud por cada 10 000 habitantes. Aunque, para 2030, Tailandia todavía tiene que alcanzar la meta de 44.5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 000 habitantes, en la actualidad, cuenta con una capacidad en términos del número de trabajadores de la salud, así como de sus habilidades y competencias (Patcharanaruamol et al. 2020, 7).

En ese sentido, los autores del informe consideraban que la fuerza laboral disponible era suficiente y competente, siempre y cuando se mantuviera el patrón de contagios en una escala controlable, como ocurrió durante los primeros quince meses de la pandemia (Patcharanaruamol et al. 2020, 7). Durante la contingencia sanitaria, el gobierno aprobó cuarenta mil plazas para apoyar a los profesionales de la salud, muchas de las cuales fueron cubiertas con personal que ya laboraba en el Sector Salud. Como parte de los ajustes para adecuar la disponibilidad de recursos humanos se formaron equipos de médicos, enfermeras y personal de cuidados críticos, divididos en dos grupos que trabajaban alternadamente en turnos de catorce días; de esta manera, el esquema establecía periodos de cuarentena automáticos en caso de que algún miembro del equipo llegara a contagiarse. Las tareas especializadas de estos equipos se complementaron con sistemas de comunicación y monitoreo remoto, así como con robots desarrollados en escuelas de ingeniería para facilitar la entrega de comida y medicamentos a pacientes sin exponer al personal (Patcharanaruamol et al. 2020, 8).

La colaboración multisectorial durante la pandemia estuvo dirigida por trabajadores de la salud de primera línea, practicantes de enfermería y centros de salud en el nivel de subdistrito, voluntarios del pueblo y gobernadores de distrito dirigidos por jefes del gobierno local (Patcharanaruamol et al. 2020, 3). A pesar de contar con personal calificado, durante la pandemia ha sido difícil movilizar la fuerza laboral del sector (como enfermeras de cuidados intensivos y especialistas en cuidados críticos) en un lapso corto, pues por lo general laboran en hospitales de tercer nivel (en el rango provincial), de segundo nivel (en el rango distrital) y en centros de salud (en los subdistritos); los de tercer nivel cuentan con enfermeras de servicios de UCIN, manejo clínico de cuidados intensivos y de control y prevención de

infecciones. Como en muchos otros países, el sistema hospitalario tailandés también realizó una reconversión hospitalaria en la que se designaron nosocomios que solo atenderían pacientes positivos de COVID-19.

Desde 1980, Tailandia ofrece un posgrado de dos años conocido como Programa de Entrenamiento en el Campo Epidemiológico, el cual es auspiciado por el Departamento de Control de Enfermedades del Ministerio de Salud. La vigilancia de las enfermedades y las investigaciones médicas son realizadas por el Equipo de Respuesta Rápida y Vigilancia, dirigido por un especialista en epidemiología, y en caso de no contar con este, las desarrolla un doctor de salud pública. Varios graduados del programa forman parte de este equipo para responder a la crisis sanitaria, y también contribuyen al entrenamiento en cascada de otras dependencias públicas de la salud para llevar a cabo las tareas epidemiológicas en todo el país. Durante la pandemia de COVID-19, los servicios de los epidemiólogos fueron vitales, cuya mayoría se encontraba al frente de los servicios hospitalarios de Bangkok.

Por otra parte, aunque el Ministerio de Salud procuró medidas de seguridad para todos los trabajadores del sector y contaba con personal profesional especializado, el contacto frecuente con pacientes infectados hizo inevitable que se dieran algunos contagios. En abril de 2020 se reportaron más de cien casos positivos entre dichos profesionales, lo que condujo al cierre parcial de los hospitales donde laboraban y a la suspensión de muchos servicios hasta por catorce días. Estas cifras forman parte de los 2 643 casos de COVID-19 y de las 43 muertes registradas ese mismo mes. Para enfrentar ese reto adicional se preparó un plan de compensaciones de diferentes montos; por ejemplo, los familiares de quienes fallecieron por riesgo de trabajo recibieron entre 240 000 y 400 000 bahts; por infecciones o daños severos, 100 000 bahts; y por infecciones menos severas que requirieron tratamiento por menos de veinte días, 50 000 bahts (Patcharanarumol et al. 2020, 9).

A pesar de las medidas de protección tomadas para los trabajadores de la salud y del personal recién contratado para reforzar el sistema hospitalario, en los primeros meses de la pandemia no se contaba con el suficiente equipo para hacerlo —especialmente cubrebocas quirúrgicos y N95, batas quirúrgicas, desinfectantes de alcohol y guantes de látex (Patcharanarumol et al. 2020, 6)— ni con los productos farmacéuticos necesarios para

los respectivos cuidados. Como se trataba de materiales muy racionados, la situación obligó a los trabajadores a procurarse sus propios materiales, dando pie a la formación de un mercado negro. Ello se debió a que los países fabricantes de estos insumos, como Corea del Sur y Taiwán, inicialmente redujeron sus exportaciones para asegurar su propio suministro, generando una escasez generalizada a nivel mundial. Según Phasuk (2020), la falta de equipo también podría adjudicarse a la corrupción.

Algunas organizaciones como Human Rights Watch dieron a conocer que médicos, enfermeras y otros trabajadores del sector no solo eran sometidos a horarios extenuantes, sino que sus quejas y denuncias sobre la insuficiencia de material de protección en sus respectivos hospitales fueron acalladas con represalias e intimidaciones por parte de la autoridad. Las medidas disciplinarias contra el personal médico que alzaba la voz incluyeron la terminación de los contratos y la revocación de sus licencias (Phasuk 2020; Robinson 2020).

Si los problemas de abasto de material de protección en hospitales de la capital ya parecían bastante serios, ciertamente lo eran más todavía en las áreas fronterizas en donde los hospitales suelen sufrir carencias severas. En la frontera con Myanmar, por ejemplo, después de la primera ola de contagios y de una oleada de pacientes provenientes del país vecino, los nosocomios clamaron por donaciones para adquirir materiales tan básicos como cubrebocas quirúrgicos y N95, equipo de protección, batas médicas impermeables, etc.; las aportaciones podían hacerse en efectivo o en especie. En el Hospital de Mae Sot, la médica Nattagarn Chuenchom hizo un llamado a recibir donativos, pues trabajaban en la primera línea de contención y la situación podía desembocar en una crisis humanitaria si no se contaba con los insumos necesarios; recibían pacientes críticos provenientes del otro lado de la frontera y no deseaban enviarlos de regreso (Chairunissa 2020). Finalmente, esta escasez fue parcialmente resuelta por la reutilización de equipo debidamente esterilizado,<sup>9</sup> y por donaciones otorgadas a las entidades al cuidado

---

<sup>9</sup> Basados en evidencias locales, las escuelas de medicina y el Ministerio de Salud señalaron que la reutilización del cubrebocas era segura si este era esterilizado con rayos ultravioleta (Patcharanaruamol et al. 2020, 6).

de la salud o al Ministerio de Salud, provenientes de China, organizaciones civiles, del sector privado y gobiernos extranjeros.

Las críticas en contra del Estado respecto de la escasa cobertura y la censura de información sobre esta situación, pusieron en duda la seriedad de las políticas públicas. Para enfrentar este problema, el Ministerio de Comercio designó a los cubrebocas quirúrgicos, los sanitizantes de polipropileno y con base en alcohol como “insumos controlados”, e inició acciones legales contra el alza de precios, el acaparamiento ilegal y las exportaciones. Ante el desabasto de cubrebocas, el gobierno alentó la ciudadanía a producir sus propios cubrebocas de tela.

En marzo del 2020, el gobierno aprobó un paquete presupuestario por 203.3 millones de dólares para responder a la contingencia de la pandemia. El paquete fiscal de 2020 se ajustó para todos los ministerios, y los recursos se reasignaron para dar prioridad a la lucha contra el COVID-19 (Patcharanarumol et al. 2020); también se otorgaron fondos adicionales por 32.9 millones de dólares a la Oficina para la Seguridad Sanitaria Nacional (NHSO, por sus siglas en inglés) para subsidiar la campaña contra la COVID-19 y hacer frente a otros gastos relacionados con la pandemia. El presupuesto también contó con una partida para financiar la adquisición de equipo de protección personal, pruebas e insumos para laboratorios. El 8 de enero de 2021 el gobierno anunció que asignaría 1.5 millones de dólares del presupuesto al Ministerio de Salud Pública para enfrentar la nueva ola de contagios (CSIS 2020-2021).

### Tratamiento de la COVID-19 en los hospitales

El Ministerio de Salud tailandés describe a los contagiados de la COVID-19 como pacientes con fiebre, tos, dolor de garganta, síntomas de neumonía y dificultad para respirar. Cuando los pacientes desarrollan el síndrome de dificultad respiratoria aguda, este se manifiesta en un estado grave, con lesiones importantes y suele ser mortal. El riesgo es mayor en personas de edad avanzada y/o con la preexistencia de ciertos padecimientos cardiovasculares, pulmonares o metabólicos. Los casos sospechosos se confirman mediante una prueba PCR tomada en la zona nasofaríngea.

La “Guía de Tratamiento de la COVID-19” fue diseñada en enero de 2020 por el Departamento de Servicios Médicos, con el auxilio de expertos provenientes de distintas universidades, y actualizada según fuera comprobándose la eficacia de los medicamentos y el tratamiento disponible. De acuerdo con la gravedad de los síntomas, los pacientes se clasificaron en: *a)* asintomáticos, *b)* casos leves sin factores de riesgo, *c)* casos leves con factores de riesgo y *d)* neumonía.

Al inicio de la pandemia Tailandia había mantenido un bajo nivel de mortalidad; hasta el 30 de agosto de 2020 solo se habían registrado 58 decesos, de un total de 3 441 casos. La tasa de letalidad era de 1.69% y la de mortalidad de 0.8% por millón de habitantes (Patcharanarumol et al. 2020, 11). Cabe señalar que, como en otras partes del mundo, no había medicamentos eficaces para enfrentar al SARS-COV-2; sin embargo, las autoridades sanitarias tailandesas procuraron el abasto suficiente de favipiravir y remdesivir (véase cuadro 3).

Mientras Tailandia realizaba investigaciones en el marco del ensayo de solidaridad dirigido por la OMS; algunas universidades y hospitales públicos

Cuadro 3  
Tratamiento de la COVID-19 en hospitales

Categoría	Tratamiento recomendado
1. Asintomático	No requiere antivirales
2. Casos leves sin factores de riesgo	A consideración del médico, una combinación de dos medicamentos: 1. Cloroquina o hidroxiclороquina. 2. Darunavir más ritonavir, o lopinavir/ritonavir o azitromicina. Si hay una progresión de la filtración en la radiografía de tórax, se pone en consideración el favipiravir.
3. Casos leves con factores de riesgo	Se recomienda el uso de dos medicamentos: 1. Cloroquina o hidroxiclороquina. 2. Darunavir más ritonavir o lopinavir/ritonavir. Puede considerarse el uso de azitromicina. Si hay una progresión de la filtración en la radiografía de tórax es posible poner a consideración el favipiravir.
4. Neumonía	Se recomienda el uso de dos medicamentos: 1. Favipiravir. 2. Cloroquina o hidroxiclороquina. 3. Darunavir más ritonavir o lopinavir/ritonavir. Puede considerarse azitromicina.

Fuente: Elaboración propia con base en Ratanarat et al. (2020).

también llevaron a cabo trabajos científicos sobre el impacto de otros tratamientos como el uso de plasma y el favipiravir (Patcharanaruamol et al. 2020, 11). Por su parte, el Departamento de Medicina Alternativa y Tradicional de Tailandia recomendó el uso de la planta medicinal *andrographis paniculata* (conocida popularmente como chiretta verde) para el tratamiento de síntomas de resfriado, fiebre, tos, dolor de garganta, fatiga y dolor muscular por la infección del virus. Esta planta ha estado en el mercado de la medicina tradicional y herbolaria desde hace mucho tiempo y forma parte de la lista de medicamentos básicos para el cuidado de la salud. Durante la contingencia de la COVID-19, la herbolaria se convirtió en un aliado de la medicina popular, y en diciembre de 2020 el Ministerio de Salud tailandés aprobó el uso del extracto de la planta para un programa piloto y de tratamiento alternativo en las primeras etapas de la infección (*EuropaPress* 2020).

### Esquemas de seguros para la salud

En esta nación asiática, la población cuenta con un plan de cobertura universal desde el año 2002. El gobierno provee servicios de salud gratuitos y los ciudadanos cuentan con una tarjeta de cobertura que también está disponible para los extranjeros —aunque deben comprarla— (Rosas 2021). Existen tres esquemas de seguros para la salud: el de Beneficios Médicos para los funcionarios civiles; el Seguro de Salud Social bajo el esquema de la seguridad social para empleados del sector privado; y el de Cobertura Universal para las personas que trabajan en el sector informal o que no están cubiertas por los primeros dos seguros. Este último enfrenta grandes desafíos, como la sustentabilidad a largo plazo, el mantenimiento de la calidad de los servicios de salud, la escasez de salubristas incorporados a ese esquema en relación con la demanda, además de las discrepancias en la calidad de los servicios entre el campo y la ciudad y las diferencias en el uso de nuevas tecnologías (Koh 2019).<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Deloitte estima que el gasto en cuidados para la salud en Tailandia alcanzó un total de 18.7 mil millones de dólares entre 2014 y 2018, en comparación con el gasto de 2013 que alcanzó 12.8 mil millones de dólares (Koh 2019).

Durante la crisis sanitaria, el Ministerio de Salud estableció que, en caso de padecer algún síntoma de la COVID-19, cualquier residente en el país tendría acceso gratuito a los servicios médicos en nosocomios privados o públicos. El costo de las pruebas de laboratorio de todas las personas, y en particular los gastos relacionados con la adquisición de equipo personal médico, serían reembolsados por la Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria (NHSO, por sus siglas en inglés) o por el Departamento de Control de Enfermedades (Patchanaramol et al. 2020). El costo del tratamiento por COVID-19 es cubierto por los tres esquemas de seguridad.

## Conclusiones

En este trabajo hemos visto que la gestión gubernamental para contener la propagación de la COVID-19 en Tailandia fue eficaz en el sentido de mantener un número relativamente reducido de contagios y decesos durante los primeros quince meses de la pandemia. Entre las acciones que influyeron para ese desempeño se encuentran la centralización de la toma de decisiones y la estrecha coordinación de las instituciones de salud, públicas y privadas, así como la concientización y colaboración de la ciudadanía. En conjunto, estos factores permitieron adoptar y ejecutar rigurosas medidas sanitarias para cumplir con el objetivo de contener la primera ola de contagios y mitigar los efectos de la segunda; sin embargo, dicha efectividad también puede ser entendida como consecuencia de decisiones con tintes políticos (es el caso de la declaración del estado de emergencia para sofocar las protestas sociales). Ahora bien, la demanda de reapertura económica y la reactivación de actividades no esenciales suspendidas durante un largo periodo imponen un serio desafío al Estado, el cual debe decantarse por conservar el número de contagios en una escala manejable y socialmente aceptable.

El caso tailandés demuestra que las autoridades gubernamentales no siempre actúan de manera homogénea, ya que, en la pugna de facciones en la burocracia o la clase política, una parte busca imponer sus intereses sobre los de las instancias sanitarias abriendo brechas en el sistema de defensa contra las infecciones. Por ejemplo, aun cuando la reapertura económica haya sido

gradual y escalonada a nivel local (véase cuadro 4), la decisión de reactivar la economía y la actividad turística internacional estuvo basada en un diagnóstico favorable de la situación sanitaria netamente nacional, aparentemente sin tomar en cuenta la naturaleza global de la enfermedad y que las infecciones no serían controladas hasta lograr la inmunización de la población mundial. En consecuencia, la segunda ola golpeó significativamente a la sociedad, elevando la tensión política entre grupos con sus propios intereses.

En conclusión, podemos afirmar que la imposición de los intereses políticos y económicos sobre los sanitarios creó las condiciones propicias para el desarrollo de una segunda ola, más prolongada, más difícil de controlar y con un número de contagios y muertes muy superiores a la primera.

Cuadro 4  
Cinco fases de reapertura económica

Fases	Acciones
Fase 1. Hasta el 30 de marzo de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Se permitieron los vuelos domésticos con un limitado uso de asientos.</li> <li>· Los mercados podían operar, pero debían tomar temperatura de los visitantes.</li> <li>· Se permitió la venta bebidas alcohólicas.</li> </ul>
Fase 2. Hasta el 17 de mayo de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Se efectuó la apertura parcial de restaurantes, tiendas, centros comerciales, gimnasios, consultorios dentales, salones de belleza, librerías, museos y mercados de venta al por mayor.</li> </ul>
Fase 3. Hasta el 1 de junio de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Se relajaron las medidas aplicadas a restaurantes, tiendas departamentales, gimnasios, albercas, barberías y salones de belleza.</li> <li>· Se permitió la apertura de las instituciones educativas para preparar clases, pero no para impartir clases.</li> <li>· Se mantuvieron restricciones a los centros de masaje y cines.</li> <li>· Se prohibió dar conciertos y funciones de teatro.</li> </ul>
Fase 4. Hasta el 15 de junio de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Abrieron de manera parcial las escuelas privadas y universidades.</li> <li>· Hubo venta de alcohol en restaurantes y hoteles.</li> <li>· Se permitió la ocupación de todos los asientos en los vuelos domésticos.</li> </ul>
Fase 5. Hasta el 1 de julio de 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comenzó la reapertura de escuelas, cantinas y centros de masaje.</li> <li>· Hubo acceso un número limitado de visitantes internacionales con control exhaustivo.</li> </ul>

Fuentes: Elaboración propia con base en varios números de los diarios *Bangkok Post*, *Nation Thailand* y Patcharanaruamol et al. (2020, 16).

## Referencias bibliográficas

- Agarwal, Shipra. 2020. "Asian Countries Response and Management against the COVID-19 Pandemic". Manuscrito sin publicar. [https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjM\\_fqf2OvyAhWEB80KHaNEBTMQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fosf.io%2F9dbjt%2Fdownload&usg=AOvVaw1ZT2kaoF6LcA1YL3VAaF\\_m](https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjM_fqf2OvyAhWEB80KHaNEBTMQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fosf.io%2F9dbjt%2Fdownload&usg=AOvVaw1ZT2kaoF6LcA1YL3VAaF_m).
- AP News*. 2020. "Migrantes: fuente de contagios de coronavirus en Tailandia". *AP News*, 23 de diciembre de 2020. <https://apnews.com/article/noticias-02aca8c8b24b5fce9659ae2b15335f20>.
- Bangkok Post*. 2020-2021. <https://www.bangkokpost.com/>.
- Boossabong, Piyapong y Pobsook Chamchong. 2020. "Coping with COVID-19 in a Non-democratic System: Policy Lessons from Thailand's Centralised Government". *International Review of Public Policy*, 15 de diciembre de 2020. <https://doi.org/10.4000/irpp.1382>.
- CDN. 2020. "Tailandia predice un aumento significativo de COVID-19 en enero", 29 de diciembre de 2020. CDN.
- Chairunissa, Rhany. 2020. "Thailand Hospitals Appeal for Aid against COVID-19. Hospitals in Thai-Myanmar Border Area Need N95 Masks, Surgical Masks, Personal Protective Equipment". *Andalou Agency*, 7 de septiembre de 2020. <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/thailand-hospitals-appeal-for-aid-against-covid-19/1965264>.
- Chan-ocha, Prayuth. 2021. "Communicable Diseases Act B.E. 2558 (2015). Communicable Diseases Act 2558". Council of State. <https://corporate.airportthai.co.th/storage/2021/03/CDA-B.E.-2558-A.D.-2015-Unofficial-edit20.06.59.pdf>.
- CSIS (Center for Strategic and International Studies). 2020-2021. "Thailand". Última modificación en 2022. <https://www.csis.org/programs/southeast-asia-program/southeast-asia-covid-19-tracker-0>.
- EFE*. 2016. "Tailandia y Birmania pactan mejorar la protección de los trabajadores inmigrantes". *EFE*, 24 de junio de 2016. <https://www.efc.com/efe/espana/portada/tailandia-y-birmania-pactan-mejorar-la-proteccion-de-los-trabajadores-inmigrantes/10010-2966931>.

- EFE*. 2020. “El turismo cae más de un 71% en Tailandia debido a la COVID-19”. *EFE*, 25 de agosto de 2020. <https://www.efe.com/efe/espana/economia/el-turismo-cae-mas-de-un-71-por-ciento-en-tailandia-debido-a-la-covid-19/10003-4326823>.
- EuropaPress*. 2020. “Tailandia da luz verde al uso de extractos de plantas para tratar las primeras etapas de COVID-19”. *EuropaPress*, 30 de diciembre de 2020. <https://www.europapress.es/internacional/noticia-tailandia-da-luz-verde-uso-extractos-plantas-tratar-primeras-etapas-covid-19-20201230180528.html>.
- Koh, Dean. 2019. “The Healthcare Sector Is Poised to Be One of the Key Economic Drivers in Thailand in the Coming Years, with Government Led Incentives and an Increasing Private Sector Interest Moving Tandem”. *Health Care News*, 13 de enero de 2019. <https://www.healthcareitnews.com/news/overview-thailand's-healthcare-sector>.
- Luma Health Insurance. 2018. “Government vs Private Hospitals in Thailand Fair Comparative Highlights”. Blog, 2 de abril de 2018. <https://blog.lumahealth.com/government-vs-private-hospitals-thailand>.
- Nation Thailand*. 2021. “More than 22,000 Hospital Beds Readied as Hundred more Cases Found”. *Nation Thailand*, 2 de enero de 2021. <https://www.nationthailand.com/news/30400573>.
- Nyein, Nyein. 2016. “La vida de los trabajadores migrantes en la pequeña Birmania de Tailandia”. *The Irrawaddy/Global Voices*, 28 de julio de 2016. <https://es.globalvoices.org/2016/07/28/la-vida-de-los-trabajadores-migrantes-en-la-pequena-birmania-de-tailandia/>.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2018. “Cómo los inmigrantes contribuyen a la economía de los países en desarrollo”. <https://doi.org/10.1787/9789264291904-es>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. “Definición de casos de COVID-19 utilizada por la OMS”. Consultado el 3 de julio de 2020. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance\\_Case\\_Definition-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336482/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1-spa.pdf).
- Patcharanaruamol Walaiporn, Angkana Lekagul, Chutima Akaleephan, Kamolphet Markchang, Mathudara Phaiyaron y Nattadhanai Rajatanavin.

2020. *Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies. Covid-19 Health System Response Monitor*. Tailandia: WHO.
- Phasuk, Sunai. 2020. “Protect Medical Workers in Thailand from COVID, Hundreds Infected, Healthcare Paralyzed”. *Human Rights Watch*, 15 de abril de 2020. <https://www.hrw.org/news/2020/04/15/protect-medical-workers-thailand-covid-19>.
- RAE (Real Academia Española). 2020. “Birmania”. <https://www.rae.es/dpd/Birmania>.
- Ratanarat, Ranishta, Chaisith Sivakorn, Tanuwong Viarasilpa y Marcus J. Schultz. 2020. “Critical Care Management of Patients of COVID-19: Early Experience in Thailand”. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 103 (1): 48-54. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7356442/>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020. “Thailand: Coronavirus Pandemic Country Profile”. *OurWorldInData.org*. Última modificación el 27 de marzo de 2022. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/thailand>.
- Robinson, Gwen. 2020. “Learning from COVID-19 in Thailand”. *Human Rights Watch*, 1 de septiembre de 2020. <https://www.hrw.org/news/2020/09/01/learning-covid-19-thailand>.
- Rosas Cristina. 2021. “Tailandia y el COVID-19”. *Etcétera*, 26 de marzo de 2021. <https://www.etcetera.com.mx/opinion/tailandia-y-el-coronavirus/>.
- Tan, Jason. 2020. “Thailand Attracts Hordes of Chinese Patients despite COVID”. *Asia Nikkei*, 22 de julio de 2020. <https://asia.nikkei.com/Business/Health-Care/Thailand-attracts-hordes-of-Chinese-patients-despite-COVID>.
- El Universal*. 2020. “Tailandia cumple 100 días sin reportar contagios locales de COVID-19”. *El Universal*, 2 de septiembre de 2020. <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/tailandia-cumple-100-dias-sin-reportar-contagios-locales-de-covid-19>.
- VNP. 2020a. “Arrestan en Tailandia a dos personas por divulgar informaciones tergiversadas sobre el COVID-19”. *Vietnam Plus*, 5 de marzo de

2020. <https://es.vietnamplus.vn/arrestan-en-tailandia-a-dos-personas-por-divulgar-informaciones-tergiversadas-sobre-el-covid19/117152.vnp>.
- VNP. 2020b. “Tailandia refuerza el control de COVID-19 en 10 provincias fronterizas con Myanmar”. *Vietnam Plus*, 13 de octubre de 2020. <https://es.vietnamplus.vn/tailandia-refuerza-el-control-de-covid-19-en-10-provincias-fronterizas-con-myanmar/127635.vnp>.
- VNP. 2020c. “Tailandia aplica medidas de zonificación para control epidémico”. *Vietnam Plus*, 25 de diciembre de 2020. <https://es.vietnamplus.vn/tailandia-aplica-medidas-de-zonificacion-para-control-epidemico/130770.vnp>.
- Wong, Teresa. 2020. “Coronavirus: cómo la epidemia de coronavirus provocó una oleada de miedo y resentimiento hacia China en el mundo”. *BBC News*, 21 de febrero de 2020. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-51573435>.

## 4 El programa sanitario de Singapur contra el SARS-COV-2: ¿un modelo de éxito?

Virginia Valdivia

### Introducción

En la mayoría de los países del sudeste asiático, las estrategias de contención y mitigación de la COVID-19 han sido generalmente catalogadas como exitosas; sin embargo, las características únicas y diversas de cada uno de esos países han marcado diferencias particulares en cuanto al desarrollo y el nivel de eficacia en el manejo de esta pandemia.

En lo que respecta al gobierno de Singapur, su hábil conducción durante los primeros meses de la crisis, así como el reducido número de contagios y muertes, han sido internacionalmente aplaudidos y reconocidos como un caso de éxito. A pesar de que en el país la primera infección por SARS-COV-2 se registró el 23 de enero de 2020, el gobierno comenzó a emitir alertas y aplicar medidas para evitar su propagación mucho antes. Esta preocupación anticipada parece derivarse de las experiencias previas durante las emergencias por el síndrome agudo respiratorio severo (SARS, por sus siglas en inglés) en 2003 y la influenza A (H1N1) en 2009. Por mencionar algunas, se pueden referir: la puesta en práctica de medidas de contención como restricciones a los viajeros —entrantes y salientes—, el control de temperatura en los aeropuertos, la implementación de un sistema de rastreo de contactos eficiente, el seguimiento de protocolos estrictos de cuarentena y la aplicación de multas por no usar cubrebocas, así como una continua actualización informativa sobre la situación de la pandemia a través de las redes sociales —con el fin de aminorar la incertidumbre generada por la difusión de noticias falsas—; a estas se sumó la recurrente aparición en video del primer ministro Lee Hsien Loong hablando de los riesgos y tranquilizando a sus gobernados, entre otras.

En este sentido, el presente capítulo se propone indicar cuáles fueron las medidas que tomó Singapur con respecto a la pandemia e identificar el contexto político e institucional del país, a la par de las características de su sistema de salud, con el fin de trazar puntos que permitan sustentar la explicación de su efectividad. Para esto, el texto ha sido dividido en tres secciones. En la primera se señala la vocación global de la sociedad y la economía singapurenses como detonadores tanto de las fortalezas como de las debilidades sanitarias del gobierno isleño, y que permiten entender por qué la pandemia evolucionó de la forma en que lo hizo; asimismo, se subrayan los elementos del sistema de salud de Singapur que lo tornan resiliente y eficaz. En la segunda parte, se analiza el desarrollo de la pandemia en ese territorio a partir de hechos significativos, con énfasis en las dificultades sanitarias que representa gestionar un mercado laboral regulado por dos marcos jurídicos distintos en cuanto a derechos laborales. Finalmente, en la última sección se estudian las medidas empleadas por el gobierno de Singapur en el ámbito nacional para combatir la COVID-19.

### Fortalezas y debilidades del sistema de salud singapurense

Singapur es uno de los países más pequeños del mundo. La extensión territorial de esta ciudad-Estado es de apenas 720 km<sup>2</sup> con 5.7 millones de habitantes, por lo que en 2020 fue considerado el segundo país con mayor densidad de población (aproximadamente 8358 habitantes por km<sup>2</sup>). No obstante su reducido tamaño, Singapur es un país rico: para 2020 su PIB anual era de 361 115 millones de dólares y estaba entre los primeros diez países con mayor PIB per cápita, con 62 720.9 dólares (véase cuadro 1). El sector de servicios abarca 66.87% del PIB, mientras que el industrial aporta 24.4%. En materia agrícola, su actividad es prácticamente nula y depende totalmente de las importaciones agropecuarias —en 2019, la Agencia de Alimentos de Singapur importó 90% de sus requerimientos alimentarios de más de 170 países (SFA 2020)—.

La apertura de la economía singapurense no se reduce exclusivamente al sector agropecuario, sino que es una característica que permea todo su

modelo económico. En 2020, su comercio total (considerando exportaciones más importaciones) de bienes representaba 214.60% del PIB; esa situación se explica por su función como *entrepôt*, al tomar parte en el tránsito de mercancías entre los océanos Pacífico e Índico. Además, Singapur es el principal *hub* logístico y financiero de la región; asimismo, es un centro de viajes globales donde 14 millones de pasajeros pasan anualmente por su territorio (véase cuadro 1). Lo anterior ha motivado que la nación posea una economía altamente internacionalizada, así como mayor libertad económica —según el Index of Economic Freedom, de 89.4% (2020)—, y con menos restricciones al comercio, por lo que ha sido considerado como el segundo país con mayor facilidad para realizar negocios (The World Bank 2021).

En resumen, por Singapur circulan capitales, bienes, servicios y personas de todas partes del mundo. En ese sentido, puede afirmarse que las fuentes de su fortaleza económica han jugado un papel ambivalente: por un lado, al ser un centro financiero y tecnológico importante, también es susceptible a la importación de enfermedades transmisibles entre humanos; por el otro, su vulnerabilidad como punto de tránsito de personas y sus enfermedades se compensa con la posibilidad de contar con recursos humanos y materiales necesarios para enfrentar la emergencia epidemiológica global.

Según el “Informe de políticas: las repercusiones de la COVID-19 en Asia Sudoriental” (ONU 2020), Singapur era uno de los países mejor preparados para enfrentar la pandemia de la COVID-19. Ya desde 2016 su gasto en salud correspondía al 4.5% del PIB; en 2018, esto repercutía en el índice de desarrollo humano (IDH), el cual se ubicó en 0.935 y, ajustado a la desigualdad, en 0.81; el porcentaje de desigualdad en el IDH del sistema singapurense de salud era 13.3%. En el periodo 2010-2018, por cada 10 000 personas había 23.1 médicos, 72 enfermeros y obstetras, y 24 camas de hospitales. Dado que el gobierno singapurense invierte bastante en las tecnologías de la comunicación como un instrumento central en su estrategia sanitaria, se comprende que, durante 2017-2018, por cada cien personas, los abonos a telefonía móvil fueron 145.7 y los abonos de banda ancha fija 28 (ONU 2020, 5).

En el ámbito político, el Partido de Acción Popular ha mantenido el poder desde que Singapur logró su independencia de Reino Unido en 1965.

Esto ha generado que las directrices políticas del gobierno sean continuas y sustentadas por líderes políticos fuertes. De hecho, la figura del primer ministro de Singapur, Lee Hsien Loong (electo por quinta vez consecutiva desde 2004), hijo mayor del ex primer ministro Lee Kuan Yew, ha sido fundamental en la difusión de mensajes claros, transparentes y confiables a la población singapurense sobre la situación de la pandemia, principalmente a través de diferentes redes sociales como Facebook o YouTube.

A esto se le suma una estrecha cooperación interministerial y un enfoque pangubernamental que posibilita una coordinación rápida y eficiente entre los diferentes ministerios y el gobierno central; lo anterior facilita la gobernanza y la generación de políticas coherentes y consensuadas entre todos los tomadores de decisiones que participan en el proceso ante la crisis sanitaria y económica.

Por otra parte, el sistema judicial de ese país es conocido por ser estricto y sus leyes, reglamentos y normas han llevado a analistas a calificarlo de autoritario; sin embargo, ese verticalismo abonó el terreno para introducir nuevas normas tendientes a prevenir y contener el SARS-COV-2 mediante la imposición de sanciones (administrativas o penales) aplicables a quienes contravinieran las regulaciones sanitarias establecidas *ad hoc* de la emergencia. Pese a ello, como se verá más adelante, el claroscuro existente entre los segmentos del mercado laboral integrado por trabajadores residentes y no residentes mostró los límites de una política sanitaria estricta en el primero de ellos, pero ausente en el segundo.

## Sistema de salud y salud pública

Uno de los principales factores que incentivaron el mejoramiento del sistema de salud en Singapur fue el haber enfrentado enfermedades infecciosas con anterioridad, lo cual dejó como resultado una experiencia aplicable en la actual pandemia; en su momento, sus debilidades se hicieron evidentes y expusieron la necesidad de una reestructura. Esta situación suscitó la mejora de sus capacidades para reaccionar ante futuras epidemias y pandemias. En este sentido, la crisis del SARS fue la que indujo más cambios en el sistema

**Cuadro 1**  
**Perfil socioeconómico de Singapur, 2020**

Producto Interno Bruto (PIB)	469 096 millones de dólares, en precios corrientes
PIB sector industrial	114 447 millones de dólares en precios corrientes
PIB sector servicios	313 699 millones de dólares en precios corrientes
PIB propiedad de viviendas	19 114 millones de dólares en precios corrientes
PIB impuestos sobre productos	21 834 millones de dólares en precios corrientes
Tasa anual de crecimiento real del PIB	-3.2%
Exportaciones de bienes	567 948 millones de dólares en precios corrientes
Importaciones de bienes	438 745 millones de dólares en precios corrientes
Balanza comercial	129 203 millones de dólares en precios corrientes
Desempleo	3.00%
Población total	5.690 millones
Población no residente	1.645 millones
Población residente	4.045 millones
Menores de 20 años de edad	803.4 mil
De 20 a 64 años	2,626.6 millones
65 o más años	615.2 mil
Edad mediana	41.5 años
Diversidad étnica	74.3% chinos, 13.4% malasios, 9.0% indios y 3.3% otras etnias
Densidad de población	8 358 habitantes por km <sup>2</sup>
Superficie terrestre	719 km <sup>2</sup>
Esperanza de vida	Mujeres 85.5 años y hombres 81.2 años.
Migrantes internacionales (000/% total de la población)	2 155.7 / 37.1 %
Individuos usando Internet (por cada 100 habitantes)	88.2
Llegadas de turistas/visitantes a las fronteras nacionales	14 673 000 personas

Fuente: Elaboración propia con base en UNCOMTRADE (2020); BM (2021); Ministry of Manpower of Singapur (2020); FMI (2021); Department of Statistics Singapore (2020); Worldometer (2021); undata (2020).

de salud singapurense hasta antes de la pandemia de la COVID-19. En 2003, 8439 personas en treinta países de Europa, Asia y América contrajeron la enfermedad; de estas, 812 fallecieron (OMS 2003). En Singapur, el SARS infectó a 238 nacionales y causó la muerte de 33 (MOH 2003); por su parte, hasta el 1 de febrero de 2021, el SARS-COV-2 había cobrado la vida de 29 personas en el país. En consecuencia, y con la finalidad de poner en práctica las medidas adecuadas durante el desarrollo de la crisis sanitaria, Singapur estableció el Disease Outbreak Response System Condition (DORSCON), un sistema que contempla cuatro niveles de gravedad o amenaza (verde, amarillo, naranja y rojo), cuya función es evaluar la situación y los riesgos de la enfermedad para la salud pública y responder en consecuencia a cualquier brote infeccioso (Lin, Lee y Lye 2020, 497).

Asimismo, no solo se implementaron protocolos más específicos para la contención de cualquier enfermedad que atentara contra la salud pública en Singapur, sino que también se optimizó la infraestructura sanitaria. En este sentido, en 2019 se instituyó el Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas (NCID, por sus siglas en inglés), con 330 camas designadas para el manejo de enfermedades infecciosas y servicios clínicos integrados de laboratorio y epidemiológicos, extendiendo así su capacidad hasta quinientas camas (Lee, Chiew y Khong 2020, 1). Según declaraciones del ministro de Salud, Gan Kim Yong, en mayo de 2020 el número de camas para el aislamiento se incrementó a cerca de 1500 (Lai 2020).

A la par se tomaron precauciones adicionales, como la creación de reservas nacionales de equipos de protección personal, de medicamentos críticos y vacunas hasta por seis meses. El gobierno amplió la cantidad de personal profesional y la capacitación de los trabajadores de la salud para brindar una respuesta competente ante los brotes; el número de médicos especializados en enfermedades infecciosas aumentó de once en 2003, a 73 en 2020. Desde 2006, el Ministerio de Salud ha realizado ejercicios de simulación de posibles escenarios de pandemia (hasta por cuatro años) para evaluar sus planes de respuesta en caso de presentarse una nueva crisis (Lin, Lee y Lye 2020, 497). Por ende, el sistema de salud de Singapur ha sido altamente resiliente gracias a su capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes y de perfeccionamiento en sus funciones básicas al enfrentar eficazmente las crisis.

Para mejorar la detección y manejo de casos potenciales en la pandemia de la COVID-19, las autoridades sanitarias activaron más de ochocientas Clínicas de Preparación para la Salud Pública (PHPC), para realizar pruebas y canalizar aquellos casos graves a hospitales especializados (Lee, Chiew y Khong 2020, 2). Para describir el contexto hospitalario en el que se ha desarrollado la pandemia en Singapur, el cuadro 2 presenta los principales datos del sistema de salud y la salud pública.

El estado de salud de la población singapurense es relativamente sano, aunque ciertamente existen condiciones consideradas como delicadas ante un diagnóstico de COVID-19. Las cinco enfermedades crónicas más relevantes en este caso fueron la presión arterial alta, el colesterol alto en la sangre,

**Cuadro 2**  
Datos sobre el sistema de salud, pruebas PCR y vacunas en Singapur

Personal de salud	338 226 (2019)	Número de camas de cuidados intensivos por 100 000 habitantes	11.4
Médicos	14 279 (2019)	Camas en Unidades de Cuidados Intensivos	335
Médicos especialistas	5 881 (2019)	Camas de cuidados intermedios IMCU	336
Médicos no especialistas	8 398 (2019)	Camas de cuidados intensivos	671
Enfermeras registradas	34 609 (2019)	Número de pruebas PCR realizadas (hasta el 19 de abril de 2021)	9.28 millones
Enfermeras matriculadas	80,59 (2019)	Total de pruebas PCR por cada 1 000 000 personas	2 956 000
Enfermeras de práctica avanzada	267 (2019)	Número total de personas que recibieron al menos una dosis de vacuna (18 de abril de 2021)	514 360
Médicos por cada 10 000 personas	25 (2019)	Proporción de la población total que ha recibido todas las dosis prescritas por el protocolo de vacunación (18 de abril de 2021)	14.52%
Gasto en salud (% del PIB)	4.4% (2020)	Número total de personas que recibieron todas las dosis prescritas por el protocolo de vacunación (18 de abril de 2021)	849 764

Fuente: Elaboración propia con base en MOH (2021); Ritchie et al. (2020); Our World in Data (2021a y 2021b).

la catarata ocular, la artritis, el reumatismo, los dolores en articulaciones o nervios, así como la diabetes (SGH 2019). Al menos cuatro de esas enfermedades son consideradas comorbilidades que agravan los efectos de la infección del virus SARS-COV-2, lo cual acentúa la preocupación de las autoridades singapurenses para atender a la población aquejada por esos males.

En el cuadro 1 puede apreciarse que la edad mediana es de 41.5 años; la población mayor de 65 años suma 615.2 mil, mientras que el grupo etario de 24 a 64 lo conforman poco más de 2.6 millones de personas y 803.4 mil son menores de 20 años. Aunque el Hospital General de Singapur estima que para 2030 una cuarta parte de la población del país tendrá más de 65 años (Choo 2019), esto sigue representando una edad mediana no envejecida, lo que puede explicar el reducido número de decesos por la COVID-19 —la enfermedad suele ser más grave en el grupo de mayor edad, esto es, de 65 años en adelante—.

## Desarrollo de la pandemia

Hasta el 15 de abril de 2021, las infecciones de coronavirus confirmadas en el sureste asiático sumaban 16 957 369, colocando a esta región como la tercera más afectada a nivel mundial después de Europa con 48 317 180 y de América con 58 843 720, en segundo lugar y primer lugar, respectivamente. En la misma fecha, Singapur contaba 60 719 casos confirmados y treinta muertes (WHO 2021a, WHO 2021b); por el número de casos, la isla se ubicaba en la posición 113 a nivel mundial (Worldometer 2021). Aunque las autoridades sanitarias registraron la primera infección importada de Wuhan el 23 de enero de 2020,<sup>1</sup> las medidas de contención ya habían sido puestas en práctica con cierta anterioridad.

---

<sup>1</sup> Se trató de un hombre de origen chino de 66 años que había llegado el 20 de enero. Dos días después de su arribo comenzó con fiebre y tos, siendo ingresado en el Hospital General de Singapur donde se le diagnosticó neumonía por COVID-19. Se le mantuvo en la sala de aislamiento de dicho hospital y se inició el rastreo de contactos. Ese mismo día, una mujer de 53 años dio positivo a las

Fue desde el 2 de enero de 2020 que el Ministerio de Salud de Singapur (MOH, por sus siglas en inglés) dio comienzo al seguimiento cuidadoso de los casos de neumonía grave en Wuhan y alertó a los médicos para que observaran todas las personas sospechosas de estar contagiadas. Se planteó aislar a aquellas que presentaran síntomas como fiebre y con antecedentes de haber viajado a Wuhan durante los catorce días anteriores a su llegada a Singapur. Al día siguiente, el MOH instruyó que se tomara la temperatura en el aeropuerto Changi a todos los viajeros provenientes de Wuhan; además, se comenzó con una campaña de advertencia sobre la pandemia y sugerencias de prevención, tales como evitar el consumo de animales vivos y el contacto cercano con personas que padecieran síntomas de la enfermedad, el lavado de manos frecuente y las buenas prácticas de higiene personal, uso de la mascarilla en caso de presentar síntomas como tos o secreción nasal, entre otras (MOH 2020).

Durante las primeras tres semanas de enero de 2020, el Ministerio de Salud mantuvo un seguimiento cuidadoso de todos los sujetos procedentes de Wuhan, quienes podrían haber visitado el mercado de mariscos de Huanan (epicentro del brote del coronavirus) y de los posibles portadores del SARS-COV-2; estos fueron sometidos a pruebas de COVID-19 en cuanto estuvieron disponibles. Una vez identificados todos los casos probables, las autoridades rastrearon sus contactos para también aplicarles pruebas. Cabe resaltar que tanto las pruebas como el tratamiento para los residentes singapurenses y no nacionales eran gratuitos. En ese mismo periodo se definieron las estrategias a seguir: a través del MOH, el gobierno de Singapur determinó la necesidad de implementar medidas estrictas de aislamiento y control sobre las personas infectadas, las cuales serán analizadas con mayor detalle en la siguiente sección.

A partir de entonces, la pandemia en Singapur evolucionó: se reportó un número mayor de contagios, pero se observó un control muy estricto y con bastantes medidas para prevenir y contener el coronavirus en el territorio

---

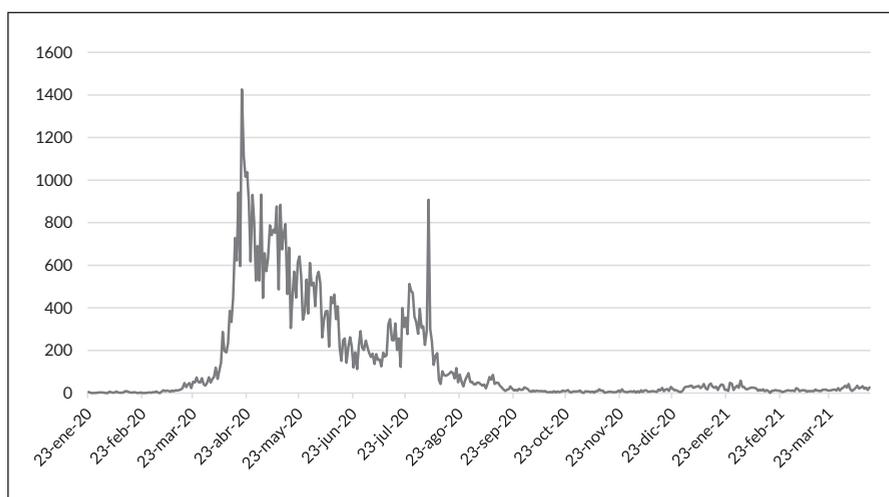
pruebas, y junto con otros tres casos, Singapur sumaba cinco contagios confirmados (MOH 2020; WHO 2021b).

singapurense. En la gráfica 1 se puede observar cómo ha avanzado esta enfermedad en ese país.

En la gráfica 1 se aprecia que el número de casos de coronavirus en Singapur no aumentó rápidamente durante los primeros dos meses a partir del primer caso; tampoco experimentó un incremento considerable (el máximo de contagios se registró el 16 de marzo con 17 casos). Por esta razón fue que Singapur —que también registraba muy pocos decesos— obtuvo el reconocimiento internacional por su manejo de la pandemia. El director general de la Organización Mundial para la Salud (oms), Tedros Adhanom Ghebreyesus, destacó a Singapur como un buen ejemplo de enfoque integral gubernamental (who 2020), es decir, que desarrolló un trabajo conjunto entre las diferentes instituciones singapurenses para emitir estrategias claras, directrices concretas y comunes para hacer frente a la COVID-19.

No obstante, a partir del 17 de marzo de 2020 y con solo 23 contagios confirmados, el coronavirus comenzó a propagarse con rapidez, alcanzando el pico de la pandemia el 20 de abril de 2020, con 1 426 casos en un día;

Gráfica 1  
Casos de COVID-19 confirmados por día,  
23 de enero de 2020-15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en WHO (2021b) y MOH (2021).

esto representó la primera ola de infecciones en el territorio y ubicó en ese periodo a Singapur como uno de los países del Sudeste de Asia con más pacientes de la COVID-19.

Entre el 30 de marzo y el 4 de abril de 2020 fue identificado un clúster de infecciones entre trabajadores migrantes, principalmente del sector de la construcción, provenientes de Bangladesh, China e India. Estos trabajadores suelen vivir hacinados en dormitorios, lo que hace imposible el distanciamiento social y propicia una serie de condiciones favorables para la reproducción de la enfermedad. Fueron estas las razones que alimentaron el foco de propagación. Esta situación puso en evidencia, además, la falta de derechos de salud y de seguridad social que enfrentan los trabajadores migrantes, legales e ilegales.

Las pésimas condiciones de salubridad y de vivienda de los trabajadores migrantes en el país no solo causó críticas por parte de organizaciones no gubernamentales (ONG), sino también de la opinión pública, lo que provocó que el gobierno implementara medidas para mitigar el contagio en los dormitorios, las cuales serán mencionadas más adelante. De acuerdo con el último censo de población, en junio de 2020 había 1 645 000 personas no residentes (28.91 % de la población total; véase cuadro 1); asimismo, el Ministry of Manpower (2020) estimaba que Singapur contaba con 1 351 800 trabajadores migrantes y que 1 de cada 4 trabajadores era migrante.

El mundo laboral en Singapur se rige por dos sistemas legales diferenciados: la Ley de Empleo, aplicable a los residentes singapurenses que garantiza los derechos laborales generales; y la Ley de Empleo de Mano de Obra Extranjera que, como el nombre indica, se aplica a los trabajadores migrantes legales, excluyéndolos, entre otras, de “muchas protecciones laborales clave, como el límite de horas de trabajo diarias y los días de asueto obligatorios”; de igual forma, “les prohíbe organizar y registrar un sindicato o ser dirigentes sindicales sin permiso explícito del gobierno” (HRW 2021).

El MOH del país estimó que el porcentaje de trabajadores migrantes contagiados llegó a representar el 80 % de los casos totales. Sin embargo, organizaciones como Human Rights Watch presentan panoramas sombríos sobre sus condiciones de vida:

Muchos trabajadores migrantes en Singapur son alojados en dormitorios abarrotados e insalubres; hasta 20 personas comparten una habitación y un baño común, en condiciones que aumentaron el riesgo de propagación de la COVID-19. Si bien Singapur tuvo un éxito inicial en el control de las infecciones de la COVID-19 en el país, un aumento de casos entre los trabajadores migrantes a principios de abril llevó al gobierno a poner todos los dormitorios en confinamiento, restringiendo los movimientos de casi 300 000 trabajadores extranjeros. Mientras algunos trabajadores “esenciales” fueron trasladados, la mayoría quedó confinada en habitaciones mal ventiladas y superpobladas, dejándolos en riesgo de infección. Hasta el 31 de agosto de 2020, 52 516 residentes de dormitorios habían dado positivo por el coronavirus, lo que equivale a más del 90 % de todos los casos reportados por Singapur (Human Rights Watch 2021).

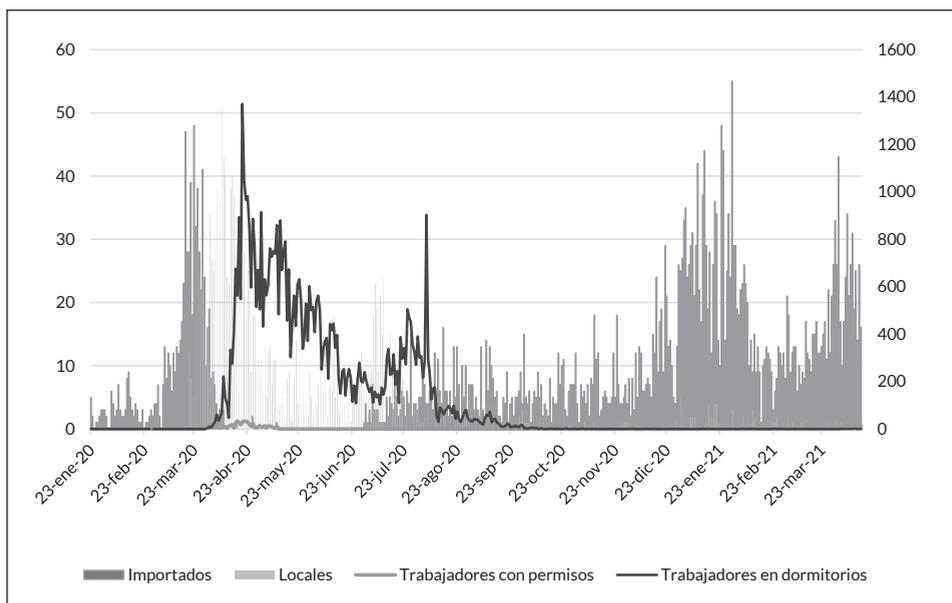
La gráfica 2 muestra la evolución de la epidemia en relación con los casos importados (extranjeros o residentes que regresan de puntos críticos en el extranjero), transmisión comunitaria o casos locales, trabajadores con permiso y trabajadores migrantes en dormitorios. En ella puede notarse que la pandemia de la COVID-19 en Singapur ha afectado más a los trabajadores migrantes, quienes padecen un acceso a los servicios de salud muy restringido y cuyas condiciones de vida no permiten seguir las normas de sana distancia, por lo que constituyen un grupo vulnerable ante esta pandemia (Pinedo Alonso 2020; ONU 2020, 7). Simplemente, del máximo número de contagios registrado el 20 de abril de 2020 (1 426), 25 fueron casos locales, 30 de trabajadores con permiso y 1 371 de trabajadores en dormitorios (96 %; véase gráfica 2).

Cabe resaltar que durante el pico de contagios de la segunda ola —alcanzado el 5 de agosto de 2020, con 908 casos confirmados en un día—, la mayoría de los casos (903) continuaron correspondiendo con los de trabajadores indocumentados en dormitorios, mientras que cuatro eran importados y uno local.<sup>2</sup> La concentración de contagios era tan notable que tanto

---

<sup>2</sup> Del 5 de agosto al 15 de abril de 2021 la tendencia de contagios fue siempre a la baja, aunque no se registraron días sin contagios.

Gráfica 2  
Casos confirmados de COVID-19 por procedencia,  
23 de enero de 2020-15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en WHO (2021b) y MOH (2021).

el Ministry of Manpower como el primer ministro de Singapur se comprometieron a revisar las condiciones de seguridad social de los trabajadores migrantes, así como a mejorar las viviendas y atender a los trabajadores infectados por la COVID-19 (De la Cal 2020).

El otro grupo que ha propagado el SARS-COV-2 en el territorio está compuesto por extranjeros y personas residentes o nacionales que volvieron al país portando consigo el virus a su regreso —en muchos casos se trató de estudiantes singapurenses en el extranjero que fueron repatriados—. Además, las personas que no presentaran síntomas no tenían la obligación de mantenerse en casa durante dos semanas, lo que provocó que el grupo de individuos asintomáticos lo diseminaran (Jones 2020).

La gráfica 2 también muestra que la COVID-19, a diferencia de la alta incidencia en migrantes indocumentados y casos importados, ha tenido una

modesta propagación comunitaria. Desde finales de octubre de 2020, los casos importados volvieron a aumentar; en contraste, la transmisión local y las infecciones derivadas de los dormitorios para trabajadores migrantes lograron ser controlados. Para el 15 de abril de 2021, todas las personas confirmadas con COVID-19 eran casos importados, y tanto los locales como los trabajadores con permisos y en dormitorios no tuvieron ningún contagio.

El número de contagios acumulados de COVID-19 al 15 de abril de 2021, fecha de corte de este capítulo, fue de 60 719 y las últimas dos muertes registradas en Singapur acaecieron el 29 de noviembre de 2020 y el 8 de marzo de 2021, con las cuales sumaban apenas treinta personas. Esto se tradujo en una tasa de contagios de 1037.93 y de mortalidad de 0.51 por cada 100 000 habitantes; la tasa de letalidad (tanto decesos como porcentaje de infectados) era de 0.049%. Tales resultados ubicaron a Singapur como uno de los países con la menor tasa de letalidad a nivel mundial. Según el Lowy Institute (2021), el índice de desempeño frente a la COVID-19 lo coloca en el treceavo lugar a nivel mundial con un promedio de 74.9% (cuarto lugar en el Sudeste Asiático).<sup>3</sup>

## Estrategia para combatir la pandemia de la COVID-19

Los componentes que permitieron considerar a Singapur como un modelo de éxito (pocos contagios, pocas muertes y alta contención de la propagación del virus) fueron, principalmente, sus medidas de prevención (un sistema de salud fuerte y equipado, disposición de insumos de salud, controles estrictos y vigilancia permanente en todas las fronteras, protocolos de salud específicos y coordinados, entre otras) y de control (emisión de test PCR gratuitos para toda la población, rastreo de los contactos de casos sospechosos y confirmados); del mismo modo, resultó crucial que la población acatará las restricciones sanitarias para evitar la expansión de la pandemia en el territorio.

---

<sup>3</sup> El Lowy Institute analizó los casos y muertes confirmados totales y por cada millón de personas, además de aquellos casos confirmados con proporción a las pruebas realizadas y las efectuadas por cada mil personas.

Las decisiones tomadas por el gobierno singapurense en el orden sanitario se efectuaron de manera temprana, incluso antes del comienzo propiamente dicho de la propagación del coronavirus en su territorio. En este sentido, la identificación, examinación y rastreo resultaron clave. En la detección de casos, las características clínicas y epidemiológicas para determinar que un enfermo fuera considerado positivo a la COVID-19 se establecieron desde el 2 de enero de 2020; además, a todos aquellos pasajeros provenientes de Wuhan se les sometió a un examen médico. Por su parte, la aplicación de pruebas de detección del SARS-COV-2 orientadas a descartar o aislar a los infectados se llevó a cabo en las clínicas del NCID.

La difusión de los criterios que definían un caso de COVID-19 y los protocolos de detección a implementar en las clínicas y hospitales a nivel nacional se llevaron a cabo a través de mensajes de texto y correos electrónicos generados por el gobierno, dirigidos a todos los médicos de Singapur. El NCID clasificó los casos sospechosos en dos categorías: alto riesgo y bajo riesgo; para los primeros realizó la prueba de detección del virus y los aisló; los segundos fueron sometidos a una única prueba de hisopado nasofaríngeo y fueron dados de alta, pero con la advertencia escrita de permanecer aislados en casa, donde eran monitoreados vía telefónica (Lin, Lee y Lye 2020, 497).

En cuanto a la infraestructura física y hospitalaria del sistema de salud, las estrategias consistieron en aumentar el número de camas para cuidados intensivos, facilitar el acceso universal al sistema y diferenciar aquellos casos que requirieran aislamiento en salas especiales de los hospitales de los que pudieran sobrellevar la cuarentena en casa. Asimismo, las PHPC contribuyeron a mejorar el tratamiento de infecciones respiratorias de atención primaria a partir de subsidios extendidos a los residentes de Singapur, incentivando a la población a solicitar la atención en estas clínicas, las cuales debían extender un justificante médico para reposo de hasta cinco días con la finalidad de que las personas con síntomas respiratorios se aislaran en casa (Lee, Chiew y Khong 2020, 2).

Para la detección efectiva y oportuna de casos, las autoridades sanitarias realizaron el mayor número de pruebas posibles. Hasta el 8 de febrero de 2021 fueron aplicadas 6 799 834, con un promedio de 34 700 diarias, rebasando el número total de habitantes en Singapur; de hecho, hasta esa

fecha se habían realizado 1 162.30 pruebas por cada 1 000 personas (Our World in Data 2021b).

La capacidad para aplicar pruebas de laboratorio de RT-PCR de detección del SARS-CoV-2 se amplió rápidamente a todos sus hospitales públicos, los cuales podían manejar 2 200 pruebas al día; incluso el número de pruebas per cápita superó el alcanzado por Corea del Sur, país que había sido también catalogado como un modelo de éxito por su plan de pruebas masivas. Sumado a esto, distintos laboratorios singapurenses desarrollaron pruebas serológicas, por ejemplo, el de la Facultad de Medicina la Universidad Nacional de Singapur, asociado con la Universidad de Duke (Heijmans 2020; Lee, Chiew y Khong 2020, 1-2).

Aunado a dicho sistema de detección, vigilancia y control en los puntos de acceso al país, el gobierno recurrió a la utilización de las tecnologías de la comunicación para apoyar la contención de la pandemia. Así, el uso de la aplicación TraceTogether para rastreo de contactos de posibles contagios tuvo particular importancia; tan solo en los primeros tres días de su lanzamiento (el 20 de marzo de 2020) hubo más de 620 000 descargas y un mes después era utilizado por 1.1 millones de personas (TraceTogether 2020). Pese a ello, no pudo evitarse el repunte de contagios registrado en abril posterior. De cualquier forma, la aplicación siguió siendo bien aceptada y para el 1 de febrero de 2021 contaba ya con 4.2 millones de usuarios (Lee 2020).

Una de las medidas clásicas implementadas por varios países para la reducción de casos importados mediante su detección temprana y aislamiento inmediato, fue el control y cierre de fronteras. En Singapur esto inició con sensores térmicos en los puertos (marítimos y aéreos); en primera instancia, la medida se aplicó a los viajeros provenientes de Wuhan a partir del 3 de enero de 2020, y posteriormente a todos los viajeros comenzando el 29 de enero. El 1 de febrero de ese año, el gobierno aconsejó a los singapurenses evitar realizar viajes no esenciales a China continental; el 4 de marzo de 2020 la medida se extendió para viajes a Corea del Sur, al norte de Italia y a Irán, a la par de restricciones para la entrada de visitantes de esos países. Los residentes que regresaban y aquellos viajeros con historial de estancias en estas regiones afectadas estuvieron sujetos a cuarentenas de catorce días (Lee, Chiew y Khong 2020, 2). A partir del 15 de marzo de 2020 estas medidas

fueron implementadas para el total de Italia, Francia, España y Alemania; al día siguiente fue ampliada para los países de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático, Suiza y Japón; Estados Unidos fue incluido en esa lista el día 25 de marzo. En adelante, desde el 9 de abril hasta el 1 de febrero de 2021, la prohibición de entrada de viajeros de países perjudicados por la COVID-19 siguió vigente.

Desde el cierre de las fronteras hasta el 4 de mayo, las autoridades impusieron órdenes estrictas de cuarentena a todos los viajeros que regresaran a Singapur y a aquellos que incumplieron fueron sancionados con multas de hasta 7 000 dólares singapurenses y hasta con seis meses de cárcel (De la Cal 2020; Jones 2020). Con el fin de confirmar el cumplimiento de imposición se colocó a cada viajero un dispositivo de monitoreo electrónico (una pulsera o un reloj inteligente).

Este compromiso colectivo de responsabilidad social tuvo como complemento mensajes que promovían el lavado frecuente de manos, uso obligatorio de mascarillas (la omisión implicaba una multa de 300 dólares singapurenses), búsqueda de tratamiento temprano, monitoreo de la temperatura de las personas en los lugares de trabajo, cierres de escuelas, de lugares de entretenimiento y de actividades no esenciales, cancelación reuniones de gran magnitud, restricción de movimiento, etcétera. Tales medidas serían conocidas como el interruptor (*circuit breaker*) y fueron anunciadas por el primer ministro de Singapur el 3 de abril de 2020.

Una de las estrategias que tuvo un impacto positivo en la contención de la COVID-19 en el país fue la práctica de una comunicación de riesgo a través de mensajes claros, diarios y constantes. Los mensajes eran transmitidos mediante redes sociales (Facebook, YouTube, WhatsApp y Telegram), medios de comunicación (radio, televisión, periódicos y páginas oficiales del gobierno singapurenses), así como por periódicas conferencias de prensa. La finalidad era mantener a la población actualizada sobre la situación de la COVID-19, combatir la infodemia y generar una mayor credibilidad en el gobierno.

Sin duda unos de los efectos de la pandemia de la COVID-19 que más ha afectado a los países —además de la lamentable pérdida de vidas—, ha sido la ralentización productiva y la crisis económica resultante. En 2020, el

PIB registró una tasa de crecimiento de -6.0% y una tasa de desempleo de 3%. Para 2021 se esperaba que el crecimiento del PIB fuera de 5% y una tasa del desempleo de 2.6% (BM 2021; FMI 2021); no obstante, Singapur marcó su peor recesión.

Para mitigar los efectos económicos negativos, el gobierno destinó 17 000 millones de dólares al financiamiento de medidas para salvar el empleo (a través del Programa de Apoyo al Empleo) y la economía; un primer paquete presupuestal se dirigió principalmente a los sectores más afectados por la pandemia, como los servicios, turismo y servicio aéreo. Entre estos apoyos económicos se pueden contar los siguientes:

- compensación salarial mensual del 75% (3 205 dólares) en la industria de la aviación;
- \$90 millones adicionales en fondos para la industria del turismo;
- prestación salarial mensual del 50% (4 600 dólares) en la industria de alimentos y bebidas;
- paquete de atención y apoyo que triplica el pago en efectivo para todos los adultos de Singapur a 300 dólares;
- para los trabajadores con salarios más bajos, pago especial de Workfare por 3 000 dólares en efectivo para las necesidades de su hogar;
- aumento de los vales de 100 a 300 dólares para adquirir comestibles;
- para los trabajadores independientes seleccionados 1 000 dólares al mes durante nueve meses;
- establecimiento de un Fondo de Ayuda Temporal para proporcionar a los desempleados asistencia financiera inmediata;
- los empleadores podían hacer arreglos para el desempleo de corto plazo, pero debían pagar el 50% del salario bruto durante los días en que los trabajadores estaban temporalmente desempleados;
- el gobierno aumentaría el porcentaje de cofinanciamiento de los salarios al 25.0%;
- la asignación máxima de salario mensual también aumentaría de 3 600 a 4 600 dólares (ILO 2020).

A estas acciones nacionales se sumaron las de política exterior expresadas en los organismos regionales, tales como la “Declaración Conjunta de la Cumbre especial de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático + 3 (ASEAN+3) sobre la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19)”, la cual estableció el compromiso de cooperar en materia de salud pública y la investigación conjunta sobre vacunas y medicamentos antivirales, además de instituir el Fondo de la ASEAN de Respuesta a la COVID-19 para las adquisiciones y las investigaciones conjuntas (ONU 2020).

Finalmente, el proceso que parece dar una esperanza de solución a la COVID-19 es la vacunación. Singapur inició la campaña de vacunación el 30 de diciembre de 2020, convirtiéndose en el primer país de Asia en hacerlo; inculó en una primera etapa al personal médico con la vacuna desarrollada conjuntamente por BioNTech y Pfizer.

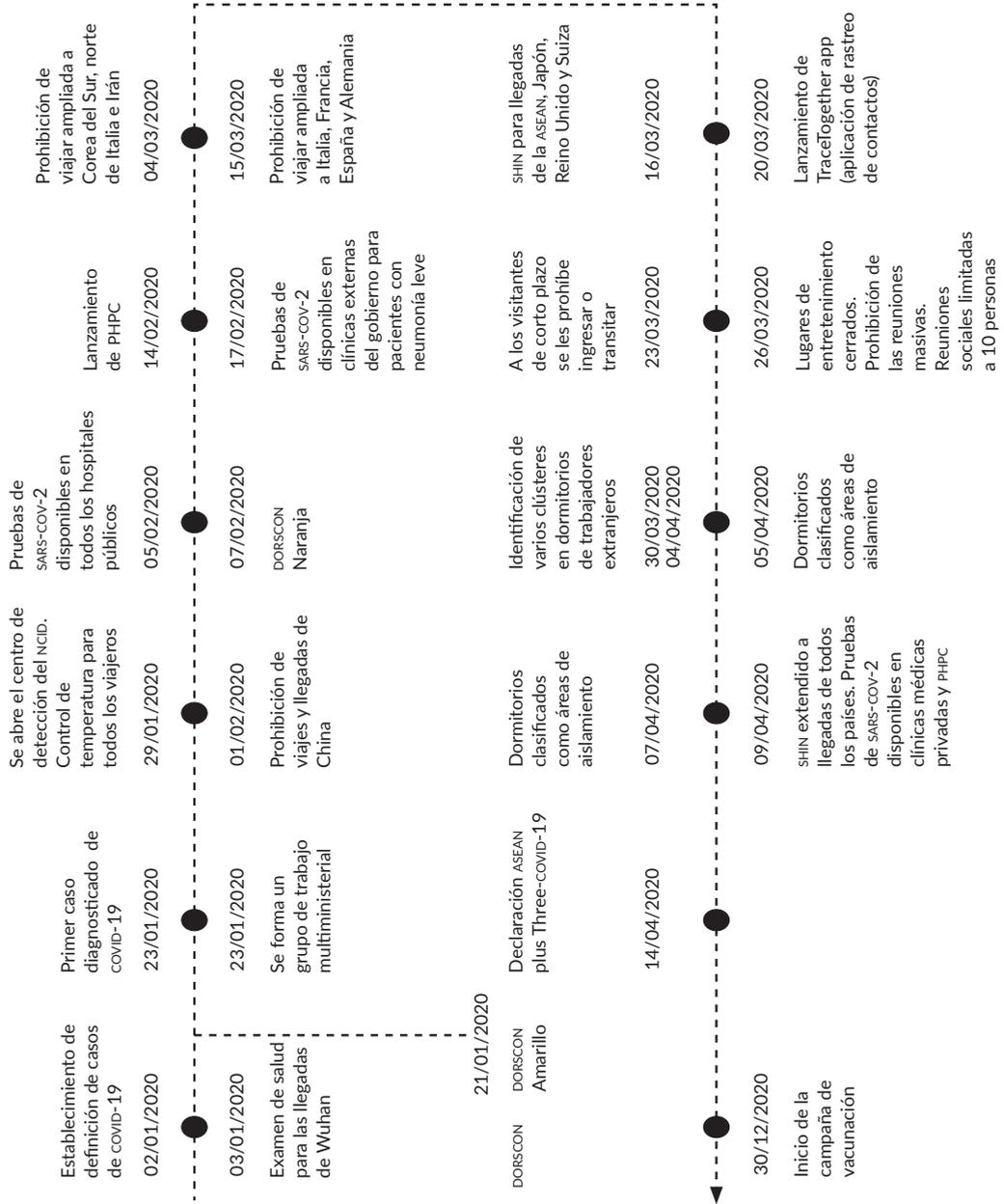
Para resumir esta sección, obsérvese la figura 1 con las principales medidas que adoptó el gobierno de Singapur.

## Conclusiones

Sin duda, el coronavirus no solo cambió la vida de los seres humanos, sino también la forma en cómo debe ser concebido el Estado y su debido funcionamiento: como una organización social, política y jurídica de la sociedad orientada a prevenir, contener, mitigar y erradicar la pandemia de la COVID-19. Resulta entonces pertinente replantear si se requiere un Estado más inclusivo que provea de un amplio esquema de seguridad y bienestar social o uno que se adhiera a políticas neoliberales que reducen su papel social y abogan por la primacía de las fuerzas del mercado.

A partir de esa definición, el Estado debe considerar varios ejes para enfrentar futuras pandemias: *a)* eliminar la desigualdad social a favor de un acceso equitativo a los servicios de salud y protección social; *b)* reforzar, mejorar y tornar más eficientes los sistemas de salud, permitiendo una cobertura sanitaria universal; *c)* apoyar a los grupos vulnerables (trabajadores en la economía informal, migrantes, mujeres, pobres, personas que carecen de acceso al agua, etc.); y *d)* estrechar y suprimir la brecha digital, sobre todo

Figura 1 Principales medidas tomadas por Singapur para contener la COVID-19



Fuente: Elaboración propia con base en MOH (2021); Lin, Lee y Lye (2020).

cuando el acceso al Internet ha contribuido al combate de pandemias, a la reducción de riesgos para la población, así como a la supervivencia de la economía.

En el caso de Singapur, el Estado ha seguido un enfoque intermedio en el que brinda un ecosistema de negocios favorable al libre mercado, y en el que simultáneamente conserva su fuerza para mantener el orden social y desarrolla su capacidad de intervención para proveer un sistema médico y de seguridad social universal relativamente eficiente. Esas características de la economía política nacional han sido sumamente útiles y le han permitido asimilar mejor las experiencias de epidemias previas como SARS, de las que se surgió con una capacidad fortalecida para intervenir de manera singular en la contención de la COVID-19 en su territorio. En lo político, un gobierno fuerte y un sistema judicial rígido facilitaron la implantación de multas y sanciones tendientes a establecer un control férreo sobre la conducta de la población, aunque debe reconocerse también el sentido de corresponsabilidad ciudadana cuyas acciones y obediencia ayudaron al control de la enfermedad. Empero, el impacto de la pandemia entre los trabajadores migrantes sirvió para evidenciar los límites de esa fortaleza, obligando a las autoridades a repensar las funciones de sus instituciones y del mercado laboral.

Al constituir un *hub* importante en materia económica, medidas como el cierre de fronteras, el confinamiento y la cuarentena, resultaron perjudiciales para la economía del país asiático; ante esta problemática, la intervención del gobierno fue precisa, rápida y concisa, demostrando un liderazgo competente capaz de sobrellevar la crisis sanitaria y económica de manera eficiente, lo cual se ve reflejado en la baja tasa de mortalidad y en los diferentes apoyos económicos que han paliado los efectos adversos de la pandemia de la COVID-19. A todo esto se suma la importancia de tener un sistema de salud preparado y resiliente que permite enfrentar de un mejor modo la pandemia actual y las futuras.

## Referencias bibliográficas

- BM (Banco Mundial). 2021. “Singapur”. Consultado el 21 de enero de 2021. <https://datos.bancomundial.org/pais/singapur>.
- Choo, Felicia. 2019. “Proportion of Older Adults with Multiple Chronic Diseases Surges”. *Singapore General Hospital*, 8 de mayo de 2019. <https://www.sgh.com.sg/news/tomorrows-medicine/proportion-of-older-adults-with-multiple-chronic-diseases-surges>.
- De la Cal, Lucas. 2020. “Singapur deja de ser un ejemplo: la situación de los trabajadores migrantes hacinados en dormitorios dispara los contagios”. *El Mundo*, 21 de abril de 2020. <https://www.elmundo.es/internacional/2020/04/21/5e9f032e21efa0dd328b4598.html>.
- Department of Statistics Singapore. 2020. Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://singstat.gov.sg/>.
- FMI (Fondo Monetario Internacional). 2021. Consultado el 21 de enero de 2021. <https://www.imf.org/es/Home>.
- Government of Singapore. 2020. “When Was the Last Time Singapore Activated DORSCON Orange, and Why?”, 4 de marzo de 2020. <https://www.gov.sg/article/when-was-the-last-time-singapore-activated-dorscon-orange#:~:text=An%20estimated%20415%2C000%20people%20were,18%20fatalities%20reported%20in%202009>.
- Heijmans, Philip J. 2020. “Singapore Contained Coronavirus. Could Other Countries Learn from its Approach?” *World Economic Forum*, 5 de marzo de 2020. <https://www.weforum.org/agenda/2020/03/singapore-response-contained-coronavirus-covid19-outbreak>.
- HRW (Human Rights Watch). 2021. “Singapore, Events 2020”. <https://www.hrw.org/world-report/2021/country-chapters/singapore>.
- Index of Economic Freedom. 2020. “Country Rankings”. *The Heritage Foundation*. Consultado el 10 febrero de 2021. <https://www.heritage.org/index/ranking>.
- Indexmundi. 2020. Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://www.indexmundi.com/>.
- ILO (International Labor Organization). 2020. “COVID-19 and the World of Work. Country Policy Responses”. *International Labor Organization*.

- Consultado el 19 de noviembre de 2020. <https://www.ilo.org/global/topics/coronavirus/regional-country/country-responses/lang--en/index.htm#SG>.
- Jones, Anna. 2020. “Coronavirus: el repunte del COVID-19 en Singapur, país que era ‘ejemplo’ contra la pandemia (y qué dice de la propagación del virus)”. *BBC News*, 11 de abril de 2020. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52250185>.
- Lai, Linette. 2020. “Coronavirus: 22 Patients in ICU, Hospitals Have Nearly 150 Vacant ICU Beds and Can Add Another 450 by Mid-May”. *The Straits Times*, 14 de mayo de 2020. <https://www.straitstimes.com/politics/coronavirus-22-patients-in-icu-hospitals-have-nearly-150-vacant-icu-beds-and-can-add>.
- Lee, Howard. 2020. “Tracing the Problems with Singapore’s COVID-19 App”. *East Asia Forum*, 9 de mayo de 2020. <https://www.eastasiaforum.org/2020/05/09/tracing-the-problems-with-singapores-covid-19-app/>.
- Lee, Vernon J., Calvin J. Chiew y Wei Xin Khong. 2020. “Interrupting Transmission of COVID-19: Lessons from Containment Efforts in Singapore”. *J Travel Med.* 27 (3): 2-5. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa039>.
- Lin, Ray Junhao, Tau Hong Lee y David CB Lye. 2020. “From SARS to COVID-19: the Singapore Journey”. *Medical Journal of Australia* 212 (11): 497-502.
- Lowy Institute. 2021. “Covid Performance Index. Deconstructing Pandemic Responses. Lowy Institute”. Consultado el 10 de febrero de 2021. <https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>.
- Ministry of Manpower. 2020. “Foreign Workforce Numbers”. Consultado el 28 de diciembre de 2020. <https://www.mom.gov.sg/documents-and-publications/foreign-workforce-numbers>.
- MOH (Ministry of Health Singapore). 2003. “Special Feature: Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)”. Singapur: MOH. Consultado el 27 de diciembre de 2020. [https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/resources-statistics/reports/special\\_feature\\_sars.pdf](https://www.moh.gov.sg/docs/librariesprovider5/resources-statistics/reports/special_feature_sars.pdf).

- MOH (Ministry of Health Singapore). 2020. “Updates on Singapore’s COVID-19 Situation”. Consultado el 28 de diciembre de 2020. <https://www.moh.gov.sg/>.
- MOH (Ministry of Health Singapore). 2021. “Updates on Singapore’s COVID-19 Situation”. Consultado el 15 de abril de 2021. <https://www.moh.gov.sg/>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2003. “Centro de prensa. El brote de SARS ha sido contenido en todo el mundo”. Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr56/es/>.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas). 2020. “Informe de políticas: las repercusiones de la COVID-19 en Asia Sudoriental”. Consultado el 28 de enero de 2021. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/impact\\_of\\_covid-19\\_on\\_southeast\\_asia\\_spanish.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/impact_of_covid-19_on_southeast_asia_spanish.pdf).
- Our World in Data. 2021a. “Total Tests per Thousand”. Consultado el 15 de abril de 2021. <https://ourworldindata.org/grapher/total-tests-per-thousand-since-100th-case?tab=table&stackMode=absolute&time=2020-01-08..2021-02-08&country=&region=World>.
- Our World in Data. 2021b. “Coronavirus (COVID-19) Vaccinations”. Consultado el 15 de abril de 2021. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=~SGP>.
- Pinedo Alonso, Cora Cecilia. 2020. “Corea del Sur, Japón y Singapur, ¿ejemplos de éxito ante la COVID-19?”. *Pluralidad y Consenso* 10 (44): 70-77. <http://revista.ibd.senado.gob.mx/index.php/PluralidadyConsenso/article/view/671>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020. “Coronavirus Pandemic COVID-19”. *OurWorldInData.org*. Consultado el 10 febrero de 2021. <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
- SFA (Singapore Food Agency). 2020. “Annual Report 2019-2020”. Singapur: SFA. Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://www.sfa.gov.sg/docs/default-source/publication/annual-report/sfa-fr-2019-2020.pdf>.

- Tan, Jia Bin, Matthew James Cook, Prishanee Logan, Liudmila Rozanova y Annelies Wilder-Smith. 2020. "Singapore's Pandemic Preparedness: An Overview of the First Wave of COVID-19". *Int J Environ Res Public Health* 18 (1): 252. doi: 10.3390/ijerph18010252.
- TraceTogether. 2020. "20 April 2020-One Month On". *TraceTogether Team*. Consultado el 20 de abril de 2020. <https://support.tracetogogether.gov.sg/hc/en-sg/articles/360046475654-20-April-2020-One-Month-On>.
- UN Comtrade. 2020. "UN Comtrade Database". Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://comtrade.un.org/>.
- UNdata. 2020. "Singapur". Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://data.un.org/en/iso/sg.html>.
- Wong, Samuel Y.S., David H.Y. Tan, Yun Zhang, Anbumalar Ramiah, Xuejun Zeng, Eric Hui y Doris Y.L. Young. 2021. "A Tale of 3 Asian Cities: How is Primary Care Responding to COVID-19 in Hong Kong, Singapore, and Beijing". *Annals of Family Medicine* 19 (1): 48-54. <https://doi.org/10.1370/afm.2635>.
- The World Bank. 2021. "Ease of Doing Business Rankings". The World Bank Group. Consultado el 28 de enero de 2021. <https://www.doing-business.org/en/rankings>.
- WHO (World Health Organization). 2020. "WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19, 9 March 2020". Consultado el 27 de diciembre de 2020. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---9-march-2020>.
- WHO (World Health Organization). 2021a. "Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard". Consultado el 15 de abril de 2021. <https://covid19.who.int/>.
- WHO (World Health Organization). 2021b. "Singapore. WHO Health Emergency Dashboard". Consultado el 15 de abril de 2021. <https://covid19.who.int/region/wpro/country/sg>.
- Worldometer. 2021. "COVID-19 Coronavirus Pandemic". Consultado el 15 de abril de 2021. <https://www.worldometers.info/coronavirus>.



# 5 El programa sanitario para controlar el avance del SARS-COV-2 en la República Popular China

Itzel Martínez Ruiz

## Introducción

La ciudad de Wuhan es la capital de la provincia de Hubei, localizada en el suroeste de la República Popular China (RPC). Se trata de una de las principales urbes chinas debido a su relevancia histórica y cultural, a su desarrollo industrial y densidad poblacional con más de once millones de habitantes. También funge como un asentamiento esencial para el transporte, la educación y la ciencia. Sin embargo, estas características y cualidades no fueron las que llamaron la atención de la opinión pública a finales de 2019, cuando se hizo mundialmente conocida. El nombre de Wuhan comenzó a circular en todos los medios de comunicación internacionales porque en ese lugar se anunció, por primera vez, la detección del brote de una enfermedad nueva y desconocida que afectaba a sus residentes.

Lo anterior describe la aparición del nuevo padecimiento nombrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *coronavirus disease 2019* (COVID-19), una enfermedad causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-COV-2). Wuhan se convirtió en el epicentro del brote de la COVID-19 que para el 31 de marzo de 2021 ya había cobrado la vida de al menos 2.9 millones de personas alrededor del mundo e infectado aproximadamente a 129 209 770 (World Do Meter 2021).

La pandemia de la COVID-19 ha transformado por completo la interacción de los habitantes en cada rincón del mundo debido a sus efectos en la salud pública, en la movilidad social, en los mercados globales, en la producción y las operaciones comerciales, en la salud mental, así como en

la estabilidad social, económica y política de todos los países que integran la comunidad internacional.

Con el fin de contener lo más posible la propagación del virus del SARS-COV-2 y salvaguardar la seguridad de su población, el gobierno del presidente Xi Jinping implementó varias medidas sanitarias de diversa índole, además de proveer paquetes de estímulos financieros, monetarios y fiscales para aminorar el golpe económico y mantener cierta estabilidad social y política del país. Con una población de más de 1 400 millones de habitantes y una densidad poblacional de 153 personas por kilómetro cuadrado, a más quince meses de iniciada la crisis, la RPC solo había registrado 90 265 casos confirmados de COVID-19, y 4 636 decesos.<sup>1</sup> El registro de contagio más alto por día fue el 13 de febrero de 2020, con 15 133 casos (véase gráfica 1).<sup>2</sup>

Si tomamos en cuenta el tamaño del territorio, las condiciones geográficas y las características poblacionales, la estrategia del gobierno chino para controlar la pandemia es considerada una de las más exitosas en el mundo. En este capítulo se argumenta que la efectividad de sus tácticas se debe a la capacidad del régimen dada por la centralización del poder y la discrecionalidad sobre la asignación de recursos financieros como ventajas estructurales para hacer frente a la pandemia. Si bien la respuesta gubernamental incluyó acciones de contención a partir de pruebas, rastreo y tratamiento a las personas contagiadas, la principal medida fue la restricción máxima de la movilidad y de los permisos de reunión, así como una vigilancia estricta de poblaciones enteras, aun cuando esto coartaba los derechos individuales.

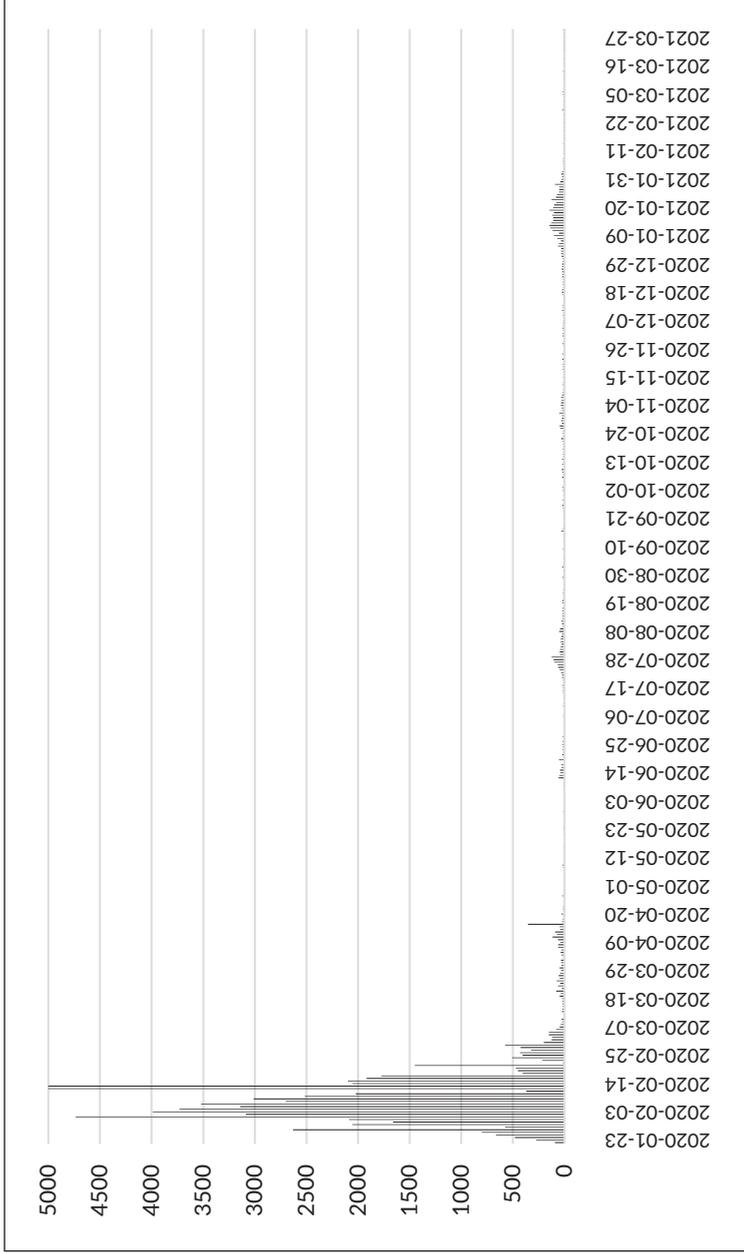
A pesar de las críticas a las autoridades chinas, la dureza resultaba más racional en el contexto de la RPC, ya que permitir la libre circulación de personas sería mucho más oneroso para el sistema de salud y para el país

---

<sup>1</sup> Cifras estimadas hasta el 31 de marzo de 2021. Para Hong Kong, las cifras de contagios y fallecimientos totales fueron 11 467 y 205, respectivamente (Ritchie et al. 2020).

<sup>2</sup> Esta cantidad rebasa por mucho el promedio de 2 300 casos diarios registrado entre el 30 de enero y el 22 de febrero de 2020 (omitiendo el registro del 13 de febrero), cuando se contabilizaron contagios diarios de cuatro dígitos. Esto se debe al cambio en la definición de qué debía considerarse como caso positivo.

Gráfica 1  
Contagios diarios, 23 de enero de 2020-31 de marzo de 2021



Nota: Se ajustó el valor máximo de la gráfica a 5000 para la mejor visualización de las olas de contagio subsiguientes, ya que el cambio sobre cómo definir un resultado positivo de covid-19 decretado el 13 de febrero significó un ajuste en el conteo de ese día (más de 15.000 casos y 6460 el día siguiente); el promedio de contagios registrados de los ocho días posteriores fue de 1 328 casos diarios. Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

en el mediano y largo plazo, especialmente debido a las deficiencias en la infraestructura y la insuficiencia de recursos médicos para atender brotes masivos, como fue el caso de Estados Unidos, India y varios países de Europa y América Latina con enfoques más flexibles. En ese sentido, el costo de las medidas financieras, monetarias y fiscales de emergencia sería inferior a la pérdida de vidas humanas por el colapso del sistema hospitalario, lo cual dificultaría de manera impredecible las posibilidades de recuperación económica y provocaría una alta tensión política y social.

### Desarrollo del brote de la COVID-19 en China

La primera vez que se identificó un paciente infectado con un tipo de neumonía de causas desconocidas en Wuhan fue el 1 de diciembre de 2019. Sin embargo, fue hasta el 31 de diciembre del mismo año en que la Comisión de Salud Municipal de Wuhan alertó a la OMS sobre el brote de esta nueva enfermedad que, para esa fecha, ya había infectado a 27 personas (OMS 2020). El 1 de enero de 2020, luego de solicitar información al gobierno chino acerca de los casos de neumonía atípica, la OMS activó el Equipo de Apoyo para la Gestión de Incidentes como medida de respuesta a la emergencia de salud pública en gestación. Este mecanismo fue implementado en los tres niveles de la organización, esto es, a nivel sede, regional y nacional (WHO 2020a).

Todos los pacientes infectados con la neumonía atípica presentaban síntomas clínicos similares que incluían fiebre, disnea y lesiones en los pulmones. Ante ello, el gobierno municipal de Wuhan organizó un grupo de expertos en medicina clínica, virología y epidemiología para estudiar los casos. Para el 7 de enero, los análisis de laboratorio arrojaron que dicha neumonía era causada por una nueva cepa de coronavirus. El 11 de enero, China compartió públicamente la secuencia genética del virus descifrada en conjunto con la OMS, la cual nombraron 2019-nCoV<sup>3</sup> (Lau y Xiong 2020).

---

<sup>3</sup> En 2002 fue detectado el virus del SARS-CoV y en 2012 surgió el MERS-CoV, por lo tanto, este brote era el tercer tipo de coronavirus que se propagaba entre humanos en las últimas dos décadas.

Un común denominador en los pacientes contagiados por este brote es que todos tenían una conexión directa o indirecta con el Mercado Mayorista de Mariscos de Huanan, un mercado húmedo,<sup>4</sup> localizado en el distrito urbano de Jiangnan en Wuhan. Una de las secciones de este mercado estaba destinada a la venta de animales salvajes, entre los que se comercializaban más de cien especies de animales vivos. Beech (2020) explica que gracias a la venta de animales salvajes, el mercado de Huanan forma parte de los mercados conocidos en China como “de fauna y flora”, los cuales han llamado la atención de especialistas en salud debido al contacto cercano de humanos con animales salvajes en espacios cerrados.<sup>5</sup> Según los expertos, esta estrecha cercanía ha dado origen a una serie de enfermedades infecciosas como el ébola, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome respiratorio agudo severo (SARS-COV), el síndrome diarreico agudo por coronavirus (SADS-COV) y el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés).

El 3 de enero de 2020, las autoridades chinas informaron a la OMS que el número de contagios por el nuevo virus ya había aumentado a 44 en la ciudad de Wuhan. De esta cifra, el estado de once pacientes era grave y los 33 restantes se encontraban estables (WHO 2020b). El 5 de enero, la OMS publicó los primeros datos técnicos sobre el brote para informar a la comunidad científica y expertos en materia de salud pública, y cuatro días después indicó que las autoridades chinas habían determinado que el brote era originado por un nuevo tipo de coronavirus.

---

<sup>4</sup> Los mercados húmedos son lugares donde se comercializa todo tipo de productos agrícolas, cárnicos, mariscos, especies y hierbas. Se denominan húmedos para diferenciarlos de los mercados secos, donde se venden productos envasados. Además, en estos mercados, los vendedores continuamente mojan sus productos para mantenerlos frescos.

<sup>5</sup> En muchos mercados de este tipo, los visitantes están expuestos a carne contaminada o están en contacto con animales infectados. La venta de animales vivos o muertos puede ocurrir en espacios cerrados o al aire libre. Este tipo de mercados es más común en las zonas rurales de China; sin embargo, ha provocado la proliferación y mutación de virus zoonóticos.

De acuerdo con la información disponible hasta ese momento, la oms anunció a mediados de enero que existía una transmisión limitada de humano a humano del coronavirus; sin embargo, al día siguiente, Japón reportó el primer caso importado, relacionado con una persona que había viajado a Wuhan. Entre el 14 y 20 de enero, el virus ya se encontraba alojado en pacientes fuera de la provincia de Hubei; habían sido detectados y confirmados casos nuevos en Guangdong, Shenzhen, Shanghái y Beijing. Para el 25 de enero, el virus ya se había esparcido por todo el país con casos confirmados en cada provincia, municipalidad y región autónoma (excepto en el Tíbet, que reportó su primer caso hasta el 28 de enero; Lau y Xiong 2020). Como respuesta, en la misma fecha, el gobierno central estableció el Grupo Líder Central para la Prevención y el Control de la COVID-19, el cual sería designado como el principal organismo de toma de decisiones para enfrentar la epidemia (He, Shi y Liu 2020).<sup>6</sup>

La Comisión Nacional de Salud de China (NHC, por sus siglas en inglés) publicó el 16 de enero las primeras siete versiones de los protocolos de salud para el tratamiento y diagnóstico de la COVID-19 (Peng et al. 2020). Cuatro días después, el gobierno catalogó al virus como una enfermedad infecciosa de Clase B,<sup>7</sup> e implementó una respuesta de primer nivel para emergencias de salud pública cuyo objetivo era atender el brote. Al día siguiente, la NHC comenzó a revelar información sobre la enfermedad en el portal electrónico del gobierno, lo que derivó en la restricción de movimiento de los residentes de Wuhan.

Mientras tanto, un comité de la oms reunido en Ginebra discutía la manera de informar a la comunidad internacional lo que estaba ocurriendo, pero aún no contaban con información suficiente para declarar oficialmente

---

<sup>6</sup> Este organismo estaba integrado por miembros del Politburó del Partido Comunista Chino y por el Consejo de Estado, y estuvo liderado por el primer ministro Li Keqiang.

<sup>7</sup> En China, las enfermedades infecciosas de Clase B incluyen la poliomielitis, SARS, VIH, hepatitis viral, influenza aviar, sarampión, rabia, dengue, disentería, tifoidea, meningitis y ántrax, por mencionar algunas. Mientras que las enfermedades infecciosas de Clase A solo consideran el cólera y la peste.

una emergencia internacional. Hacia finales de enero, una delegación de la oms viajó a Beijing para estudiar el desarrollo del virus y brindar ayuda técnica a los expertos chinos que lo analizaban. Con el conocimiento adquirido en China, el Comité de Emergencia enviado por la oms determinó que debía declararse como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Ese fallo constituyó la sexta vez que el organismo declaraba una ESPII desde que entró en vigor el Reglamento Sanitario Internacional en 2005. Para el 30 de enero ya se habían reportado 98 infecciones en al menos 18 países; cuatro de ellos con evidencia de transmisión de humano a humano,<sup>8</sup> en Vietnam, Estados Unidos, Alemania y Japón (WHO 2020b).

El 11 de febrero de 2020, la oms oficialmente cambió el nombre del brote de 2019-ncov a COVID-19. Dado los altos niveles de contagio, la severidad y rapidez de la transmisión del virus, el organismo resolvió el 11 de marzo que el brote de la COVID-19 debería ser tratado bajo las condiciones de una pandemia.

## Causas del origen de la COVID-19

Como era de esperarse, al principio de la crisis surgieron múltiples hipótesis para explicar el origen de la enfermedad; una de ellas fue su relación con el murciélago crisantemo chino, debido a una homología de secuencia identificada del 96% entre el SARS-COV-2 y el bat-COV-RATG13. Otros especialistas sugirieron que el virus pudo haber brincado del pangolín como huésped intermedio. Por su parte, funcionarios de la administración del expresidente Donald Trump acusaron a China de ser la causante del brote del virus y apuntaron que este pudo haber escapado de un laboratorio dirigido por el Instituto de Virología de Wuhan, el cual está afiliado a la Academia

---

<sup>8</sup> El 29 de enero fue publicado un estudio en la revista médica *The New England Journal of Medicine* que confirmaba la posibilidad de transmisión de humano a humano del virus (Munster et al. 2020).

de Ciencias de China y es administrado por el gobierno central (Griffiths y Sidhu 2021).<sup>9</sup>

En enero de 2021, la oms envió nuevamente un equipo de especialistas a la ciudad de Wuhan donde permanecieron cuatro semanas para investigar el caso; sin embargo, ahí se enfrentaron con problemas de acceso a la información sobre el origen del virus, tales como la injerencia ejercida por gobierno chino que, además, obstaculizó la evaluación de todas las variantes y pruebas sobre el origen de la enfermedad. Finalmente, aun con tales limitaciones y obstáculos, la investigación científica del equipo de expertos formuló cuatro posibles escenarios.

La primera hipótesis indicaba que una sola persona se expuso al virus del SARS-COV-2 por medio del contacto directo con la especie huésped; posteriormente, el virus pudo haber brincado y circulado entre humanos durante un tiempo antes de provocar el brote en Wuhan. El segundo escenario sugiere (y es el que los especialistas consideran como más probable) que la transmisión hacia los humanos fue por medio de una especie intermediaria aún no identificada; un experto de la NHC, Liang Wannian, considera que el pangolín podría ser un candidato, aunque otras especies como los visones e incluso los gatos también pudieron haber sido los causantes.

De acuerdo con el equipo de la oms, una tercera hipótesis propone la posibilidad de que su origen esté ligado a los primeros dos escenarios, pero que la transmisión del virus pudo haber sido a través de la cadena de suministros de productos congelados (esta hipótesis ha sido respaldada por expertos chinos). Y el último escenario apunta a que el virus pudo haberse filtrado del Instituto de Virología de Wuhan; aunque en este caso, los expertos han declarado que es muy poco probable que haya sucedido así ya que

---

<sup>9</sup> Este laboratorio es el único en China continental equipado para el nivel más alto de biocontención, conocido como Nivel 4 de Bioseguridad (BSL-4). Este tipo de laboratorios están diseñados para investigar los patógenos más peligrosos del mundo, incluyendo los que tienen un alto riesgo de transmisión y que no tienen un origen confiable o que tienen consecuencias fatales, como son los coronavirus. El laboratorio de Virología de Wuhan fue creado después del brote de SARS entre 2002 y 2003.

no existen pruebas suficientes para validar esta afirmación (Stanway 2021). Como puede advertirse, después de un año del brote del virus, las causas que lo originaron seguían siendo desconocidas y las hipótesis eran casi las mismas.

### **Estrategias implementadas por el gobierno chino para frenar el avance del virus SARS-COV-2**

Como los otros países de la región asiática, China también se sirvió de las experiencias previas de crisis sanitarias derivadas de enfermedades infecciosas —como el SARS en 2003 y el A (H1N1) en 2009— para llevar a cabo cambios en sus sistemas médico y sanitario. Una reforma mayor fue realizada en 2009, con la cual buscó mejorarse el sistema de salud pública, incluyendo el suministro de medicamentos, los servicios médicos y la seguridad médica, así como las áreas de operación, gestión, inversión, fijación de precios, supervisión, tecnología, asistencia médica y sanitaria. En 2011, el gobierno central emitió el Plan para Reformar las Áreas Primordiales del Sistema Médico y Sanitario y el Plan para Profundizar la Reforma del Sistema Médico y Sanitario durante el duodécimo periodo del plan quinquenal de 2011-2015. Al año siguiente, China continuó desarrollando políticas hacia la reforma integral de los hospitales públicos y estableció un seguro médico para atender las necesidades básicas de los residentes urbanos y rurales con enfermedades graves. También adoptó un programa de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, e implementó mecanismos para mejorar la producción, distribución y uso de medicamentos (National Health Commission of the People's Republic of China 2017).

Gracias a estas medidas, China logró desarrollar una extensa red de seguros médicos básicos, fortalecer sus capacidades de atención y ofrecer servicios de emergencia y asistencia médica. En 2015, las autoridades declararon que estaban logrando un control efectivo de las enfermedades infecciosas graves como el VIH y la tuberculosis y, según la NHC, el sistema de notificaciones directas en línea relacionado con epidemias notificables y emergencias sanitarias tenía un alcance mayor.

En cuanto al acceso a medicamentos, debido al rápido crecimiento de la industria de la salud en la RPC, este sector había transitado de la manufactura al desarrollo de fármacos. Según el estudio de Daxue Consulting (2021), en 2021, China abarcaba aproximadamente 11% del mercado global con más de cinco mil fabricantes de productos farmacéuticos. Como puede verse, la política china ha buscado impulsar y consolidar esta industria alrededor de un menor número de empresas para generar economías de escala y cumplir con los estándares de calidad obligatorios estipulados en la reforma de los sistemas de salud. De esta manera, se espera que China aumente sus capacidades en el sector y, en menos de diez años, desarrolle la industria farmacéutica más grande del mundo.<sup>10</sup>

La pandemia de la COVID-19 dejó al descubierto la incapacidad de muchos gobiernos para atender una emergencia sanitaria provocada por los efectos de este virus, especialmente las carencias y rezagos en materia de prevención, atención y seguimiento epidemiológico. Asimismo, reveló las vulnerabilidades en materia de salud relacionadas con la falta de equipo, infraestructura y especialistas en muchos países. La RPC no fue la excepción. A pesar de la adecuación institucional en materia de salud, la notable capacidad industrial y las experiencias adquiridas en crisis epidemiológicas previas, China no estaba preparada para enfrentar el brote de un virus como el SARS-COV-2 en 2019, pues no contaba con la infraestructura, la tecnología, el capital humano especializado ni la capacitación suficiente para frenar por medios netamente médicos el brote de un virus tan altamente contagioso. Por ello, el aumento exponencial de las infecciones obligó al gobierno del presidente Xi Jinping a implementar medidas extraordinarias para responder la emergencia de salud, así como a diseñar políticas para amortiguar las posibles consecuencias que el brote podría generar en el país.

---

<sup>10</sup> Se estimaba que para finales de 2021, el mercado farmacéutico de China estaría valuado hasta en 161.9 mil millones de dólares. Los segmentos de su mercado incluyen medicamentos patentados (25.3% de los ingresos), genéricos (60% de los ingresos) y medicamentos de venta libre (14% de los ingresos; Daxue Consulting 2021).

Esto tiene que ver con la crítica que usualmente se ha hecho al desempeño de China en la dispersión del virus. Por una parte, el desconcierto y la incertidumbre durante las primeras semanas, aunado al hermetismo característico del régimen, significó que el tiempo transcurriera sin llegar a implementar acciones que restringieran la movilidad de las personas, lo que propició la propagación del virus más allá de Wuhan. Por otro lado, al gobierno chino le tomó más de un mes identificar el virus de SARS-COV-2, lo cual demuestra cierta ineficiencia técnica en esa tarea fundamental. La sorpresa: la falta de transparencia inicial y las dificultades técnicas hicieron que las autoridades la clasificaran como una enfermedad infecciosa de Clase B hasta el 20 de enero de 2020; y fue hasta ese momento cuando se vieron obligadas a robustecer las medidas de control para combatirlo.

La Comisión de Salud de China activó el sistema de estadísticas de los casos de infecciones debido a que se desconocía el número real de pacientes afectados, y se apresuraron a investigar las principales formas de transmisión para atacarlas. Los especialistas identificaron que la infección comunitaria era el mecanismo responsable y confirmaron que el virus se transmitía por medio de gotículas. El segundo canal reconocido fueron los viajes, principalmente en vehículos cerrados y en transportes donde se usaban sistemas de aire acondicionado. Y el tercer canal de transmisión descubierto fueron las infecciones nosocomiales.

Durante el inicio del brote, el sistema de salud chino enfrentó varios problemas, ya que carecía de especialistas y personal capacitado para atender la emergencia. Para entonces solo había 39600 médicos con licencia y 54400 enfermeras colaborando en los hospitales locales de la provincia de Hubei, por lo que la demanda de especialistas en enfermedades respiratorias y enfermedades infecciosas sobrepasaba su disponibilidad. Además, el desconocimiento inicial en el desarrollo y transmisión del virus provocó que cuando menos seiscientos médicos se infectaran durante los primeros diez días de enero. Otro problema que las autoridades enfrentaron fue que no se contaba con instalaciones adecuadas ni con material de protección como mascarillas quirúrgicas, lentes, trajes, desinfectantes, equipo médico (respiradores) y medicinas suficientes (Yu y Na 2020).

Para complicar más las cosas, la emergencia sanitaria coincidió con las festividades por el Año Nuevo Chino Lunar que estaban próximas a celebrarse en febrero.<sup>11</sup> Por ello, el gobierno se vio obligado a implementar estrictas medidas de seguridad con el fin de limitar el contacto social entre los viajeros y alentó a la población a quedarse en casa, desincentivó grandes congregaciones y canceló los eventos públicos masivos. Las oficinas gubernamentales, bibliotecas, museos y fábricas fueron cerradas. Se mantuvieron en funcionamiento solo algunos segmentos limitados de los sistemas de transporte público urbanos y todas las rutas de conexión entre provincias fueron suspendidas (Chen et al. 2020).

La estrategia nacional fue implementada bajo la estricta directriz y supervisión del gobierno central. Al respecto, Yu y Na (2020) identifican medidas médicas y no médicas que fueron realizadas en la primera fase del brote. Entre las medidas no médicas, el gobierno de Hubei declaró una alerta de emergencia nivel 2 y ordenó el bloqueo de las vialidades y medios de transporte público y comercial aéreo, terrestre y acuático, desde y hacia Wuhan; además, fueron cerrados los lugares públicos como parques, cines, teatros y centros comerciales. El gobierno local lanzó campañas para advertir a la población sobre el brote y emitieron comunicados para recomendar a los residentes evitar las reuniones y aglomeraciones.

El 23 de enero, dos días antes de que iniciaran las celebraciones por el Año Nuevo Chino, los más de once millones de habitantes de Wuhan fueron puestos bajo confinamiento obligatorio, el cual duró hasta el 8 de abril de 2020. El 27 de enero, el gobierno central anunció la extensión del periodo vacacional correspondiente al Festival de Primavera del Año Nuevo Chino y pospuso la reapertura de fábricas y escuelas (Illmer, Wang y Wong 2021).

El último día de enero se activó el nivel 1 de respuesta ante la emergencia sanitaria en las treinta y una provincias de China continental; así, todos los lugares públicos, como estadios y centros de conferencias, fueron cerra-

---

<sup>11</sup> Esta es la mayor celebración en China en la que millones de trabajadores migrantes regresan sus lugares de origen. Anualmente, alrededor de tres mil millones de viajeros se trasladan dentro de China en un periodo de aproximadamente cincuenta días que duran las festividades.

dos a partir del 3 de febrero. Como parte de su estrategia para garantizar la cobertura de salud, el gobierno chino anunció que todos los gastos médicos de los pacientes contagiados de la COVID-19 serían cubiertos por los seguros médicos o mediante una compensación económica.<sup>12</sup> En apoyo a la industria, las autoridades comenzaron a proveer de material de apoyo y protección personal para garantizar la sana reapertura de las fábricas. Además, a las empresas se les ofreció programas gratuitos de revisiones y chequeos médicos; se instalaron autobuses, trenes y aviones especiales para transportar a los trabajadores migrantes (Peng et al. 2020).

Dentro de las medidas médicas, la primera acción del gobierno fue obligar a todos los pacientes con algún síntoma —especialmente fiebre— a realizarse exámenes de frotis faríngeo; la NHC, por su parte, también ordenó la realización de pruebas de laboratorio, de imágenes y reactivos (la primera prueba fue la RT-PCR de muestras respiratorias o muestras de sangre). Esta comisión decretó que varias instituciones médicas realizaran actividades experimentales relacionadas con el virus para ayudar a las empresas de biotecnología a desarrollar kits de pruebas de ácido nucleico y asistir en las investigaciones para la creación de una vacuna. Por su parte, la Administración Nacional de Productos Médicos de China estableció los mecanismos para impulsar y apoyar a los fabricantes de medicamentos, equipo de protección y equipos médicos. La Comisión Nacional de Salud recomendó la experimentación con varios medicamentos en el plan de tratamiento y diagnóstico para garantizar su efectividad al usarlos en pacientes contagiados con el virus.

Como puede verse, las autoridades sanitarias fueron sumamente activas en la provisión de directrices en varios órdenes para integrar la atención médica con la investigación científica en la búsqueda de soluciones para

---

<sup>12</sup> El 27 de enero, la Comisión Nacional de Desarrollo y Reforma de China asignó 300 millones de renminbis (RMB) para financiar la construcción de dos hospitales temporales de la COVID-19 en Wuhan. En la misma línea, el 30 de enero, el Departamento de Organización del Partido Comunista Chino asignó 108 millones de RMB para apoyar al personal médico de primera línea y a los miembros de base del partido.

responder a la emergencia con sus propios medios. El gobierno central hizo un llamado a millones de trabajadores pertenecientes al personal de salud, incluidos especialistas en infecciones, para que se unieran a los grupos de investigación y de trabajo en Hubei. Se estima que, para el 8 de marzo de 2020, al menos 42 600 profesionales de la salud llegaron a la provincia y 1 800 epidemiólogos participaron en los equipos de investigación.

Debido a que la fiebre es uno de los síntomas más comunes en los pacientes contagiados de COVID-19, se instalaron puntos de revisión para medir la temperatura en entradas a zonas residenciales, supermercados y centros de transporte. Para reforzar la seguridad comunitaria se ordenó que todos los residentes usaran mascarillas quirúrgicas o N95 y se desplegaron campañas publicitarias en los medios de comunicación para enseñar a la población el uso correcto del equipo de protección.

El gobierno designó clínicas especiales para atender casos de fiebre; también se crearon salas especiales para aislamiento y ordenaron la apertura de hospitales para atender pacientes con casos severos de la infección.<sup>13</sup> Un caso que llamó la atención mundial fue que, el 24 de enero de 2020, el gobierno local de Wuhan ordenó la construcción de dos hospitales nuevos para que los pacientes infectados pudieran cumplir con su cuarentena. Los edificios se equiparon con 1 000 y 1 600 camas respectivamente, y fueron construidos en tan solo diez días (Peng et al. 2020). Lo anterior formaba parte del programa de asignación de hospitales para evitar la propagación nosocomial del virus entre los pacientes con enfermedades distintas a la COVID-19, para quienes también fueron ofrecidas consultas y servicios médicos en línea.

La inteligencia artificial y el *big data* fueron herramientas primordiales para reforzar la búsqueda de casos y para la atención a la población prioritaria. Los viajeros de Wuhan y los provenientes de otras provincias con casos en aumento de la COVID-19 fueron obligados a registrarse a su llegada y

---

<sup>13</sup> Los médicos chinos clasificaron la gravedad de la enfermedad de los pacientes infectados con COVID-19 bajo los parámetros del Protocolo de Diagnóstico y Tratamiento para la Neumonía por el Nuevo Coronavirus publicado por el NHC. De acuerdo con esa clasificación, los cuatro niveles de gravedad son leve, moderada, grave y crítica.

proporcionar a las autoridades sus historiales de viaje. Con esta información fue posible construir una base de datos, y mediante del uso de aplicaciones para teléfonos inteligentes se llevó a cabo el monitoreo de las posibles cadenas de contagio.

Asimismo, los viajeros tenían que realizar una cuarentena obligatoria de catorce días al llegar a su lugar de destino. El aumento en la aplicación de pruebas facilitó la búsqueda y localización de personas en riesgo de haber sido contagiadas por haber tenido contacto con pacientes infectados, evitando así que el número de casos en Wuhan fuera mayor y desbordara la capacidad hospitalaria.

A la par del sistema de registro y rastreo, se dio seguimiento a todos aquellos contagiados de COVID-19, para lo cual la estructura de vigilancia y control china es sumamente efectiva (aunque también intrusiva). Como demuestran otros casos estudiados en este libro, las medidas de pruebas, rastreo y tratamiento, fueron claves para la contención rápida y efectiva del virus durante el primer año de la emergencia sanitaria. Las diferencias estriban más bien en la intensidad con la que se ejercieron las disposiciones para el control de la movilidad y el contacto entre personas, lo que depende de los recursos materiales y tecnológicos, así como de las capacidades de vigilancia disponibles.

Después del peligro que enfrentó el sistema de salud en la primera fase del brote, el gobierno chino implementó medidas que Yu y Na (2020) clasifican como ofensivas y defensivas. En cuanto a la estrategia ofensiva o proactiva, el sistema médico fue reforzado con la concentración de especialistas y personal de investigación en tareas relacionadas con la COVID-19 y, para febrero de 2020, la Comisión Nacional de Salud ya había propuesto un primer diagnóstico y un programa de tratamiento para la enfermedad. Se decretó que los pacientes infectados con SARS-COV-2 serían tratados en hospitales especializados en enfermedades infecciosas y respiratorias. Tan solo en Wuhan había 45 hospitales destinados para estos fines: seis para tratar a los pacientes críticos y 39 para aquellos con síntomas severos y personas mayores de 65 años. Además, se abrieron dieciséis hospitales que fungían como albergues con al menos veinte mil camas para pacientes con síntomas leves.

Asimismo, se utilizaron varios tratamientos para la convalecencia, desde procedimientos antivirales, terapia con glucocorticoides, uso de plasma de convalecencia, aplicación de inmunoglobulina intravenosa y moduladores biológicos, hasta tratamientos de medicina china tradicional.

Por su parte, la estrategia defensiva o preventiva consistió en solicitar a los hospitales el fortalecimiento de las medidas para evitar infecciones nosocomiales como el uso obligatorio de mascarillas quirúrgicas y la toma constante de temperatura al personal médico y los pacientes. Los sistemas de aire acondicionado en los hospitales fueron suspendidos para evitar la propagación del virus por esa vía y fueron publicados protocolos especiales para el manejo de equipo y material desechable. Se asignaron horarios rotatorios para los trabajadores del sector salud y periodos de descanso acordes a las necesidades de la crisis.

Como se mencionó antes, el gobierno chino ordenó el bloqueo a la movilidad y el confinamiento de los habitantes de la ciudad de Wuhan cuando se registraron más de 190 casos de COVID-19. En escasos cinco días, del 30 de enero al 4 de febrero de 2020, tan solo en Wuhan aumentó el número de casos de 609 a 3 169. Las medidas restrictivas impuestas permitieron que los más de tres mil casos nuevos diarios, registrados a mediados de febrero en Wuhan, pasaran a solo 316 para finales de mes. En consecuencia, después de un encierro casi total durante treinta y un días, las autoridades chinas alcanzaron el objetivo de registrar cero casos nuevos de contagio comunitario el 24 de marzo.

En el resto de China, el pico más alto de contagios ocurrió entre el 12 y 13 de febrero, cuando se reportaron más de quince mil casos (véase gráfica 1). Posteriormente, el máximo de casos diarios confirmados no superó los novecientos, y el número máximo de muertes diarias registrado fue de doce el 12 de marzo de 2020. Entre mediados de abril y mediados de mayo, la tasa de nuevos casos confirmados aumentó ligeramente debido al reinicio de las actividades industriales y comerciales. Sin embargo, para el 24 de mayo ya no se reportaron casos nuevos de infecciones de la COVID-19 por transmisión local.

## Medidas económicas adoptadas por el gobierno chino

Un factor importante que contribuyó a la contención del nuevo virus fue la implementación de medidas económicas, financieras y fiscales que posibilitaron que las empresas, los trabajadores y sus familias estuvieran en condiciones de acatar las reglas de aislamiento prolongado. La imposición de restricciones que limitaron la movilidad social ciertamente impactó en la ralentización de la economía china, debido tanto al cierre de fábricas y negocios, como a la caída del consumo y del turismo. Para contrarrestar los efectos económicos negativos generados durante el confinamiento e impulsar una recuperación más rápida, el gobierno chino proporcionó estímulos directos, así como facilidades fiscales y crediticias; además, se redujeron las tasas de interés al aparato productivo y se inyectó dinero en el mercado para mantener su liquidez. Estos ajustes se efectuaron desde el inicio del brote del virus en enero de 2020 y se extendieron a lo largo de todo el año.<sup>14</sup> A continuación explicaremos algunos de estos incentivos.

El Banco Popular de China (PBOC, por sus siglas en inglés) fue uno de los actores más importantes en la aplicación de arreglos monetarios y financieros, empezando por el recorte progresivo de los requisitos de coeficientes de reserva de los bancos. Junto con la Comisión Reguladora de Banca y Seguros, el PBOC autorizó la venta de bonos de ayuda por parte de las instituciones financieras. También, en febrero de 2020, cuando las bolsas de valores de Shenzhen y Shanghái reabrieron después al culminar el periodo

---

<sup>14</sup> Antes del inicio de la pandemia el gobierno chino ya se encontraba librando otro frente que amenazaba su estabilidad económica: la guerra comercial con Estados Unidos que comenzó en 2018 y que desaceleró el crecimiento de la economía a 6.1% anual en 2019. Por lo anterior, el gobierno implementó un paquete de reajustes fiscales que incluyeron la reducción del nivel superior de la tasa del impuesto al valor agregado del 16% al 13% en abril de 2019. Además, el umbral del impuesto sobre la renta de las personas físicas incrementó en 1 500 RMB para dar un total de 5 000 RMB en enero de 2019. Se permitió a los contribuyentes mayores deducciones antes de impuestos relacionados con gastos cuidado de ancianos, de niños, gastos médicos, tasas de interés hipotecarias y aprendizaje continuo. Los recortes fiscales totales ascendieron a 2.3 billones de RMB en 2019.

vacacional del Año Nuevo Lunar, el PBOC inyectó aproximadamente 1.2 billones de renminbis (RMB) de liquidez por medio de acuerdos de recompra inversa de bonos y redujo la tasa de acuerdo y el plazo de recompra inversa a catorce días (en marzo del mismo año el plazo de recompra se acortó a siete días y la tasa disminuyó otros veinte puntos básicos). El PBOC bajó la tasa preferencial de préstamos a plazo anual en 10%, y aquellos a cinco años recibieron una reducción de hasta 4.75%. Esta institución aportó aproximadamente 550 000 millones de RMB a sus sistemas bancarios para estimular préstamos a fábricas (Zhang, Tsoi y Pang 2020).

A mediados de año, el Banco Central compró temporalmente la deuda de algunos pequeños negocios que tenían créditos con bancos locales. Se emplearon cerca de 400 billones de RMB para comprar 40% de los préstamos no garantizados, concedidos a pequeñas y medianas empresas con vencimientos de al menos seis meses. En junio de 2020, el Consejo de Estado solicitó a los bancos sacrificar aproximadamente 1.5 billones de RMB en ganancias durante 2020 (equivalentes a 78% de sus rentas en 2019) para financiar empréstitos con tarifas preferenciales para las empresas locales.

En apoyo a la reactivación económica, el gobierno anunció nuevas políticas monetarias —incluida la perspectiva de requisitos de reserva de depósitos más baja para las instituciones financieras pequeñas— y proporcionó un billón de RMB adicional para estimular que bancos pequeños dieran créditos a las pequeñas empresas. También autorizó un tercer lote de emisión de bonos del gobierno local en apoyo a inversiones efectivas para la construcción (Liu y Yap 2020).

Asimismo, el Consejo de Estado de China aprobó 500 000 millones de RMB adicionales a los 300 000 millones previamente aprobados en apoyo a los préstamos a micro y pequeñas empresas. Para impulsar la capacidad crediticia en el sistema bancario, la tasa de interés oficial establecida por el Banco Central para los prestamistas comerciales que otorgan créditos a granjas, empresas agrícolas, pequeñas empresas y áreas rurales fue recortada hasta el 2.5%. Conjuntamente, los grandes bancos estatales aumentaron en un 30% el número de préstamos a las empresas, al menos durante el primer semestre de 2020. Por su parte, los bancos gubernamentales prestaron más de 350 000 millones de RMB con tasas preferenciales a pequeñas empresas

(Tang 2020); en el caso de hogares rurales y micro y pequeñas empresas, quedaron exentos del pago de intereses sobre préstamos de un millón de RMB o menos. Otra medida financiera del Consejo de Estado fue la creación de una línea de crédito adicional del Banco Central por un billón de RMB para pequeños prestamistas.

En el marco de la política fiscal, el Consejo de Estado aprobó la exención temporal del pago del impuesto al valor agregado de múltiples servicios y actividades, incluidos la hotelería, el transporte público y privado dedicado al traslado de productos y servicios para el control de la pandemia, los servicios de paquetería, los servicios médicos, los restaurantes, el entretenimiento, el turismo, los deportes, las actividades culturales y las contribuciones de las pensiones para el personal pagado por empresas privadas. Mientras que el pago de impuesto sobre la renta (ISR) corporativo de las micro y pequeñas empresas fue pospuesto durante 2020 y se extendió la tasa preferencial del ISR para algunas inversiones en las regiones occidentales del país (Zhang 2020).

El Consejo permitió a las empresas reducir y, en algunos casos, suspender las contribuciones a los fondos de pensiones provinciales, así como el seguro de trabajo y de desempleo durante seis meses; de igual modo, la tasa de cotización social de las grandes empresas se redujo 50% durante tres meses (Barbelivien 2020) y las tarifas de construcción de puertos y otras relacionadas con los mismos se recortaron a 20%. Además, la participación de los gobiernos provinciales en los ingresos fiscales generales aumentó a 5%, al mismo tiempo que inyectó 110 000 millones de RMB para los gobiernos a nivel condado (Tang 2020).

En otro orden de estímulos, la Comisión Nacional de Desarrollo y Reforma aprobó la rebaja del costo de la electricidad de las empresas en un 5% durante todo 2020 y duplicó el monto en la asignación mensual para familias de bajos recursos entre marzo y junio para contrarrestar los aumentos de precios causados por la pandemia (Xinhua 2020). Adicionalmente, otorgó a los hogares vales de consumo y cupones para estimular el gasto y fueron reducidas las tarifas de los servicios de banda ancha y acceso a Internet hasta en un 15%. Se autorizó un billón de RMB en bonos para el financiamiento de proyectos de infraestructura, con lo cual se duplicaron los programas de reconstrucción de barrios antiguos y fue anunciado un plan

para construir al menos 46 nuevas zonas piloto integradas para fomentar el comercio electrónico transfronterizo en todo el país.

En apoyo a los trabajadores migrantes, el Consejo de Estado implementó un nuevo paquete de asistencia social y ayuda (Xinhua Silk Road Information Service, 2020); de esta forma, permitió que los proyectos de infraestructura financiados por el Estado pudieran destinar hasta 15% de su presupuesto para pagar salarios y así aumentar la contratación de trabajadores. Además, instó a las autoridades locales a proporcionar préstamos por desempleo a los trabajadores migrantes. El costo de alquiler de locales propiedad estatal fue reducido o eliminado, y se alentó a los propietarios de locales privados a suprimir, diferir o reducir los cobros a sus inquilinos (Tang 2020).

### Desarrollo de la vacuna para combatir el virus SARS-COV-2 y ganarse algunos amigos

Tan sólo un año después de la aparición del SARS-COV-2, las vacunas para prevenir la COVID-19 comenzaron a ser administradas en varias partes del mundo. Se trató de un esfuerzo global sin precedentes para desarrollarlas, producirlas a gran escala y distribuirlas por todo el mundo en un tiempo récord.

Al igual que Felner (2021), la comunidad científica de epidemiólogos argumenta que la inmunización del total de la población mundial es imprescindible para llegar a controlar la pandemia; para ello, la vacunación masiva es fundamental. Sin embargo, los esfuerzos globales se ven amenazados por diversos factores como el surgimiento de nuevas cepas del virus, el nacionalismo, la competencia global para adquirir el mayor número de dosis, así como el escepticismo de una gran parte de la población para recibir la vacuna. En este escenario, China asumió un papel proactivo en la investigación, desarrollo, producción de vacunas y, naturalmente, inoculación de su población para intentar recobrar la normalidad lo antes posible.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> Mientras se escribía este capítulo no se conocían resistencias sociales significativas para recibir la vacuna entre la población china.

**Cuadro 1**  
**Desarrollo de las vacunas contra el virus SARS-COV-2**

Desarrollador	Nombre	Dosis	Almacenamiento	Fase	Países en donde fue aprobada
CanSino Biologics en asociación con el Instituto de Biología de la Academia de Ciencias Médicas Militares de China	Covidecia (Ad5-nCoV)	Dosis única	Refrigeración	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En China para uso general.</li> <li>• Para uso de emergencia en México y Paquistán.</li> </ul>
Sinopharm en conjunto con el Instituto de Productos Biológicos de Beijing	BBIBP-CorV	Dos dosis	Refrigeración	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para uso general en China, Baréin y Emiratos Árabes Unidos.</li> <li>• Uso de emergencia en Argentina, Camboya, Egipto, Guyana, Hungría, Irán, Iraq, Jordania, Nepal, Paquistán, Perú, Venezuela y Zimbabue.</li> <li>• Para uso limitado en Serbia y las Seychelles.</li> </ul>
Sinovac Biotech	CoronaVac	Dos dosis	Refrigeración	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para uso general en China.</li> <li>• Uso de emergencia en Brasil, Azerbaiyán, Camboya, Chile, Colombia, Ecuador, Hong Kong, Indonesia, Laos, Malasia, México, Filipinas, Tailandia, Turquía, Uruguay, Zimbabue y Ucrania.</li> </ul>
Sinopharm en conjunto con el Instituto de Productos Biológicos de Wuhan	BBIBP-CorvB	Dos dosis	Refrigeración	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para uso general en China.</li> <li>• Uso limitado en los Emiratos Árabes Unidos.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en "Coronavirus Vaccine Tracker" (*The New York Times* 2020).

Para marzo de 2021, al menos doce vacunas contra la COVID-19 ya estaban aprobadas para su uso general o de emergencia. Entre esta docena, cuatro fórmulas fueron desarrolladas en China.

El Instituto de Productos Biológicos de Wuhan indicó que la vacuna que desarrolló en conjunto con la subsidiaria de la empresa estatal china Sinopharm tiene un promedio de eficacia del 72.5%, mientras que los resultados de la etapa final de las pruebas de la vacuna CanSino demostraron una

eficacia de más del 65 % (Baptista 2021). Los rangos de efectividad fueron ajustándose conforme las vacunas se administraron en China y otros países, especialmente en Asia y América Latina.

Para mediados de marzo de 2021, China administró aproximadamente 64.98 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19, esto es, cerca de 4.51 dosis por cada cien personas; sin embargo, el objetivo del gobierno chino era aplicársela al menos a 560 millones de personas (40 % de su población) para finales de junio de 2021 y a otros 330 millones para finales de 2021, y así cerrar el año con al menos 64 % de la población vacunada. Con esa capacidad para abarcar una población tan numerosa, China no solo apostaba a recuperar rápidamente la normalidad en su aparato productivo y en la vida cotidiana, sino también a extender su influencia más allá de su territorio con donativos y acceso masivo a sus vacunas. Aunque no es posible conocer en este trabajo el impacto real de la llamada “diplomacia de las vacunas”, podría inferirse que la imagen del país asiático mejoró sustancialmente en los países con menores posibilidades para obtener dosis de las farmacéuticas occidentales.

## Conclusiones

La pandemia de la COVID-19 deterioró la economía internacional de manera acelerada; dañó gravemente el comercio, el consumo y turismo internacionales; incrementó la cifra de desempleo, empujó a millones de personas a la pobreza y posiblemente haya ocasionado cambios geopolíticos en la escala mundial que todavía no son tan visibles. Sin duda, los daños provocados por esta crisis sanitaria global tardarán un tiempo considerable en ser resarcidos. Sin embargo, también significó una oportunidad de aprendizaje, de cambios positivos en las políticas y reestructuración en los sistemas de salud; se trató de una coyuntura que el gobierno chino aprovechó para rediseñar sus políticas sanitarias internas y generar nuevas capacidades de respuesta.

No obstante que las experiencias anteriores del SARS y la influenza causada por el virus A(H1N1) dieron pábulo a las reformas al sistema de salud en China a partir de 2009, la crisis de la COVID-19 puso en evidencia fallas y debilidades persistentes en dicho sistema. En parte, es por ello que

el gobierno chino implementó estrictas medidas de emergencia de carácter social, político y económico al desplegar su capacidad de vigilancia y control para asegurarse de contener la dispersión del virus mediante el cerco y la parálisis casi total de zonas de riesgo de contagio. A diferencia de otros casos de grandes potencias mundiales, el régimen de la RPC contaba con una holgada discrecionalidad para movilizar vastos recursos financieros, pero sobre todo, con la capacidad política para frenar de golpe el avance del virus, paliar simultáneamente las deficiencias descubiertas en el sistema hospitalario y de atención médica, y reactivar la economía. Definitivamente, la centralización del poder fue un factor que contribuyó al rápido control de la emergencia y a la coordinación efectiva de las medidas de contención entre los distintos niveles de gobierno, instituciones de salud pública, centros de investigación, empresas paraestatales y privadas.

En otras palabras, la contención de los contagios se logró con la vigilancia amplia y constante de la población, apoyada en la fuerza del Estado para establecer y aplicar las sanciones que garantizaran el cumplimiento de las medidas de prevención y atención; a ello hay que sumarle los múltiples estímulos económicos que se brindaron para compensar la parálisis económica temporal. De esta manera, a diferencia de otros países en los que quedarse en casa indefinidamente no era una opción, las autoridades chinas optaron por un remedio radical y costoso en el corto plazo, pero efectivo al menos para frenar la propagación del SARS-COV-2 y reducir sus consecuencias. Durante el primer año de la pandemia, en China logró prevenirse la catástrofe sanitaria y económica que amenazó al país, aunque fuera en detrimento de las libertades de tránsito y de reunión (de por sí acotadas en la RPC).

Cabe destacar que China fue la única gran economía del mundo que no se contrajo durante 2020; de hecho, logró un crecimiento anual de 2.3% aun enfrentando la crisis sanitaria y la guerra comercial con Estados Unidos. La expansión de su economía registró un crecimiento de 6.5% durante el último trimestre del año, promovida principalmente por los estímulos monetarios y fiscales que aceleraron e impulsaron la reapertura de fábricas y la reanudación de muchas actividades económicas y comerciales del país.

A la luz de los resultados, sería pertinente explorar la aparente aquiescencia de la población ante los programas y políticas de contención, a pesar

del sacrificio de ciertos derechos y libertades; es decir, qué tanto y cómo influyó la postura autoritaria del Estado o si existieron otros factores sociopolíticos.

## Referencias bibliográficas

- Baptista, Eduardo. 2021. “COVID-19 Vaccines Made by China’s Sinopharm, CanSino Release Efficacy Data”. *South Morning China*, 24 de febrero de 2021. <https://www.scmp.com/news/china/science/article/3122980/covid-19-vaccines-made-chinas-sinopharm-cansino-release-efficacy>.
- Barbelivien, Yann. 2020. “Social Insurance Cuts to Help Small Enterprises in China”. *S.J. Grand*, 3 de marzo de 2020. <https://www.sjgrand.cn/social-insurance-cuts-to-help-small-enterprises-in-china/>.
- Beech, Peter. 2020. “Nuestras equivocaciones con respecto a los mercados húmedos de China y su relación con COVID-19”. *World Economic Forum*, 23 de abril de 2020. <https://es.weforum.org/agenda/2020/04/nuestras-equivocaciones-con-respecto-a-los-mercados-humedos-de-china-y-su-relacion-con-covid-19/>.
- Chen, Simiao, Juntao Yang, Weizhong Yang, Chen Wang y Till Bärnighausen. 2020. “COVID-19 Control in China during Mass Population Movements at New Year”. *The Lancet* 395 (10226): 764-766. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30421-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30421-9).
- Daxue Consulting. 2021. “China’s Pharmaceutical Industry Will Be the World’s Largest in under 10 Years”. *Daxue Consulting*, 9 de febrero de 2021. <https://daxueconsulting.com/pharmaceutical-industry-china/>.
- Felter, Claire. 2021. “A Guide to Global COVID-19 Vaccine Efforts”. Council on Foreign Relations. Última modificación el 27 de diciembre de 2021. <http://www.cfr.org/backgrounder/guide-global-covid-19-vaccine-efforts>.
- Griffiths, James y Sandi Sidhu. 2021. “Equipo de la OMS visita el laboratorio de murciélagos chino en el centro de las conspiraciones del coronavirus”. *CNN Español*, 3 de febrero de 2021. <https://cnnespanol.cnn>

- .com/2021/02/03/oms-laboratorio-murcielagos-wuhan-china-conspiraciones-coronavirus-covid/.
- He, Alex Jingwei, Yuda Shi y Hongdou Liu. 2020. "Crisis Governance. Chinese Style: Distinctive Features of China's Response to the COVID-19 Pandemic". *Policy Design and Practice* 3 (3): 242-258. <https://doi.org/10.1080/25741292.2020.1799911>.
- Illmer, Andreas, Yitsing Wang y Tessa Wong. 2021. "Wuhan Lockdown: A Year of China's Fight against the COVID-19 Pandemic". *BBC News*, 22 de enero de 2021. <http://www.bbc.com/news/world-asia-china-55628488>.
- Lau, Lawrence J. y Yanyan Xiong. 2020. *The COVID-19 Epidemic in China*. Singapur: World Scientific Publishing Co.
- Liu, Lucille y Livia Yap. 2020. "How China Is Supporting its Markets during Coronavirus Pandemic". *The Print*, 10 de abril de 2020. <https://theprint.in/world/how-china-is-supporting-its-markets-during-coronavirus-pandemic/399154/>.
- Liu, Ming, Jing Ning, Yurui Du, Jie Cao, Ding Zhang, J. Wang y Mingjun Chen. 2020. "Modelling the Evolution Trajectory of COVID-19 in Wuhan, China: Experience and Suggestions". *Public Health* 183: 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.05.001>.
- Munster, Vincent J., Marion Koopmans, Neeltje van Doremalen, Debby van Riel y Emmie de Wit. 2020. "A Novel Coronavirus Emerging in China. Key Questions for Impact Assessment". *The New England Journal of Medicine* 382 (8): 692-694. doi: 10.1056/NEJMp2000929.
- National Health Commission of the People's Republic of China. 2017. *Development of China's Public Health as an Essential Element of Human Rights*. Última modificación en septiembre de 2017. [http://en.nhc.gov.cn/2019-04/29/c\\_75161.htm](http://en.nhc.gov.cn/2019-04/29/c_75161.htm).
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2020. "Información básica sobre la COVID-19". Última modificación el 13 de mayo de 2021. <http://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>.
- Peng, Fujun, Lei Tu, Yongshi Yang, Peng Hu, Runsheng Wang, Qinyong Hu, Feng Cao, Taijiao Jiang, Jinlyu Sun, Guogang Xu y Christopher

- Chang. 2020. "Management and Treatment of COVID-19: The Chinese Experience". *Canadian Journal of Cardiology* 36 (6): 915-930. doi:10.1016/j.cjca.2020.04.010.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020. "China: Coronavirus Pandemic Country Profile". *OurWorldInData.org*. Última modificación el 31 de marzo de 2022. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/china>.
- Stanway, David. 2021. "Explainer: The WHO's Theories about the Origins of COVID-19 after Wuhan Probe". *Reuters*, 10 de febrero de 2021. <http://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-who-china-explaine-idUSKBN2AA0QK>.
- Tang, Frank. 2020. "What Stimulus Measures Did China Use to Combat the Economic Impact the Coronavirus?" *South China Morning Post*, 8 de mayo de 2020. <http://www.scmp.com/economy/china-economy/article/3083268/china-coronavirus-stimulus-what-measures-have-been-used>.
- The New York Times*. 2020. "Coronavirus Vaccine Tracker". *The New York Times*. Última modificación el 25 de marzo de 2022. [www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html#si-nopharm](http://www.nytimes.com/interactive/2020/science/coronavirus-vaccine-tracker.html#si-nopharm).
- World Do Meter. 2021. "COVID-19 Coronavirus Pandemic". Última modificación el 25 de marzo de 2022. <http://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.
- WHO (World Health Organization). 2020a. "Listings of WHO's Response to COVID-19". Última modificación el 29 de enero de 2021. <http://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
- WHO (World Health Organization). 2020b. "Pneumonia of Unknown Cause -China". Última modificación el 5 de enero de 2020. <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>.
- Xinhua. 2020. "China Cuts Electricity Costs of Enterprises from Feb to June". *China Daily*, 23 de febrero de 2020. <https://www.chinadailyhk>

.com/article/122080#:~:text=The%20price%20reduction%20policy%20can%20benefit%20about%2050,billion%20yuan%20%28US%246.29%20billion%29%20from%20February%20to%20June.

- Xinhua Silk Road Information Service. 2020. “China Works to Boost Employment for Migrant Workers”. *Xinhua News*, 10 de agosto de 2020. <https://en.imsilkroad.com/p/315400.html>.
- Yu, Xiang y Li Na. 2020. “Understanding the Beginning of a Pandemic. China’s Response to the Emergence of COVID-19”. *Journal of Infection and Public Health* 14 (3): 347-352. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.12.024>.
- Zhang, Zoey. 2020. “China Extends VAT Preferential Policy for Small-Scale Taxpayers to the End of 2020”. *China Briefing*, 9 de mayo de 2020. <https://www.china-briefing.com/news/china-extends-vat-preferential-policy-small-scale-taxpayers-end-2020/#:~:text=On%20May%207%2C%202020%2C%20China%E2%80%99s%20State%20Taxation%20Administration,31%2C%202020%20%28see%20STA%20Announcement%20%5B2020%5D%20No.24%20%29>.
- Zhang, Z. Alex, Vivian Tsoi y Chunlei Pang. 2020. “COVID-19: Chinese Government Financial Assistance Measures”. *White & Case*, 2 de mayo de 2020. [https://www.whitecase.com/publications/alert/covid-19-chinese-government-financial-assistance-measures?utm\\_source=Mondaq&utm\\_medium=syndication&utm\\_campaign=LinkedIn-integration](https://www.whitecase.com/publications/alert/covid-19-chinese-government-financial-assistance-measures?utm_source=Mondaq&utm_medium=syndication&utm_campaign=LinkedIn-integration).



## TERCERA PARTE

### De la contención exitosa a la mitigación problemática



# 6 La batalla de la República de Corea contra el SARS-COV-2: equilibrio con costos

Juan Felipe López Aymes

## Introducción

Corea del Sur fue uno de los primeros países en sufrir un contagio de la COVID-19. El primer caso confirmado se registró el 20 de enero de 2020, lo que inmediatamente condujo al establecimiento de un *task force* y a decretar el nivel 2 de la Alerta de Riesgo para Enfermedades Infecciosas. La entonces desconocida enfermedad golpeó con fuerza y, desde principios de febrero, la explosión de casos causó alarma y una inmediata respuesta del gobierno para frenar el contagio y mitigar el alza del número de enfermos. En pocos días la transmisión exponencial duplicaba y triplicaba el número de contagiados; el máximo alcanzado en la primera ola fue el 29 de febrero, con 909 infecciones.

La capacidad de respuesta del gobierno coreano se ha nutrido de experiencias previas relacionadas con el enfrentamiento de epidemias con niveles de contagio similares. En 2015, el síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS) fue introducido al país por un connacional que regresaba de un viaje de negocios de Baréin; la lentitud en identificar el caso y la rapidez con la que se propagó en los hospitales donde estuvo internado tuvieron consecuencias fatales,<sup>1</sup> dejando en claro que la política y el sistema de salud coreano no es-

---

<sup>1</sup> En el transcurso de seis meses se confirmaron 186 casos de MERS, de los cuales fallecieron 36; se sospechó de 16 752 infecciones (Kim et al. 2016, 208); se dispararon los gastos (más de 870 millones de dólares en diagnósticos y tratamientos, más gastos asociados con la respuesta al MERS); hubo pérdidas económicas (por ejemplo, se estima que se perdieron aproximadamente 2.6 mil millones de dólares solamente en el sector turismo) (Oh et al. 2020, e1753464-7). Aunque la crisis

taban preparados para atender oportunamente una emergencia causada por algún agente infeccioso nuevo (Kim et al. 2016). La secrecía del caso y la incapacidad para establecer la ubicación de los pacientes infectados causaron ansiedad entre la población y severas críticas al gobierno encabezado por la entonces presidenta Park Geun-hye.

La crisis condujo a la formulación de 48 reformas al sistema de salud pública (MOHW 2015; Kim et al. 2021), como la dotación de mayor autonomía y autoridad al Centro Coreano de Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas (KCDC, por sus siglas en inglés)<sup>2</sup> para favorecer una respuesta integral ante futuros brotes infecciosos; así, el KCDC se convirtió en una especie de “torre de control” para coordinar las diversas instancias del gobierno central, así como entre este y los gobiernos locales. Las autoridades sanitarias crearon también un protocolo especial para la aprobación de nuevas pruebas de diagnóstico por reacción en cadena de la polimerasa (PCR según sus siglas en inglés); además, se modificó la Ley de Salud Pública para promover asociaciones médicas público-privadas y para permitir que los datos de celulares, registros de tarjetas de crédito y de movilidad fueran utilizados en caso necesario para rastrear contactos infectados, con el propósito de prevenir y frenar la propagación de enfermedades. La experiencia referida denota que la capacidad de reacción a nivel institucional ya

---

por MERS no parece tan aparatosa en comparación con la pandemia de COVID-19, fue un periodo de mucha tensión social y política, lo cual contribuyó a que el control de enfermedades infecciosas de ese tipo se convirtiera en un tema prioritario en la agenda de reformas institucionales al sistema de salud surcoreano.

<sup>2</sup> El KCDC se estableció en 2004 como una expansión del anterior Instituto Nacional de Salud Coreano del Ministerio de Salud ante la necesidad de efectuar cambios en el manejo de enfermedades infecciosas, especialmente después de la experiencia durante el brote de SARS en 2003, cuya respuesta desarticulada causó mucha confusión. El 12 de septiembre de 2020 el gobierno otorgó mayor independencia y autoridad al KCDC para establecer y ejecutar las políticas relacionadas con la pandemia, así como control sobre su presupuesto, su personal y su organización; asimismo, se establecieron Centros Regionales para el Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas y así apoyar los esfuerzos de gobiernos locales ante la crisis sanitaria (Task Force 2020, 26-27).

había sido desarrollada; asimismo, el reconocer la importancia de la comunicación abierta con la sociedad fue sumamente útil en las etapas iniciales de la epidemia actual.

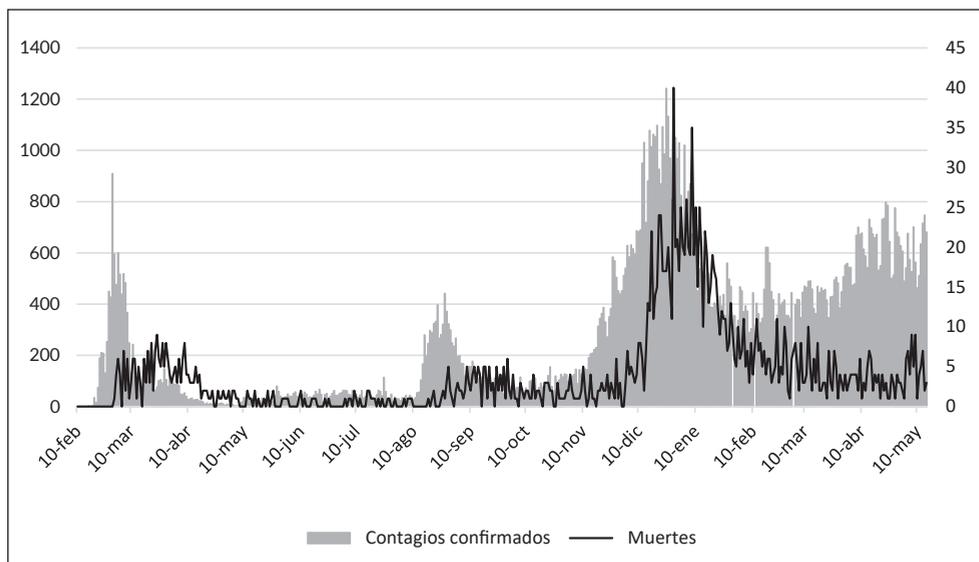
No obstante lo anterior, la pandemia de la COVID-19 ha resultado novedosa en algunos aspectos y ha generado su propia dinámica; por ejemplo, el prolongado periodo de incubación del SARS-COV-2 y la sintomatología irregular hace que su dispersión sea silenciosa, extensa y muy rápida, especialmente por la velocidad de la movilidad humana y la profunda interconexión mundial. Por lo anterior, la nueva enfermedad y las medidas para su contención condicionan severamente la convivencia y la actividad económica diaria. La respuesta entonces no puede ser únicamente médica, sino integral. Los gobiernos enfrentan simultáneamente múltiples retos cuyas soluciones son, en apariencia, opuestas; los programas de contención y mitigación deben encontrar el balance entre la dureza y duración de las medidas y la cooperación responsable de la sociedad, al mismo tiempo que forjan resiliencia económica. Ante esto, el gobierno surcoreano ha asumido la responsabilidad no solo de proveer servicios de salud, de información y un sistema de alertas sanitarias, sino también de orientar el comportamiento y la movilidad de la sociedad.

Hasta el corte temporal del presente capítulo (15 de mayo de 2021), Corea del Sur había sufrido tres olas de contagios.<sup>3</sup> Lo que la gráfica 1 demuestra es que la política de contención ha sido efectiva en frenar los contagios y minimizar las pérdidas humanas. Si se compara con los casos de Europa, Estados Unidos y América Latina, el caso coreano podría calificarse como exitoso, al menos durante el primer año de la pandemia. No obstante, aun cuando la escala de contagios y fallecimientos después de la tercera ola

---

<sup>3</sup> A mediados de junio comenzó una cuarta ola que superó el número de casos diarios registrados desde el inicio de la pandemia; sin embargo, ha mantenido el número de muertes diarias relativamente bajo (menos de tres muertes en promedio, del 1 de abril al 22 de julio de 2021). En el primer trimestre de 2022, Corea del Sur llegó a registrar más de 400 000 casos diarios, pero el número de casos graves y muertes siguió siendo bajo debido a que más del 80% de la población tenía el esquema completo de vacunas.

Gráfica 1  
Contagios y muertes, 10 de febrero de 2020-15 de mayo de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en MOHW (2021).

no se redujo a los niveles de la primera y segunda olas, fue posible contenerlos sin que significaran un descalabro al sistema hospitalario coreano y, paralelamente, mantener cierta recuperación económica.<sup>4</sup> En este capítulo se argumenta que, además de la notable capacidad gubernamental y social de Corea para hacer frente a la emergencia sanitaria, destaca el carácter democrático de la respuesta que el gobierno ha procurado y que ha sido eficiente.

Del 3 de enero de 2020 al 15 de mayo de 2021, en Corea del Sur se registró un total acumulado de 131 061 casos confirmados y 1 896 muertes (MOHW 2021a). Los casos confirmados por sexo y grupo etario se muestran en el cuadro 1. Como puede apreciarse, la proporción de hombres y

<sup>4</sup> Dicha recuperación en el primer trimestre de 2021 con respecto del año anterior se debió en parte al incremento de las exportaciones, lo que incentivó la producción de manufacturas, los servicios y la inversión, junto con la reapertura de negocios de contacto personal, lo cual estimuló el consumo doméstico y el empleo, así como los múltiples incentivos económicos por parte del gobierno coreano (MOEF 2021, 3).

**Cuadro 1**  
**Contagios confirmados según sexo y edad,**  
**acumulado al 15 de mayo de 2021**

		Casos totales	%	Tasa de incidencia (por 100000)
Sexo	Hombres	65 347	49.86	252.67
	Mujeres	65 714	50.14	252.90
Edad	80 o más	5 574	4.25	293.49
	70-79	9 349	7.13	259.18
	60-69	20 051	15.30	316.05
	50-59	24 219	18.48	279.44
	40-49	19 572	14.93	233.30
	30-39	17 806	13.59	252.74
	20-29	19 481	14.86	286.22
	10-19	9 274	7.08	187.72
	0-9	5 735	4.38	138.24
Total		131 061	100.00	252.78

Fuente: Elaboración propia con base en MOHW (2021).

mujeres es muy parecida y los grupos etarios con más infecciones son los que se encuentran entre la población económicamente activa (de 20 a 69 años de edad).

Este capítulo está organizado de la siguiente manera: primero, se revisará la estrategia sanitaria de contención seguida por el gobierno coreano y las medidas de intervención ejecutadas para poner freno a los contagios. Posteriormente, se verá en qué condiciones se encuentra Corea del Sur en cuanto a los factores de comorbilidad vinculados con las muertes, lo que nos dará una idea de cuáles son los grupos de mayor riesgo. Más adelante se destacarán algunas acciones gubernamentales en el exterior, principalmente en el marco de la cooperación internacional, con las que se busca mejorar la imagen de Corea y favorecer sus intereses políticos y económicos. Se concluye con una reflexión sobre las dificultades y el costo que el gobierno y la sociedad han enfrentado para llegar a mantener un mínimo equilibrio entre la salud, la democracia y la economía.

## La estrategia sanitaria de contención

La estrategia del gobierno coreano para la contención y mitigación del SARS-COV-2 se ha propuesto, por un lado, alcanzar un balance entre la preservación de la salud y de la vida y, por el otro, la subsistencia económica. Ha consistido en identificar rápidamente los brotes de infección, romper la cadena de transmisión, frenar la propagación y mantener el cúmulo de enfermos dentro de una escala manejable, no solo para evitar la sobrecarga del sistema médico nacional, sino también para conservar la continuidad de las actividades productiva y comercial en el mayor grado posible.

Para lograr lo anterior, el gobierno buscó coordinar la respuesta alrededor de cuatro principios: apertura, transparencia, involucramiento cívico e innovación (véase cuadro 2). En este aspecto, Corea se distingue de otros países de Asia (como China y Vietnam) cuya estrategia de contención ha sido también rápida y efectiva, pero a costa del control invasivo del aparato estatal sobre la población. En contraste, las autoridades surcoreanas fueron enfáticas en mantener los principios democráticos aun ante la presión de algunas partes de la sociedad y algunos medios de comunicación que exigían clausurar ciudades o provincias enteras, detener totalmente la movilidad y cerrar los accesos fronterizos.

Si bien la retórica democrática en la estrategia coreana pareciera reproducir lugares comunes, en este caso no está desprovista de contenido y propósito práctico. Cuando se busca una participación cooperativa y responsable

Cuadro 2  
Principios de la política de contención

Apertura: Mantener las fronteras y la sociedad abierta, sin aislamiento y sin confinamiento obligatorio generalizado.
Transparencia: Divulgar de forma pronta y completa los datos globales y nacionales sobre la COVID-19, así como las decisiones y estrategias gubernamentales.
Participación cívica: Que la implementación de las políticas se base en comunicación clara y participación ciudadana.
Innovación: Adoptar formas creativas de solución de problemas y respuestas flexibles.

Fuente: Elaboración propia con base en Task Force (2020, 20-21).

de la población, es indispensable predisponerla con acceso a información adecuada, concisa y oportuna para propiciar un clima de confianza hacia las autoridades. Sin esa cualidad de liderazgo, las opciones de políticas para frenar el contagio se reducen a elevar las restricciones y la dureza de su vigilancia, afectando con ello la funcionalidad de la economía nacional. El escenario de no cooperación ciudadana implica, además, mayores costos de supervisión en el cumplimiento de las reglas y costos de rescate económico para las empresas que no pueden permanecer cerradas por tiempo prolongado o para los trabajadores asalariados y no asalariados, especialmente de pequeñas y medianas empresas, que son la mayoría.<sup>5</sup>

Por lo anterior, el gobierno coreano trató de conservar en el mayor grado posible la apertura y la transparencia como principios rectores de la política de contención para propiciar la participación responsable de la sociedad civil y limitar el aislamiento solo a casos específicos. Esta estrategia ha posibilitado un manejo más sostenible en el largo plazo.

Además del rol de la KCDC como “torre de control” y sus facultades de diseño y ejecución de la política de contención, la gobernabilidad de la operación tiene como fundamento el marco del Sistema de Alerta de Riesgo de Enfermedades Infecciosas, el cual considera cuatro niveles. Cada nivel se determinó a partir de la medición de riesgo, y con ello se ajustaron los métodos de intervención, las acciones y la asignación de responsabilidades de las agencias e instancias relevantes. En el primer nivel se organizaron equipos en el KCDC de acuerdo a los tipos de enfermedades infecciosas; en el nivel 2 se formó y operó la Oficina Central para el Control de Enfermedades (OCCE) en el KCDC; en el nivel 3 se estableció la Oficina Central para el Manejo de Desastres (OCMD) en apoyo a la OCCE; finalmente, en el nivel 4 se activaron las medidas para la respuesta de todo el gobierno en su conjunto, mediante la Oficina Central para Contramedidas a Desastres y la Seguridad (OCCDS) (Task Force 2020, 28). El nivel 4 fue activado el 23 de febrero de 2020 ante el brote masivo de COVID-19 ocurrido en la ciudad industrial de Daegu, al sureste de la península; el primer ministro encabezó las reuniones

---

<sup>5</sup> En 2020, 89% del trabajo asalariado fue absorbido por empresas que contaban de 1 a 299 empleados (KOSIS 2021b).

diarias de la OCCDS, compuestas por los ministerios relevantes del gobierno central, así como los gobiernos de las diecisiete provincias y de las ciudades principales. Este mecanismo de diálogo, coordinación y deliberación del más alto nivel entre el gobierno central y los gobiernos locales permitió identificar problemas rápidamente y solucionarlos de forma inmediata, así como conocer con precisión los recursos médicos disponibles y emplearlos de manera efectiva.

Como parte de la política de información, todos los días desde el inicio de la pandemia en Corea se realizaron conferencias de prensa dos veces al día, una matutina conducida por el ministro o viceministro de Salud y una vespertina conducida por quien dirige la KCDC y el director del Instituto Nacional Coreano de Salud. Asimismo, las autoridades emitieron boletines de prensa diarios con una amplia gama de información actualizada acerca de los muchos aspectos de la pandemia, desde el número de pruebas, casos confirmados y sospechosos, decesos y distribución regional, así como un desglose detallado de los casos según edad, género, provincia, ciudad, grupos y *clusters* de infección, etcétera.

## Medidas de intervención para controlar la dispersión de contagios

Corea del Sur es reconocida por su efectividad en la contención del virus SARS-CoV-2 sin llegar a haber recurrido a cierres totales de ciudades o provincias y también por la pronta respuesta ante la crisis. Aunque las dos oleadas de contagios subsiguientes a la primera podrían poner en duda la capacidad del gobierno y la sociedad para evitar nuevos brotes, las curvas de infección fueron revertidas con relativa rapidez gracias a la acción gubernamental. Esta intervención se denominó como 3T, ya que corresponde a las iniciales en inglés de “prueba” (*test*), “rastreo” (*trace*) y “tratamiento” (*treatment*). Podríamos incluso agregar una “t” adicional por el empleo efectivo de las tecnologías de información y comunicación (TIC) como componente transversal en estas tres respuestas (ROK 2020b). De momento dejaremos la representación 3T como es conocida.

## Pruebas - Test

Una de las fortalezas de la intervención se refiere a la sólida capacidad de diagnóstico de la red de laboratorios para el rápido procesamiento de pruebas PCR. Esto permite al mecanismo de prevención y reacción actuar de manera masiva y certera, pasando de veinte mil pruebas diarias cuando empezó la pandemia, hasta las noventa mil o cien mil actuales. Esta capacidad fue desarrollada mediante la movilización de recursos públicos y transferencia de tecnología al sector privado para la producción de kits de pruebas PCR de COVID-19 de alta calidad.

A finales de enero de 2020, autoridades del KCDC se reunieron con una veintena de empresas manufactureras de diagnóstico *in vitro* para encomendarles el desarrollo de los kits para identificar el SARS-COV-2 que había sido previamente decodificado en China (Zastrow 2020). Así, el 3 de febrero fue otorgada la licencia para el primer kit mediante el sistema de Autorización para Uso de Emergencia (AUE); con ello, el protocolo de aprobación de un año fue reducido a unos días. Subsecuentemente fue nombrado un comité para verificar la calidad de los kits; se establecieron lineamientos para el diagnóstico por laboratorio y se destinaron recursos para acelerar el uso de pruebas en instalaciones médicas. Al inicio del verano de 2020 ya se habían aprobado y licenciado siete kits de prueba. Como resultado de este énfasis en aplicar pruebas de manera amplia, al 10 mayo de 2021 ya se habían realizado 9 122 059 pruebas y mostraron consistentemente una tasa de positividad de 1.5 % (pruebas positivas/número total de pruebas concluidas \* 100%; MOHW 2021a).

Este capítulo no tiene la intención de elogiar las acciones del gobierno surcoreano, pero sí debe reconocerse que esta capacidad de reacción no se debe a la improvisación u ocurrencias afortunadas. La experiencia previa con el MERS en 2015 alertó a la comunidad médica y epidemiológica sobre la necesidad de contar con un sistema más expedito de autorización de equipo especializado como es el caso de los kits de prueba, para lo cual se estableció el AUE. Aunque esta innovación institucional fue fundamental, también lo fue la disponibilidad de empresas privadas especializadas en biotecnología capaces de desarrollar y producir tales dispositivos, mismas que

contaron con el apoyo gubernamental desde el brote de MERS. Corea estaba institucional, tecnológica e industrialmente preparada. No solo importaba la rapidez de respuesta, sino contar con la capacidad interna de producción de kits confiables, de tal manera que no tuvo que esperar por ayuda del exterior.

Como resultado de la cooperación y coordinación entre el gobierno y el sector privado, en agosto de 2020 Corea contaba con 146 locaciones donde podían llevarse a cabo pruebas: la sede del KCDC, trece estaciones de cuarentena, dieciocho institutos de investigación sobre salud y medio ambiente, un instituto de investigación médica de las fuerzas armadas y 113 hospitales civiles y laboratorios; todas con la certificación de calidad y personal debidamente entrenado (Task Force 2020, 39).

Además de los lugares mencionados, el gobierno dispuso varias estaciones para obtener las muestras de personas con sospecha de COVID-19 con dos tipos de diseños innovadores para minimizar el contacto entre estas y el personal sanitario: las estaciones para transeúntes (*walk-through*), donde asistentes especializados extraían las muestras desde una cabina aislada; o estaciones donde los ciudadanos se formaban en sus vehículos y se tomaba la muestra sin que tuvieran que descender de él (*drive-through*). Dichas estaciones estaban distribuidas por todo el país, sobre todo afuera de hospitales y en puertos aéreos y marítimos.

La capacidad tecnológica para el desarrollo y producción masiva de pruebas en Corea del Sur le dio una gran ventaja sobre otros países que carecen de empresas propias con esas competencias, aun cuando hayan tenido experiencia de enfermedades infecciosas severas —como la influenza A(H1N1) en México en 2009—. La preparación exhibida en Corea demuestra un Estado competente no solo en su capacidad de reacción, sino de capitalizar el aprendizaje de crisis previas.

La posibilidad de detectar rápidamente y con exactitud la fuente de contagio es fundamental en la investigación y respuesta epidemiológica. Entonces, el siguiente reto sería aislar dichos casos antes de que la enfermedad se propagara sin control. Para ello, la intervención puso especial énfasis en el rastreo de los contagiados y de todos aquellos con los que tuvieron cercanía o contacto físico, así como la identificación de los lugares visitados.

## Rastreo - *Trace*

La pronta identificación de los brotes permitió al gobierno coreano focalizar la intervención y el aislamiento en los llamados “bolsillos” o “*pockets*” de contagio. Estos suelen ser congregaciones religiosas, centros de entretenimiento y ocio, o empresas cuyas características de operación e instalaciones físicas requieren contacto cara a cara y, por lo tanto, propician la rápida transmisión del virus. Aunque se trata de múltiples agrupaciones, el mantener este tipo de contagios a pequeña escala posibilitó el manejo adecuado al rastrear inmediatamente todas aquellas personas que formaran parte de esas comunidades y sus contactos.

Como parte de la respuesta inicial a la epidemia, el gobierno coreano estableció el Sistema de Soporte a la Investigación Epidemiológica para identificar rápidamente los movimientos y rutas seguidas por los casos confirmados y analizar los modos de transmisión. Con el respaldo jurídico de la Ley para la Prevención de Enfermedades Infecciosas —revisada en 2015 como resultado de la demanda pública tras la crisis de MERS— y la Ley de Protección de Información Personal, en Corea es posible rastrear el uso de tarjetas de crédito, imágenes de CCTV y datos de GPS de telefonía móvil. Con este nuevo contrato social (Park 2020), la información recabada se restringe para fines de investigación y análisis epidemiológico únicamente. De esta forma, las autoridades sanitarias pueden determinar con bastante exactitud la extensión del contagio de cada grupo y proceder velozmente a su aislamiento. Cabe mencionar que la cuarentena es obligatoria cuando se detecta un caso positivo y sus contactos.

Posteriormente, el 10 de junio de 2020, el sistema de investigación epidemiológica agregó el llamado Korea Internet Pass (KI-Pass), que consiste en un sistema de código QR cuyo registro serviría para reconstruir una bitácora de las personas que ingresan a establecimientos de alto riesgo de infección, como academias privadas, sitios de entretenimiento y ocio, salas de conciertos, gimnasios, cafeterías y restaurantes, tiendas de autoservicio, etc. La información escaneada con el teléfono móvil mediante el código QR se transfiere instantáneamente al Servicio Coreano de Información de Seguridad Social y se elimina después de cuatro semanas. De esta manera, los funcionarios

pueden identificar y contactar a todos aquellos que pudieron haber estado en contacto con una persona infectada por haber coincidido en un establecimiento particular, aún si no formaran parte de una misma congregación.

El uso de las tecnologías de información en Corea del Sur contribuyó enormemente a mejorar la eficiencia en el rastreo y búsqueda de individuos contagiados y sus contactos, en vez de contar solamente con personal de investigación puerta a puerta, con lo cual se redujo el tiempo y los recursos humanos y materiales.<sup>6</sup> Asimismo, la coordinación interinstitucional y de agentes privados fue sumamente importante para el rastreo en el proceso de intervención epidemiológica, lo cual requirió de la participación de ministerios como el de Tierra, Infraestructura y Transporte,<sup>7</sup> el Ministerio de Ciencia y Tecnología y el de Justicia, así como la Agencia de Policía Nacional, el KCDC y agencias de los gobiernos locales, municipales y distritales, junto con empresas de telecomunicaciones, bancos y tarjetas de crédito, entre otras (Task Force 2020, 47-50).

Sin embargo, aun cuando la experiencia con la crisis del MERS evidenció la importancia de contar con formas efectivas de recolección y divulgación de información relevante para la sociedad (Park 2020), el uso efectivo de las TIC y la ubicua red de interconexión digital para la localización e investigación epidemiológica no ha estado libre de controversia, particularmente en cuestión de la protección a la privacidad y el uso de datos personales. Para

---

<sup>6</sup> Al principio de la pandemia, los funcionarios salubristas trataban cada caso de manera individual con investigadores que reconstruían la historia reciente de cada paciente y sus contactos. Conforme la enfermedad se expandió más allá de algunas localidades y grupos, romper la cadena de contagio implicaba aislar a todas aquellas personas que hubieran estado potencialmente cerca del paciente, así fueran contadas por cientos o millares si se trataba de un lugar público muy concurrido. Esa táctica resultó extenuante y completamente impráctica, además de que conduciría literalmente al encierro total de la población, algo que desde el principio se buscó evadir (Campbell y Lee 2020).

<sup>7</sup> El Ministerio de Tierra, Infraestructura y Transporte (fundado en 2013) resultó clave en el desarrollo y administración integral de mecanismos de rastreo —como GPS y CCTV— en el marco del Sistema de Manejo Inteligente establecido como parte del gran proyecto nacional de crear ciudades inteligentes.

ello, después de la presión ejercida por grupos civiles, se hicieron ajustes a los lineamientos acerca de la especificidad de la información que debía ser pública y el tiempo que dicha información estaría disponible. Se establecieron entonces límites al tipo de datos sobre los movimientos de las personas sin menoscabo del derecho al anonimato y su vigencia en los registros públicos para uso de investigación y análisis epidemiológico.<sup>8</sup>

Una vez que se identificaba a la persona contagiada (por mostrar síntomas o haber resultado positiva en la prueba) y aquellas con las que esta tuvo contacto o cercanía suficiente, quienes se volvían casos sospechosos debían guardar cuarentena por catorce días. La cuarentena implicaba no salir de su domicilio (o de las instalaciones asignadas en donde se le proveía de todos los alimentos, medicamentos, apoyo psicoemocional, entre otras necesidades diarias), abstenerse de tener contacto con otras personas y llevar a cabo todas las medidas sanitarias, de higiene y desinfección conocidas, especialmente si no era posible aislarse de otros habitantes de la residencia. A quienes se sometía a cuarentena se les asignaba un funcionario del gobierno local para dar seguimiento de los síntomas dos veces al día<sup>9</sup> mediante la Aplicación para la Seguridad y Protección de Auto-Cuarentena que se instala en el teléfono móvil.<sup>10</sup> También debían reportar cambios significativos en los síntomas (fiebre, tos, dolor de garganta y dificultad para respirar). Las personas infractoras de la cuarentena podían recibir cargos criminales y hasta una multa de 10 millones de wones (de 8000 a 9000 dólares), ser sujetos a la colocación de una pulsera electrónica de monitoreo de todos sus movimientos (*Yonhap* 2020a), así como ser sometidos a aislamiento obligado en una residencia

<sup>8</sup> El KCDC establece que la vigencia de la información sobre los movimientos de las personas contagiadas es de catorce días; incluye dos días antes de la manifestación de síntomas y, en caso de los asintomáticos, dos días antes de la toma de la prueba (Task Force 2020, 46-48).

<sup>9</sup> Tales funcionarios forman parte de equipos de apoyo de la ciudad y la provincia.

<sup>10</sup> Esta aplicación fue desarrollada por el gobierno coreano y consta de dos versiones: una para aquellas personas en cuarentena y otra para los funcionarios que hacen el monitoreo diario. La persona en cuarentena debe instalar la aplicación obligatoriamente; si la persona incumple los lineamientos se activan alertas para ella y para el oficial encargado.

temporal bajo custodia, o cumplir un año de prisión, según lo que dictara la Ley para el Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas.<sup>11</sup> Aquellas personas que ingresaran a Corea portando visas de estancia larga también debían someterse al aislamiento de dos semanas y reportar su estado de salud dos veces al día mediante una aplicación móvil de autochequeo que tenían que descargar e instalar al entrar al país.

### Tratamiento - *Treatment*

El tercer componente de la intervención coreana para la contención del SARS-CoV-2 ha sido la forma particular de reorganizar el sistema hospitalario y los recursos en el tratamiento de aquellos que se han contagiado. Si bien el caso de Corea se ha caracterizado por un bajo número de contagios y tasa de mortalidad (131 061 el 15 de mayo de 2021 y 1.45 %, respectivamente) en comparación con otros casos en las Américas y Europa, los recursos físicos y humanos eran limitados y resultaba preciso emplearlos de manera eficiente; por ello, con la detección y rastreo se posibilitó el aislamiento expedito e inmediato, actuar de manera focalizada y evitar la sobrecarga hospitalaria y las unidades de cuidados intensivos.<sup>12</sup> Como parte de las medidas de reconversión hospitalaria, en septiembre de 2020, además de las 198 camas escogidas como unidades de aislamiento, se designaron 43 nosocomios como Hospitales de Enfermedades Infecciosas con un total de 4 075 camas para atender casos de COVID-19. Otros 323 hospitales fueron designados como

---

<sup>11</sup> Si la persona precisaba abandonar el sitio por alguna razón de fuerza mayor, debía notificar con antelación al centro de salud que le correspondiera o al funcionario asignado.

<sup>12</sup> El sistema de salud surcoreano se centra en el cuidado hospitalario de segundo y tercer nivel. La capacidad en 2019 era de 643 440 camas de hospital (12.4 por cada 1 000 habitantes) —el segundo lugar después de Japón y el doble del promedio de la OCDE—, 581 unidades de cuidados intensivos con 5 402 camas; asimismo, contaba con 127 258 de personal médico (2.46 por cada 1 000 habitantes) y 410 694 de personal de enfermería (7.94 por cada 1 000) (OECD 2021; Phua et al. 2020; Kim et al. 2021).

Hospitales Nacionales Seguros para tratar enfermedades no relacionadas con la COVID-19 (Task Force 2020, 71).

La proactividad del gobierno coreano no solo logró evitar inicialmente un descalabro al sistema hospitalario o su colapso como en otros países, sino que también pudo reducir el impacto devastador en la economía nacional (*Yonhap* 2020b, 2020c), pues la cuarentena se impuso solo en los casos confirmados o sospechosos por contacto y no en toda la población. Una parte importante de este proceso fue la forma de clasificar la severidad de la enfermedad, lo cual determinó el tipo de tratamiento. La clasificación utilizada por la Asociación Médica de Corea se presenta a continuación en el cuadro 3.

Cuadro 3  
Clasificación de síntomas según severidad

Categoría	Clasificación según severidad
Asintomático	Reúne los criterios siguientes: 1. Nivel normal de conciencia. 2. Menor a 50 años. 3. Sin condiciones médicas subyacentes. 4. Temperatura corporal por debajo de 37.5 °C sin medicamento para reducir la fiebre. 5. No fumador.
Leve	El paciente tiene un nivel normal de conciencia y reúne más de uno de los siguientes criterios: 1. Más de 50 años. 2. Sin condiciones médicas subyacentes. 3. Temperatura corporal por debajo de 38 °C con medicamento para reducir la fiebre. 4. Uno o más síntomas que no sean disminución o dificultad para respirar. 5. Fumador.
Severo	El paciente tiene un nivel normal de conciencia y reúne más de uno de los siguientes criterios: 1. Temperatura corporal superior a los 38 °C con medicamento para reducir la fiebre. 2. Disminución o dificultad para respirar o se diagnostica neumonía después de un escaneo CT.
Crítico	Reúne más de uno de los criterios siguientes: 1. Inconsciente. 2. Severa disminución o dificultad para respirar. 3. Saturación de oxígeno por debajo de 90 %. 4. El escaneo CT muestra doble neumonía o función pulmonar afectada en 50%.

Fuente: Elaboración propia con base en Task Force (2020, 60).

La relevancia de esta clasificación estriba en que la asignación de camas de hospital se determinó de acuerdo a la severidad de cada paciente, de forma que los recursos médicos pudieran proveerse y utilizarse mejor. Obviamente, para la hospitalización se optó por dar prioridad a los casos severos y críticos, mientras que los casos asintomáticos y leves (más del 80% del total de pacientes confirmados) se resolvieron en casa o en residencias público-privadas<sup>13</sup> destinadas al aislamiento temporal de casos confirmados y sospechosos. Como se mencionó atrás, aquellos en aislamiento no hospitalario fueron sometidos a un monitoreo virtual muy estricto y en tiempo real mediante la conexión a una central asignada con personal entrenado que podía visualizar las condiciones de cada paciente en un tablero digital. El gobierno ofreció apoyo a los pacientes en esa circunstancia durante el transcurso de su convalecencia. En caso de un recrudecimiento en los síntomas y la necesidad de hospitalización, el gobierno también prestó auxilio con el traslado. La doble ventaja de esta forma de aislamiento es que no requiere demasiados médicos para dar seguimiento al estado de salud de los enfermos y el personal de salud no se expone al contagio.

Esta distribución de recursos no formaba parte del protocolo original. Al principio del brote de la COVID-19, la política del gobierno era hospitalizar a todos los casos confirmados. Después del incidente de la secta Shincheonji, en Daegu, resultó evidente la insuficiencia del número de camas de hospital en eventos infecciosos de esa magnitud y velocidad de propagación. La capacidad de respuesta en la atención médica debía entonces obedecer a criterios diferentes y, por ello, se estipuló la adaptación de hospitales y la reconversión de algunos para uso exclusivo de pacientes con COVID-19. En junio de 2020, la OCCDS decidió establecer seis centros regionales donde se agruparon los recursos médicos y servicios hospitalarios para asegurar su disponibilidad. Con esa reordenación sería posible reducir los procesos burocráticos para las transferencias entre líneas administrativas interprovinciales.

---

<sup>13</sup> Por ejemplo, Samsung Life Insurance Co., LG Display Co., entre otras grandes empresas, pusieron a disposición residencias equipadas con algunas camas, señal de Internet y alguna televisión (Yoon 2020; Kim et al. 2021).

Los hospitales y centros de tratamiento fueron designados según gravedad y etapa en el proceso de recuperación. Para tal efecto, el gobierno coreano proveyó de financiamiento adicional a los hospitales especializados en COVID-19 para así incrementar su capacidad y efectividad en el tratamiento y traslado de pacientes.<sup>14</sup> Los pacientes con síntomas moderados, pero con necesidad de hospitalización, fueron admitidos en espacios asignados solo para ellos (aislamiento por cohorte), aunque el nosocomio no estuviera dedicado exclusivamente a tratar enfermos con SARS-COV-2. Esto se entiende especialmente al no haber suficientes cuartos individuales donde ciertamente el aislamiento es mucho más efectivo. La ventaja de este tipo de aislamiento consiste en la posibilidad de poder hacer uso del resto de las instalaciones con un menor riesgo de contagios intrahospitalarios. De cualquier forma, el ingreso a los hospitales ha requerido un estricto proceso de registro y diagnóstico. De acuerdo con la Ley para la Prevención de Enfermedades Infecciosas, el costo del tratamiento contó con la cobertura del gobierno local o central, tanto para coreanos como para extranjeros.

Como parte del tratamiento y protección de la sociedad y las comunidades sanitarias, la cuarentena obligatoria de los casos confirmados leves y asintomáticos también requería de atención y apoyo emocional para que los pacientes lograran aceptar la situación y reconocieran la importancia del aislamiento. Además de las líneas de asistencia telefónica, las autoridades sanitarias y equipos multidisciplinarios enfocados en salud mental se coordinaron desde el inicio de la pandemia para llevar a cabo programas y actividades de apoyo psicológico durante y después de los periodos de aislamiento (Hyun et al. 2020).

Finalmente, para evitar el acaparamiento y alza de precios de cubrebocas originado por el pánico inicial, el gobierno intervino en la compra del 80% de los cubrebocas de los productores coreanos; restringió la exportación y estableció un límite en el precio y la cantidad de máscaras que podían ven-

---

<sup>14</sup> En caso de que alguna región tuviera una explosión en el número de pacientes, y tanto hospitales como ambulancias quedaran rebasados y se requiriera movilizar pacientes o especímenes para diagnóstico, se podría disponer también de ambulancias y helicópteros del servicio de bomberos (Task Force 2020, 72, 74-77).

derse al menudeo. Se priorizó su venta al personal de salud y en instalaciones médicas. No obstante, las medidas fueron relajándose una vez que la oferta y demanda se estabilizaron entre abril y junio de 2020 (Kim et al. 2021).

## Distanciamiento social

Junto con las medidas de intervención 3T, desde el 3 julio de 2020 la estrategia estableció lineamientos de distanciamiento social detallados y específicos para todo tipo de circunstancias, espacios y actividades (MOHW 2020a, 2020b). Estos fueron estipulados originalmente en tres niveles<sup>15</sup> y cambiaban dependiendo de las características del aumento de casos confirmados durante ciertos periodos de tiempo. Esto es, si en el transcurso de dos semanas el incremento era inferior a cincuenta casos, correspondía el nivel 1; si aumentaba de cincuenta a cien se ascendía a nivel 2; pero si el incremento era del orden de más de cien-doscientos duplicándose dos ocasiones en la misma semana, se establecía el nivel 3.<sup>16</sup> Aunque el nivel 3 es menos estricto que las medidas de distanciamiento adoptadas en Estados Unidos y Europa, se creó con el fin de minimizar de forma efectiva las actividades sociales y comerciales en una amplia gama de sectores. Según el nivel 3 de distanciamiento social, casi todas las instalaciones bajo techo y al aire libre, excepto las esenciales, deben cerrar; todos los eventos deportivos están prohibidos; las escuelas deben impartir clases en línea y se solicita el trabajo desde casa (MOHW 2021a).

Las reglas de distanciamiento social no se aplicaron de manera uniforme a nivel nacional, sino por regiones. Generalmente Seúl y la zona metropolitana de la provincia de Gyeonggi como las más pobladas (casi la

---

<sup>15</sup> Desde el 7 de noviembre de 2020 se cambió a un esquema con cinco niveles, aunque más bien se ajustaron niveles intermedios: Nivel 1, 1.5, 2, 2.5 y 3. Véase Kang, Kwong y Kim (2020, 2-8).

<sup>16</sup> Para conocer con detalle los lineamientos por nivel puede revisarse el compendio Task Force (2020, 111-126). Otros lineamientos pueden consultarse en el documento especial “Coronavirus Disease-19” (MOHW 2021a).

mitad de la población del país radica en esta parte del territorio) suelen tener niveles de distanciamiento social más elevados que el resto.

A pesar del éxito relativo en la estrategia para contener la propagación de la enfermedad durante el primer año de la pandemia, se han presentado incidentes de contagio, aunque todavía pueden considerarse limitados a *clusters* pequeños (41%) o de ciertas comunidades (*Statista* 2021, 15). Precisamente por el largo periodo de incubación del virus antes de manifestar síntomas, resultó muy difícil controlar todas las variables involucradas en el proceso, más aún cuando algunos segmentos de la población dieron prioridad a sus necesidades económicas y espirituales, o su derecho democrático a manifestar en las calles sus desavenencias con las medidas gubernamentales. Ante esos episodios, el gobierno surcoreano empleaba las medidas de distanciamiento social sin forzar el cierre generalizado de establecimientos y, al menos en el año previo a la inoculación de vacunas, los contagios podían contenerse en poco tiempo.

### Condiciones de salud y factores de comorbilidad

Desde que se registró el primer caso confirmado en Corea del Sur, el índice de mortalidad ha sido relativamente bajo (1.45%, al 15 de mayo de 2021), sin mucha diferencia entre hombres (1.44%) y mujeres (1.45%). Asimismo, la mayoría de las muertes se registraron en el grupo de mayor edad, especialmente en adultos de más de 80 años (55.06% del total) con un índice de mortalidad de 18.73%, seguido del grupo de 70-79 años (28.38%), cuyo índice de mortalidad era de 5.75%, siendo ambos grupos los más vulnerables a desarrollar complicaciones fatales al sumar más de 83.44% de los casos. Solo tres personas menores de 29 años habían fallecido por causa de COVID-19, en el grupo etario de 30 a 39 únicamente ocho, y en el de 40-49 se contaron quince, por lo que el índice de mortalidad en personas menores de 49 años fue sumamente bajo (0.08%) (véase cuadro 4).

Como muestra el cuadro 4, en Corea del Sur, el grupo etario con mayor riesgo de fallecer por COVID-19 era el integrado por personas mayores de 70 años debido al agotamiento natural del sistema inmune. Además de la edad,

Cuadro 4  
Muertes según sexo y edad (acumulado al 15 de mayo de 2021)

		Muertes totales	%	Índice de letalidad*
Sexo	Hombres	944	49.79	1.44
	Mujeres	952	50.21	1.45
Edad	80 o más	1044	55.06	18.73
	70-79	538	28.38	5.75
	60-69	223	11.76	1.11
	50-59	65	3.43	0.27
	40-49	15	0.79	0.08
	30-39	8	0.42	0.04
	20-29	3	0.16	0.02
	10-19	0	0.00	0.00
	0-9	0	0.00	0.00
Total		1896	100.00	1.45

\* Índice de letalidad = (Muertes totales/Casos confirmados) x 100.

Fuente: Elaboración propia con base en el sitio web del Gobierno de la República de Corea (MOHW 2021b).

existe un consenso general en que las probabilidades de agravar los síntomas y de muerte de pacientes con el nuevo coronavirus se amplían significativamente en los pacientes inmunodeprimidos o afectados por enfermedades crónicas, pues estas degradan más aceleradamente la función inmunológica haciéndolos susceptibles a infecciones (Ji et al. 2020; Kim et al. 2020; Park et al. 2020; So 2020; Choi et al. 2021; Cho et al. 2021).<sup>17</sup> Un estudio de Oh y varios colegas (2021) concluyó que las muertes por COVID-19 se duplicaban cuando se presentaban tales factores de comorbilidad, particularmente en personas mayores de 60 años. Las enfermedades crónicas más comunes en Corea del Sur están relacionadas con fallas en el sistema cardiovascular

<sup>17</sup> La enzima convertidora de angiotensina 2 (*angiotensin-converting enzyme 2*) es un receptor funcional del SARS-COV-2, el cual se encuentra abundantemente en el tejido cardiaco, pulmonar, intestinal y renal; así que enfermedades asociadas con esos tejidos tornan a quienes las padecen eminentemente vulnerables al virus en cuestión (NCBI 2021).

y pulmonares, y son precisamente esas las principales condiciones que presentan los casos fatales de COVID-19. Datos estadísticos iniciales indican que más de 60% de quienes contrajeron el virus, desarrollaron síntomas críticos y fallecieron, presentaban condiciones subyacentes en el sistema circulatorio como hipertensión, arritmia, infartos al miocardio y cerebrales (véase gráfica 2). Otros estudios de cohorte identificaron varias enfermedades respiratorias crónicas que también incrementaban el riesgo de una mayor mortalidad de pacientes hospitalizados por COVID-19 (Oh y Song 2021).

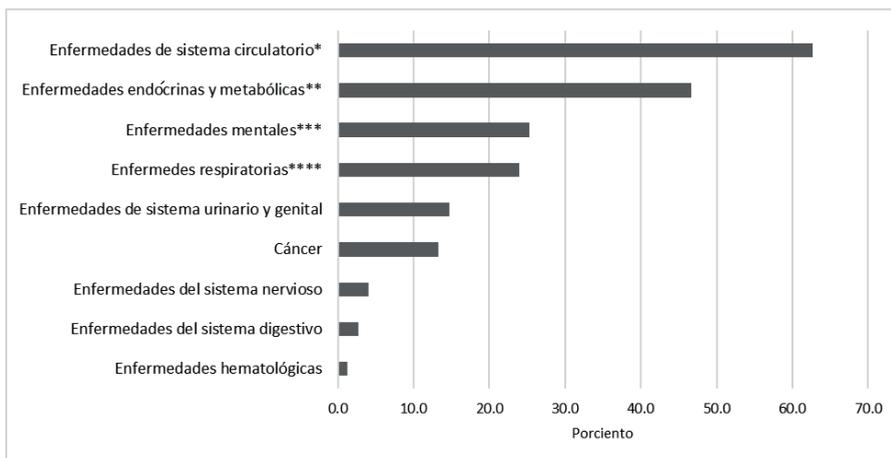
La genética coreana no es diferente a la de otros pacientes en el mundo en cuanto a la vulnerabilidad que ciertas enfermedades crónicas imponen a quienes se contagian del SARS-COV-2. Varias de estas enfermedades están relacionadas con estilos y hábitos de vida propios de sociedades industrializadas, más longevas y proclives a desempeñar actividades estresantes. Desde hace varias décadas, las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y neoplasias han predominado como principales causas de muerte en Corea (véase gráfica 3). Las enfermedades mentales aparecen como una causa significativa de defunción en pacientes con COVID-19, pero no como causa predominante en general. En este caso, la demencia, especialmente aquella causada por accidentes vasculares (Wang et al. 2021),<sup>18</sup> suele también estar asociada con la edad avanzada, lo cual es un agravante multifactorial de severidad y mortalidad; la demencia como factor de riesgo también podría estar coligada con los medicamentos para estas enfermedades como agentes que potencian la vulnerabilidad, más que por trastornos mentales o enfermedades del sistema nervioso *per se*.

Por su parte, la correlación de síntomas severos y mortalidad por COVID-19 con enfermedades metabólicas, como la diabetes y la obesidad,

---

<sup>18</sup> Wang y sus colaboradores (2021) encontraron que la demencia causada por daños en los vasos que proveen de sangre al cerebro conduce a mayor riesgo ante COVID-19 y sus complicaciones, pues expone con mayor amplitud al cerebro al ataque de infecciones bacterianas y virales. En el estudio basado en datos de Estados Unidos también se sugirió que las personas con demencia eran más susceptibles de padecer COVID-19, pues su condición les impide tener plena conciencia de las medidas de seguridad y protección sanitaria.

Gráfica 2  
Prevalencia de enfermedades crónicas y mortalidad en pacientes con COVID-19 en Corea del Sur, marzo de 2020 (%)



Fuente: Elaboración propia con base en So (2020).

\* Infarto al miocardio, infarto cerebral, arritmia, hipertensión, etc.

\*\* Diabetes, hipotiroidismo, etc.

\*\*\* Demencia, esquizofrenia, etc.

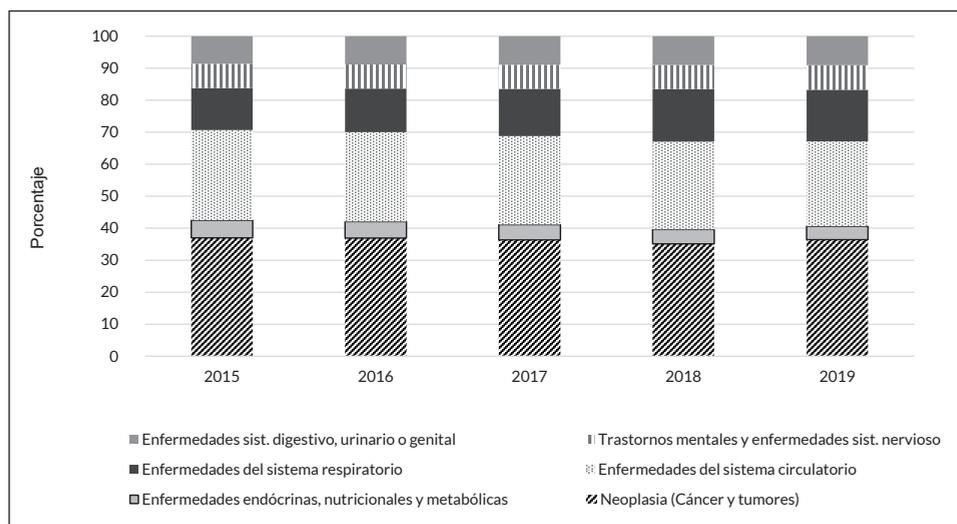
\*\*\*\* Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, etc.

comenzó a representar un problema de salud pública. La diabetes asociada con la obesidad es producto del estilo de vida urbano, más sedentario y de hábitos alimenticios inadecuados (véase gráfica 4),<sup>19</sup> especialmente en los estratos económicos más bajos (KDA 2020, 10). Si bien estas enfermedades metabólicas crónicas constituyen los factores primarios de comorbilidad para la COVID-19, podría ser que, estadísticamente, el número de muertes por esa enfermedad no coincida en la misma magnitud que las principales enfermedades crónicas. Por ejemplo, como muestra la gráfica 3, la diabetes no es una de las primeras causas de muerte en Corea;<sup>20</sup> sin embargo, es un

<sup>19</sup> Según la KDA (2020, 18), 53.2% de las personas con diabetes son obesas y 11.7% tienen obesidad Clase II (Índice de Masa Muscular 30.0-34.9).

<sup>20</sup> En México, la diabetes mellitus es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda entre los hombres (INSP 2021).

Gráfica 3  
Principales causas de muerte, 2015-2019

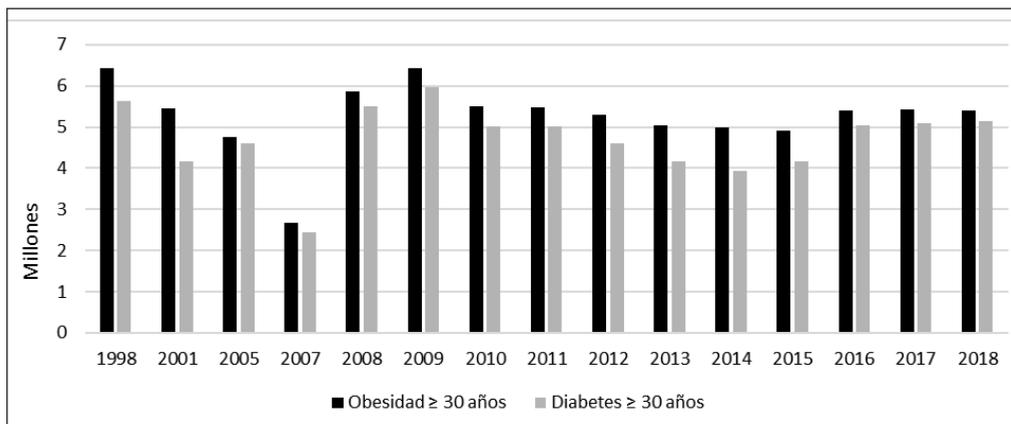


Fuente: Elaboración propia con base en kosis (2021c).

factor que compromete y agrava la capacidad inmunológica ante el SARS-cov-2 y por eso se refleja de manera prominente en la gráfica 2.

Un estudio de cohorte identificó que la diabetes en Corea tiene un impacto independiente a otras enfermedades crónicas en la severidad de síntomas de la COVID-19; por tanto, representó un mayor riesgo de hospitalización y complicaciones que pudieron concluir en la muerte (Moon et al. 2020; Choi et al. 2021). Según el último reporte de la Asociación Coreana de Diabetes, el número de coreanos con ese padecimiento crece de manera constante cada año; en 2012, uno de cada diez adultos mayores de 30 años tenía diabetes y había 10 millones de diabéticos en Corea; en 2020 era uno de cada siete y 14.4 millones de personas. Casi 30% de las personas mayores de 65 años la padecen (KDA 2020). El problema es que, como informó la Asociación Coreana de Diabetes, tres de cada diez coreanos que padecen la enfermedad no reconocieron tenerla, y solo 60% de quienes sí lo sabían recibían tratamiento; lo anterior representa una gran contrariedad, pues esta condición suele ir acompañada por número significativo de enfermedades, incluyendo aquellas que multiplican el riesgo de complicaciones macro y

Gráfica 4  
Correlación entre obesidad y diabetes  
en Corea del Sur (millones de habitantes)



Fuente: Elaboración propia con base en kosis (2021a).

microvasculares fatales, así como hipertensión e hipercolesterolemia y muchos otros trastornos metabólicos y cardiopatías.

Este conocimiento debería ser útil para emprender medidas preventivas, que incluyen el cambio de hábitos coligados a la actividad física y la alimentación, pero también para el tratamiento de la COVID-19, la asignación de prioridades en el proceso de inmunización por la administración de vacunas y, obviamente, para predecir la severidad y proporcionar una adecuada intervención clínica (Kim et al. 2020; Choi et al. 2021).

En resumen, la sociedad surcoreana no estuvo exenta de sufrir las mismas comorbilidades que en otros países altamente urbanizados, especialmente en enfermedades crónicas del sistema cardiaco y respiratorio, así como trastornos metabólicos como la diabetes que potencian la gravedad de síntomas de COVID-19. La ventaja en el caso de Corea del Sur es que la población ha contado con un seguro de salud universal cuyos registros brindaron información sumamente valiosa para la predicción y tratamiento de quienes la contrajeron. En parte, gracias a eso también podría deberse que

la mortalidad causada por el nuevo coronavirus siguió siendo reducida en comparación con otros casos en el mundo.

## Participación en mecanismos de cooperación internacional

Desde hace varios años el gobierno surcoreano descubrió la importancia de la cooperación internacional, tanto para resolver problemas como para fortalecer el prestigio del país. Ciertamente, Corea del Sur tiene méritos para ser reconocido como caso exitoso en gran diversidad de temas, incluyendo la pandemia. Este es un episodio trascendental de la humanidad cuya solución requiere una activa coordinación multilateral, pero en el que muchos países no cuentan con los recursos ni las capacidades para frenar el avance de la enfermedad en sus propios territorios. Corea entonces se ha presentado como un líder en condiciones de promover la acción colectiva y, además, de compartir su experiencia en la contención de contagios y la mitigación de las dificultades económicas ocasionadas por políticas de aislamiento. Así, aunque Corea ha seguido medidas estándar de respuesta epidemiológica (como la promoción de hábitos de higiene, el distanciamiento social, la instalación de centros de atención a emergencias y una agencia para el control de enfermedades infecciosas), también ha diseñado intervenciones innovadoras y eficaces que podrían ser compatibles con diversos sistemas de salud en otras partes del mundo. En reconocimiento de sus logros, el primer ministro británico Boris Johnson invitó al presidente surcoreano Moon Jae-in a una cumbre presencial del Grupo de los Siete (G7), programada para junio de 2021. En la carta de invitación, Johnson consideró “importante que ‘la voz’ de Corea del Sur se refleje en los esfuerzos globales para poner fin a la situación de la COVID-19 y prevenir otra pandemia, así como para proteger el libre comercio y responder al cambio climático” (*Yonhap* 2021).

Dada su dependencia económica del sector externo y de las exportaciones, Corea del Sur es un país sumamente interesado en promover la pronta apertura comercial y productiva, en las escalas regional y global. Para ello, varias instancias del gobierno coreano acudieron a diversos foros bilaterales y multilaterales, cumbres de líderes y mecanismos de cooperación

internacional para coordinar políticas, llamar a la solidaridad y a la asistencia humanitaria, y exponer su experiencia, incluyendo cómo llevar a cabo elecciones en la pandemia. Por ejemplo, el mismo presidente Moon Jae-in estuvo “presente” en la Cumbre Extraordinaria del G20, en marzo de 2020; en las cumbres de ASEAN+3, en abril y noviembre, y en la Asamblea de Salud Mundial de la OMS, en mayo; todas estas conferencias fueron realizadas en formato virtual. Asimismo, el presidente Moon participó en reuniones con líderes de la Unión Europea, en junio de 2020, y ha realizado varias llamadas telefónicas con sus homólogos en todo el mundo en las que se acuerdan compromisos de cooperación bilateral. Cabe mencionar que Moon asistió físicamente a la reunión del G7.

En el discurso por videoconferencia ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, en septiembre de 2020, anunció el apoyo coreano a las iniciativas de financiamiento global para el abastecimiento de vacunas a países en desarrollo y propuso la creación de un mecanismo regional que podría llamarse Iniciativa de Cooperación del Nordeste Asiático para el Control de Enfermedades Infecciosas y Salud Pública que involucre a las dos Coreas, China, Japón y Mongolia (ROK 2020a), enfatizando en la idea del “multilateralismo inclusivo” como la manera más efectiva de contener la propagación de infecciones transfronterizas. En enero de 2021, Moon Jae-in pronunció un discurso especial en una reunión en línea del Foro Económico Mundial en el que compartió las medidas tomadas para aliviar las penurias causadas por la contracción económica mundial y sus planes de reactivación, especialmente mediante la iniciativa Korea New Deal y el empleo de las TIC (ROK 2020c). Sobre la lucha contra la epidemia, Moon enfatizó que la solidaridad y cooperación internacional son las armas más fuertes, en franca crítica al “nacionalismo de las vacunas” por parte de países que asumieron actitudes egoístas con respecto del suministro de vacunas en lugar de realizar esfuerzos para asegurar su distribución “equitativa”.

A nivel ministerial y técnico (especialmente altos funcionarios de las agencias sanitarias), el gobierno también participó en numerosos eventos virtuales y semipresenciales mediante los cuales fueron discutidas las maneras para cooperar en el desarrollo de vacunas y de tratamientos contra el

nuevo coronavirus; abogó por la solidaridad internacional y la apertura; y expuso la experiencia coreana de prevención y control de la pandemia. En particular, los ministerios de Asuntos Exteriores (MAE) y de Salud y Bienestar (MSB) registraron una intensa actividad a lo largo del primer año de la pandemia, encaminada a mantener abiertos los canales de comunicación en todos los niveles, multilateral y bilateral, regional, interregional y mundial, para promover y reforzar la posición coreana.

Por ejemplo, la entonces ministra de Asuntos Exteriores participó en reuniones de ministros del G20, en abril de 2020, en conferencias tripartitas con sus contrapartes de Japón y China, y en la Asamblea Mundial de Salud en mayo. En noviembre de ese año, tuvo lugar en Seúl el Foro de Cooperación para el Futuro entre Corea del Sur y América Latina y el Caribe 2020, coorganizado por el MAE y el MSB de Corea del Sur, con la participación de ministros y viceministros de Ecuador, Panamá, Costa Rica y Colombia. La directora de la KCDC, Jeong Eun-kyeong, dialogó con muchos de sus colegas en todo el mundo, incluyendo a Anthony Fauci, el director del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos, quien elogió la respuesta coreana a la pandemia (*Yonhap* 2020d). Asimismo, el gobierno ha fomentado el establecimiento de grupos *ad hoc* en el marco de organizaciones internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, por sus siglas en inglés), en los cuales participa en su estructura ejecutiva.

Además de las labores diplomáticas, el gobierno surcoreano también emprendió una campaña internacional para proveer equipos e insumos médicos relacionados con las necesidades impuestas por la pandemia, principalmente kits de diagnóstico, máscaras de protección y cubrebocas quirúrgicos. Para ello, apoyó la vinculación de sus propias empresas exportadoras con gobiernos de otros países interesados en sus productos. La campaña también incluyó apoyo humanitario para proveer esos bienes de manera accesible y asistencia sanitaria a más de 120 países. La ayuda fue canalizada a través de medios bilaterales, de mecanismos multilaterales intergubernamentales como la OMS (por ejemplo, en el proyecto global de

vacunas de la OMS, conocido como COVAX)<sup>21</sup> y del fondo para la respuesta y la recuperación de COVID-19 de la Secretaría General de la ONU, entre otros.

La ayuda del gobierno coreano en financiamiento y en especie incluye la iniciativa ODA KOREA: Building TRUST, mediante la cual el MAE proveyó millones de dólares en subvenciones y programas para fortalecer la capacidad material y humana de los sistemas de salud de más de 120 países ante enfermedades infecciosas con el Programa de Respuesta Rápida y Comprensiva COVID-19. La Agencia Coreana para la Cooperación Internacional (KOICA, por sus siglas en inglés) introdujo el Programa ABC (KOICA 2021) como su mecanismo de respuesta de cooperación internacional a la pandemia, consistente en tres ejes: *Action on Fragility, Building Capacity* y *Comprehensive Cooperation* (Acción ante la Fragilidad, Construcción de Capacidad y Cooperación Integral). El eje A busca cooperar en la provisión dispositivos de diagnóstico, mejorar el tratamiento en grupos vulnerables y el desarrollo de medicamentos y vacunas; el eje B pretende establecer formas eficientes de prevención, detección temprana y respuesta rápida, así como fortalecer el sistema de salud; el eje C tiene como objetivo compartir las lecciones aprendidas, fomentar la solidaridad global e identificar tecnología innovadora y relevante mediante investigación y desarrollo.

Por las características y formas de contagio del SARS-COV-2, la pandemia ha impuesto varios retos a la humanidad, cada uno de enormes proporciones. Queda claro que ningún país, por poderoso que sea, es capaz de resolver o sobrellevar en aislamiento los estragos que esta conlleva. Uno de esos grandes desafíos es el desarrollo de una vacuna que cumpla con los requisitos básicos de seguridad y efectividad. El gobierno coreano ha contribuido desde hace varios años a la investigación y desarrollo, entrenamiento, transferencia de

---

<sup>21</sup> COVAX es el Acelerador del Acceso a las Herramientas contra la COVID-19 y desde abril de 2020 busca coordinar los esfuerzos de colaboración para el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las pruebas diagnósticas, los tratamientos y las vacunas. Participan en él diversas organizaciones con el objetivo de poner fin a la pandemia. El COVAX reúne a gobiernos, científicos, empresas, organizaciones de la sociedad civil y filántropos, y organizaciones sanitarias mundiales. Véase WHO (2021).

tecnología y proceso de producción de vacunas, así como a su distribución equitativa en los países y sociedades más vulnerables. Una muestra de ello es su condición como sede del Instituto Internacional de Vacunas (IIV),<sup>22</sup> fundado en 1997 por la iniciativa del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP, por sus siglas en inglés). El IIV es una organización internacional sin fines de lucro dedicada al descubrimiento, desarrollo y suministro de vacunas seguras, efectivas y asequibles para la salud pública global, especialmente para países de bajos ingresos. El instituto ha recibido financiamiento de otros gobiernos y de organizaciones filantrópicas, y ha establecido consorcios y asociaciones de colaboración con universidades, empresas farmacéuticas públicas y privadas, tanto coreanas como extranjeras.

Además de alojar y promover las actividades del IIV, Corea también participa como parte del Consejo del COVAX, liderado por la OMS; colabora con la organización Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (GAVI);<sup>23</sup> y contribuye financieramente en la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI, por sus siglas en inglés).<sup>24</sup>

## Conclusiones

El programa de vacunación en Corea inició el 26 de febrero de 2021, bastante más tarde que otros países de renta alta que comenzaron la inoculación masiva desde finales de 2020. Como el resto de la humanidad, espera que, una vez alcanzado un porcentaje mayoritario de la población vacunada, aunado al establecimiento de la inmunidad de rebaño, las actividades sociales y económicas puedan reanudarse de manera irrestricta, aunque seguramente para entonces se habrán incorporado muchas prácticas de interacción social y laboral normalizadas durante la pandemia como la sana distancia y los minuciosos hábitos de higiene, así como el teletrabajo. Mientras Corea del Sur

---

<sup>22</sup> Para más información respecto del IIV véase su sitio web en <https://www.ivi.int/>.

<sup>23</sup> Para más información sobre la Alianza véase su sitio web en <https://www.gavi.org/>.

<sup>24</sup> Para más información respecto a la Coalición véase su sitio web en <https://cepi.net/>.

se dirige a ese punto, el gobierno ha llevado a cabo un programa sanitario que puede calificarse de efectivo en los propósitos de conservar la salud y mantener una economía relativamente abierta.

La rápida respuesta del gobierno y la aquiescencia de la sociedad a las medidas y protocolos sanitarios durante los meses iniciales de la pandemia de COVID-19 son parte de las características más luminosas de la experiencia surcoreana. Empero, la clave del éxito en el manejo de la crisis no se debe a circunstancias fortuitas, sino a la preparación institucional e industrial de Corea. Las experiencias previas con el SARS y el MERS lo impulsó a llevar a cabo reformas que propiciaron la coordinación público-privada y la de consolidación de agencias autónomas. Con el nuevo esquema institucional, las medidas de intervención lograron contener la propagación del virus, enfocar mejor el uso de recursos médicos y hospitalarios, y mitigar las consecuencias negativas en salud pública y la economía. Después de tres olas de contagio, el gobierno coreano fue capaz de aplanar la curva rápidamente y mantener los índices de mortalidad relativamente bajos. Esto demuestra que ese país cuenta con un gobierno competente y una sociedad que, en general, coopera por lo que considera el bien común.

A pesar del éxito en el control de las infecciones y de la actividad económica, la fatiga social por las medidas de distanciamiento, el estrés del aislamiento y la incertidumbre económica representan un gran reto para mantener el paso y el ánimo de cooperar. El tamaño de la tercera ola (véase gráfica 1) y la que empezó a formarse en junio de 2021 demuestran esta comprensible flaqueza, lo que demanda un renovado contrato social. Por ello, aun cuando la política de contención fue ejemplar, el reto principal para la sociedad surcoreana es aprender a vivir con este coronavirus y los que seguramente surgirán en los tiempos por venir.

## Referencias bibliográficas

- Campbell, Matthew y Heesu Lee. 2020. "South Korea's Blueprint for Success". *Bloomberg*, 10 de diciembre de 2020. [https://www.bloomberg.com/features/2020-south-korea-covid-strategy/?cmpid=BD121120\\_CORONAVIRUS&utm\\_medium=email&utm\\_source=newsletter&utm\\_term=201211&utm\\_campaign=coronavirus](https://www.bloomberg.com/features/2020-south-korea-covid-strategy/?cmpid=BD121120_CORONAVIRUS&utm_medium=email&utm_source=newsletter&utm_term=201211&utm_campaign=coronavirus).
- Cho, Soo Ick, Susie Yoon y Ho Jin Lee. 2021. "Impact of Comorbidity Burden on Mortality in Patients with COVID-19 Using the Korean Health Insurance Database". *Nature. Scientific Reports* 11 (6375): 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85813-2>.
- Choi, Yong Jun, Ju-Young Park, Hye Sun Lee, Jin Suh, Jeung Yoon Song, Min-Kwang Byun, Jae Hwa Cho, Hyung Jung Kim y Hye Jung Park. 2021. "Variable Effects of Underlying Diseases on the Prognosis of Patients with Covid-19". *PLoS ONE* 16 (7): e0254258. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254258>.
- Hyun, Jinhee, Sungeun You, Sunju Sohn, Seok-Joo Kim, Jeongyeon Bae, Myungjae Baik, In Hee Cho, Hyunjung Choi, Kyeongsook Choi, Chan-Seung Chung, Chanyoung Jeong, Hyesun Joo, Eunji Kim, Hee-guk Kim, Hyun Soo Kim, Jinsun Ko, Jung Hyun Lee, Sang Min Lee, So Hee Lee y Un Sun Chung. 2020. "Psychosocial Support during the Covid-19 Outbreak in Korea: Activities of Multidisciplinary Mental Health Professionals". *Journal of Korean Medical Science* 35 (22): e211. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e211>.
- INSP (Instituto Nacional de Salud Pública). "Diabetes en México". Consultado el 29 de julio de 2021. <https://www.insp.mx/avisos/3652-diabetes-en-mexico.html#sup1>.
- Ji, Wonjun, Kyungmin Huh, Minsun, Kang, Jinwook Hong, Gi Hwan Bae, Rugeom Lee, Jaehun Jung. 2020. "Effect of Underlying Comorbidities on the Infection and Severity of Covid-19 in Korea: a Nationwide Case-Control Study". *Journal of Korean Medical Science* 35 (25): e237. [doi:10.3346/jkms.2020.35.e237](https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e237).
- Kang, Hyunjin, Soonman Kwon y Eunkyong Kim. 2020. "Covid-19 Health System Response Monitor: Republic of Korea". En *Asia Pacific Obser-*

- vatory on Health Systems and Policies*. Editado por Issac Anns. Nueva Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337371/9789290228219-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- KDA (Korea Diabetes Association). 2020. “Diabetes Fact Sheet in Korea, 2020”. <https://www.diabetes.or.kr/pro/news/admin.php?category=A&mode=list>.
- Kim, Dong Wook, Kyeong Hyang Byeon, Jaiyong Kim, Kyu Dong Cho y Nakyoung Lee. 2020. “The Correlation of Comorbidities on the Mortality in Patients with COVID-19: an Observational Study Based on the Korean National Health Insurance Big Data”. *Journal of Korean Medical Science* 35 (26). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338208/>.
- Kim, June-Ho, Julia Ah-Reum An, SeungJu Jackie Oh, Juhwan Oh y Jong-Koo Lee. 2021. “Emerging Covid-19 Success Story: South Korea Learned the Lessons of Mers”. *Exemplars in Global Health. Our World In Data*, 5 de marzo de 2021. <https://ourworldindata.org/covid-exemplar-south-korea?country=>.
- Kim, K.H., T.E. Tandi, J.W. Choi, J.M. Moon y M.S. Kim. 2016. “Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-COV) Outbreak in South Korea, 2015: Epidemiology, Characteristics and Public Health Implications”. *Journal of Hospital Infection* 95 (2): 207-213. doi 10.1016/j.jhin.2016.10.008.
- KOICA (Korea International Cooperation Agency). 2021. “ABC Program”. Consultado el 29 de julio de 2021. <http://www.koica.go.kr/covid19/8018/subview.do>.
- KOSIS (Korea Statistical Information Center). 2021a. “Chronic Disease: Diabetes” y “Chronic Disease: Obesity”. Consultado el 29 de julio de 2021. <https://kosis.kr/eng/index/index.do>.
- KOSIS (Korea Statistical Information Center). 2021b. “Employed Persons by Size of Employment”. Consultado el 29 de julio de 2021. <https://kosis.kr/eng/index/index.do>.

- KOSIS (Korea Statistical Information Center). 2021c. “Deaths and Death Rates by Cause”. Consultado el 29 de julio de 2021. <https://kosis.kr/eng/index/index.do>.
- MOEF (Ministry of Economy and Finance). 2021. “Republic of Korea Economic Bulletin”. *Economic Bulletin* 43 (7). Sejong: MOEF. <https://english.moef.go.kr/pu/selectTbPublicDtl.do?boardCd=P0002&seq=>.
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2015. “Measures to Reform National Infection Prevention and Control System for the Purpose of Immediate Response to Emerging Infectious Diseases”. Consultado el 1 de septiembre de 2015. [https://www.mohw.go.kr/eng/nw/nw0101vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=1007&MENU\\_ID=100701&page=1&CONT\\_SEQ=326060](https://www.mohw.go.kr/eng/nw/nw0101vw.jsp?PAR_MENU_ID=1007&MENU_ID=100701&page=1&CONT_SEQ=326060).
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2020a. *Detailed Guidelines for Social Distancing. Third Edition*. [http://ncov.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1597803843197\\_20200819112403.pdf&rs=/upload/viewer/result/202107/](http://ncov.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1597803843197_20200819112403.pdf&rs=/upload/viewer/result/202107/).
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2020b. “Regular Briefing of CDSC HQ on COVID-19”. [http://ncov.mohw.go.kr/tcmBoardView.do?brdId=&brdGubun=&dataGubun=&ncvContSeq=355170&contSeq=355170&board\\_id=&gubun=ALL#](http://ncov.mohw.go.kr/tcmBoardView.do?brdId=&brdGubun=&dataGubun=&ncvContSeq=355170&contSeq=355170&board_id=&gubun=ALL#).
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2021a. “Coronavirus Disease-19, Republic of Korea”. Consultado el 15 de mayo de 2021. <http://ncov.mohw.go.kr/en/>.
- MOHW (Ministry of Health and Welfare). 2021b. “Updates on COVID-19 in Republic of Korea (as of 21 February)”. Consultado en mayo de 2021. <http://ncov.mohw.go.kr/en/>.
- Moon, Sun Joon, Eun-Jung Rhee, Jin-Hyung Jung, Kyung-Do Han, Sung-Rae Kim, Won-Young Lee y Kun-Ho Yoon. 2020. “Independent Impact of Diabetes on the Severity of Coronavirus Disease 2019 in 5,307 Patients in South Korea: A Nationwide Cohort Study”. *Diabetes & Metabolism Journal* 44 (5): 737-746. doi:10.4093/dmj.2020.0141.
- NCBI (National Center for Biotechnology Information). 2021. “ACE2 Angiotensin Converting Enzyme 2 [Homo sapiens (human)]”. Última

- modificación el 27 de marzo de 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/59272>.
- OECD (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico). 2021. “Health Statistics-Health Care Resources”. Consultado el 29 de julio de 2021. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-care-resources\\_data-00541-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-health-care-resources_data-00541-en) y <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>.
- Oh, Juhwan, Jong-Koo Lee, Dan Schwarz, Hannah L. Ratcliffe, Jeffrey F. Markuns y Lisa R. Hirschhorn. 2020. “National Response to COVID-19 in the Republic of Korea and Lessons Learned for Other Countries”. *Health Systems & Reform* 6 (1): e1753464. doi10.1080/23288604.2020.1753464.
- Oh, Tak Kyu y In-Ae Song. 2021. “Impact of Coronavirus Disease-2019 on Chronic Respiratory Disease in South Korea: an NHIS COVID-19 Database Cohort Study.” *BMC Pulmonary Medicine* 21 (1). doi10.1186/s12890-020-01387-1.
- Oh, Tak Kyu, In-Ae Song, Kyoung-Ho Song y Young-Tae Jeon. 2021. “Comparison All-Cause Mortality between Individuals with COVID-19 and Propensity-Score-Matched Individuals without COVID-19 in South Korea”. *Open Forum Infectious Diseases* 8 (4): 1-7. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab057>.
- Park, Hyun-Young, Jung Hyun Lee, Nam-Kyoo Lim, Do Sang Lim, Sung Ok Hong, Mi-Jin Park y EunKyeong Jeong. 2020. “Presenting Characteristics and Clinical Outcome of Patients with COVID-19 in South Korea: A Nationwide Retrospective Observational Study”. *The Lancet Regional Health-Western Pacific* 5 (100061): 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100061>.
- Park, June. 2020. “Tracking COVID-19 in the Age of AI and Tech Wars”. *Asia Pacific Bulletin* 517: 1-2. <https://www.eastwestcenter.org/publications/tracking-covid-19-in-the-age-ai-and-tech-wars>.
- Phua, Jason, Mohammad Omar Faruq, Atul P Kulkarni, Ike Sri Redjeki, Khamsay Detleuxay, Naranpurev Mendsaikhan, Kyi Kyi Sann, Babu Raja Shrestha, Madiha Hashmi, Jose Emmanuel M Palo, Rashan Haniffa, Chunting Wang, Seyed Mohammad Reza Hashemian, Aidos Konkayev,

- Mohd Basri Mat Nor, Boonsong Patjanasontorn, Khalid Mahmood Khan Nafees, Lowell Ling, Masaji Nishimura, Maher Jaffer Al Bahrani, Yaseen M Arabi, Chae-Man Lim y Wen-Feng Fang. 2020. “Critical Care Bed Capacity in Asian Countries and Regions”. *Critical Care Medicine* 48 (5): 654-662. doi10.1097/CCM.0000000000004222.
- ROK (Government of the Republic of Korea). 2020a. “Address by President Moon Jae-in at 75th Session of United Nations General Assembly”. *Speeches & Remarks Briefings*, 23 de septiembre de 2020. <http://english1.president.go.kr/BriefingSpeeches/Speeches/881>.
- ROK (Government of the Republic of Korea). 2020b. “Flattening the Curve on Covid-19: How Korea Responded to a Pandemic Using ICT”. Consultado el 11 de mayo de 2020. [http://www.moef.go.kr/com/cmm/fms/FileDown.do?atchFileId=ATCH\\_000000000013739&fileSn=2](http://www.moef.go.kr/com/cmm/fms/FileDown.do?atchFileId=ATCH_000000000013739&fileSn=2).
- ROK (Government of the Republic of Korea). 2020c. *National Strategy for a Great Transformation: Korean New Deal*. Sejong: Republic of Korea. <https://english.moef.go.kr/pc/selectTbPressCenterDtl.do?boardCd=N0001&seq=4948>.
- So, Won. 2020. “Chronic Disease Distribution of COVID-19 Death Cases South Korea 2020”. *Statista. Coronavirus (Covid-19) in South Korea-Statistics & Facts*, 3 de abril de 2020. <https://www.statista.com/topics/6082/coronavirus-covid-19-in-south-korea/>.
- Statista. 2021. “Coronavirus (Covid-19) in South Korea. Statistics & Facts”. Última modificación el 20 de enero de 2022. <https://www.statista.com/topics/6082/coronavirus-covid-19-in-south-korea/>.
- Task Force. 2020. “All about Korea’s Response to COVID-19”. Consultado en febrero de 2021. [http://ncov.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1602724510959\\_20201015101517.pdf&rs=/upload/viewer/result/202102/](http://ncov.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1602724510959_20201015101517.pdf&rs=/upload/viewer/result/202102/).
- Wang, QuanQiu, Pamela B. Davis, Mark E. Gurney y Rong Xu. 2021. “COVID-19 and Dementia: Analyses of Risk, Disparity, and Outcomes from Electronic Health Records in the us”. *Alzheimer’s & Dementia*. <https://doi.org/10.1002/alz.12296>.

- WHO (World Health Organization). “COVAX: colaboración para un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19”. Consultado el 29 de julio de 2021. <https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>.
- Yonhap*. 2020a. “Corea del Sur considera pulseras para prevenir que las personas en auto cuarentena salgan afuera”. *Yonhap*, 7 de abril de 2020. <https://m-sp.yna.co.kr/view/MYH20200407012100883?section=search>.
- Yonhap*. 2020b. “KDI: Corea del Sur ve señales crecientes de recuperación económica”. *Yonhap*, 9 de agosto de 2020. <https://sp.yna.co.kr/view/ASP20200809000900883>.
- Yonhap*. 2020c. “La OCDE aumenta el pronóstico de crecimiento económico de Corea del Sur para este año”. *Yonhap*, 11 de agosto de 2020. <https://sp.yna.co.kr/view/ASP20200811002500883>.
- Yonhap*. 2020d. “Los jefes de las agencias sanitarias de Corea del Sur y EE.UU. fomentarán la cooperación en la lucha contra la pandemia”. *Yonhap*, 30 de diciembre de 2020. <https://sp.yna.co.kr/view/ASP20201230002300883?section=search>.
- Yonhap*. 2021. “Moon aceptará la invitación del Reino Unido a la cumbre del G-7”. *Yonhap*, 22 de enero de 2021. <https://sp.yna.co.kr/view/ASP20210122003300883?section=national/index>.
- Yoon, Dasl. 2020. “How South Korea Solved its Acute Hospital-Bed Shortage”. *The Wall Street Journal*, 22 de marzo de 2020. <https://www.wsj.com/articles/how-south-korea-solved-its-acute-hospital-bed-shortage-11584874801>.
- Zastrow, Mark. 2020. “How South Korea Prevented a Coronavirus Disaster—and Why the Battle Isn’t Over”. *National Geographic*, 20 de mayo de 2020. <https://www.nationalgeographic.com/science/article/how-south-korea-prevented-coronavirus-disaster-why-battle-is-not-over>.

# 7 Malasia: del éxito en la contención a las dificultades de la mitigación

Juan José Ramírez Bonilla

## Introducción

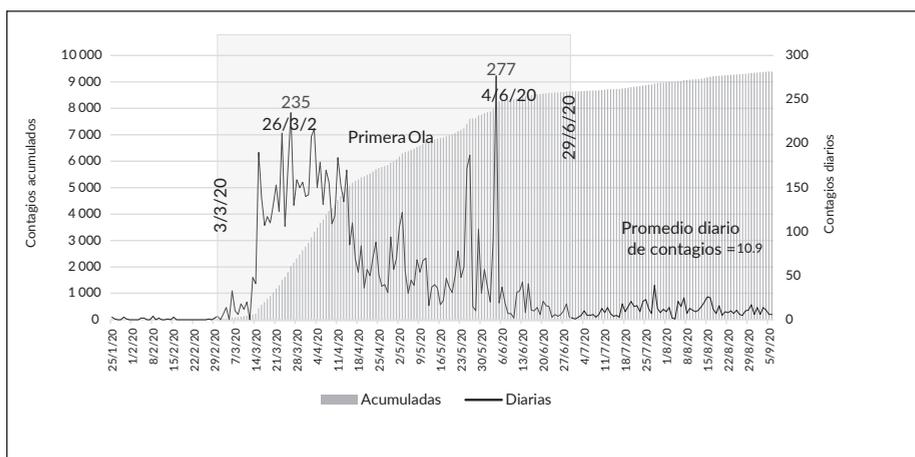
La experiencia del gobierno de Malasia en la administración de la pandemia del SARS-COV-2 es peculiar: está marcada por el éxito en la contención de la primera ola de infecciones y por las dificultades para controlar la segunda. En primer lugar, esta vivencia permite confirmar la tesis de que la pandemia ha sido un fenómeno esencialmente social; esto es, la difusión de los contagios ha dependido de la disciplina de la población y de la capacidad de las autoridades gubernamentales para poner en práctica las medidas necesarias para limitar, en el tiempo y en el espacio, el contacto entre personas enfermas e individuos sanos. En segundo lugar, también demuestra que el relajamiento de la vigilancia del estado, en cualquier momento, puede propiciar la multiplicación de los contagios. En tercera instancia, el caso malasio ilustra las tensiones existentes en el seno de diferentes grupos sociales, cuyas condiciones de vida o intereses particulares los han llevado a romper la disciplina sanitaria y a provocar la difusión del virus.

En este marco, no debe perderse de vista que la pandemia es un fenómeno social dinámico y que el control sobre ella siempre será relativo, mientras no sea alcanzada la inmunización permanente mediante la vacunación de una proporción considerable de la población. Por nuestra parte, para medir la efectividad de la política sanitaria de las autoridades malasias recurrimos al criterio establecido por Hugo López Gatell Ramírez: la contención o la mitigación de la pandemia son alcanzadas cuando las medidas sanitarias permitan reducir los contagios al 5% del valor máximo obtenido durante un periodo específico (Gobierno de México 2020).

Teniendo en cuenta estos elementos, mostraremos que la política sanitaria contra la COVID-19 en Malasia puede ser considerada de manera ambivalente: exitosa en la contención del virus durante la ola inicial de contagios y problemática para mantener la disciplina sanitaria de la población durante la segunda cresta, con la consecuente multiplicación de los contagios y las dificultades gubernamentales para mitigarlos. Para sostener nuestra caracterización de la política sanitaria como ambivalente, hemos dividido la dinámica de los contagios en dos fases.

La primera fase va del 25 de enero al 6 de septiembre de 2020 e incluye tres periodos cuantitativa y cualitativamente diferentes (véase gráfica 1). El primero abarca hasta el 2 de marzo y se caracteriza por una importación lenta de las primeras infecciones; en efecto, durante los 38 días de esta etapa inicial se registraron 29 contagios y el promedio fue de 0.75 por día. El segundo periodo comprende del 3 de marzo al 28 de junio y está marcado por la primera ola de infecciones de transmisión local: comenzó con 36 contagios que aumentaron progresivamente hasta alcanzar dos valores máximos de 235, el 26 de marzo, y de 277, el 4 de junio; el 29 de junio los contagios retrocedieron

Gráfica 1  
Primera fase de la pandemia, 25 de enero-6 de septiembre de 2020



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020).

hasta 3, equivalentes al 1.08 % del máximo alcanzado el 4 de junio. El tercero recorre del 29 de junio al 6 de septiembre y, aun cuando el número diario de contagios fue variable, durante los 69 días que duró, el promedio diario de infecciones fue 10.9, equivalente al 3.93 % del máximo alcanzado el 4 de junio. Por esta razón consideramos que el gobierno malasio tuvo la capacidad de contener la primera ola de la pandemia de manera efectiva.

La segunda fase de la pandemia corresponde al periodo del 7 de septiembre de 2020 al 30 de abril de 2021 (véase gráfica 2) y se define por los problemas experimentados por el gobierno malasio para controlar el crecimiento continuo de los contagios; en efecto, el 7 de septiembre se registraron 62 casos, iniciando así la segunda ola de infecciones que se prolongó hasta el momento de escribir estas líneas.

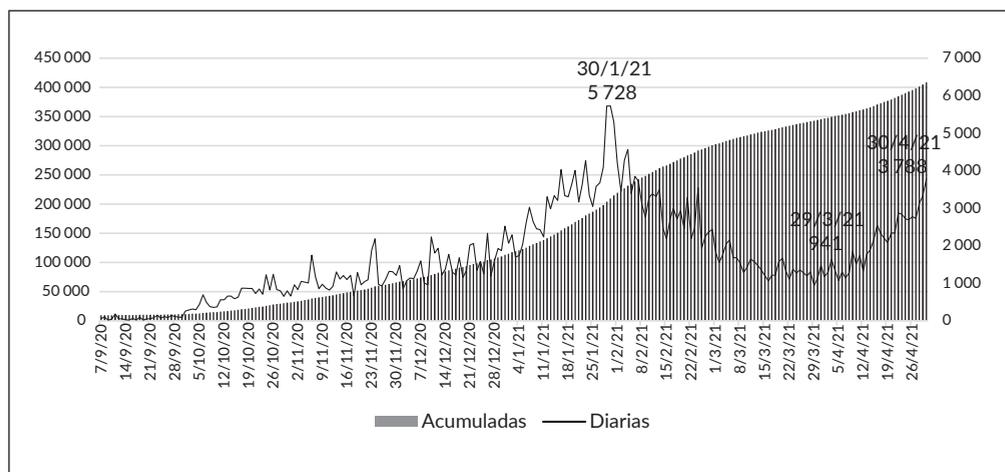
Desde el inicio de este periodo hasta el 28 de diciembre, la pendiente de la curva de contagios se incrementaba levemente sin grandes sobresaltos; después de esa fecha se inclinó un poco más con incrementos diarios más y más grandes; y ya para el 30 de enero de 2021 había alcanzado el pico más alto con 5 728 casos. Con el paso de los días, los contagios disminuyeron progresivamente hasta llegar a 941 (16.43 % del valor máximo de la segunda fase) el 29 de marzo. A partir de ahí, los contagios experimentaron un repunte y el 30 de abril se incrementaron hasta 3 788, abriendo un periodo de incertidumbre sanitaria y poniendo de realce las dificultades del gobierno para mitigar las infecciones de la segunda ola.

La escala del eje derecho en la gráfica 2 es un aspecto a considerar, pues, si bien es cierto que más de cinco mil contagios diarios representa una cifra preocupante para cualquier autoridad —en cualquier parte del mundo—, esta puede estimarse como moderada si se le compara con los casos positivos diarios registrados en otros países, incluidos los asiáticos.<sup>1</sup> Así pues, dedicaremos la primera parte de nuestro trabajo a este tema, ya que mostraremos la situación sanitaria de Malasia en el contexto de los once países asiáticos participantes en el foro Asia Pacific Economic Cooperation (APEC). Asimismo, estudiaremos los principales condicionantes socioeconómicos que influyeron

---

<sup>1</sup> Indonesia, por ejemplo, el 26 de enero de 2021, registró prácticamente 85 000 contagios diarios.

Gráfica 2  
Segunda fase de la pandemia, 1 de septiembre de 2020-30 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en de Ritchie et al. (2021).

en el desarrollo de la pandemia en Malasia, poniendo de realce cuatro parámetros que permiten entender la difusión de los contagios en los diferentes estados de la Federación de Malasia: la participación en el producto interno bruto (PIB) nacional, el tamaño de la población y la proporción urbana de la misma, la tasa de contagios por cada 10000 habitantes, así como el número de trabajadores extranjeros. Con base en estos, de entre los dieciséis estados de la Federación, distinguiremos los nueve más afectados por la pandemia.

En la segunda parte analizaremos el desarrollo de la primera ola de contagios durante la fase inicial de la pandemia. Pondremos énfasis en los estados peninsulares más afectados y destacaremos dos contrastes importantes: primero, el existente entre las iniciativas para frenar la importación de los contagios y la laxitud de las autoridades al permitir eventos sociales masivos que facilitaron la difusión local de las infecciones; segundo, el establecido entre la aplicación estricta de las medidas para limitar la movilidad de la población y el descuido total de las condiciones de vida de los trabajadores extranjeros, ocupados tanto en actividades urbanas como en agropecuarias.

Finalmente, dedicaremos la tercera parte a la segunda ola de contagios de la pandemia. Comenzaremos destacando el cambio de la dinámica territorial con la irrupción de Sabah y Sarawak entre los estados con mayor concentración de infecciones, el cual nos permitirá examinar la influencia directa que ha ejercido la coyuntura política nacional sobre el desarrollo de la pandemia. La crisis política que llevó al cambio de gobierno el 1 de marzo de 2020 se mantuvo latente y obligó a emitir la declaración de estado de emergencia el 11 de enero de 2021; en consecuencia, el primer ministro tuvo un amplio margen de maniobra para restablecer el control sobre la pandemia o para pagar los costos políticos de un fracaso eventual.

### La pandemia en Malasia: aspectos generales y condicionantes socioeconómicos

En el cuadro 1 hemos sistematizado los principales indicadores sobre la pandemia registrados hasta el 25 de enero de 2021, tomando en cuenta los once países asiáticos participantes en el foro APEC. Si tenemos en consideración la escala de mayor a menor del número acumulado de contagios, veremos que Indonesia ocupaba el primer lugar con 1 037 993 contagios y que en el undécimo se encontraba Brunéi con 180; entre ambos extremos, Malasia se ubicaba en la cuarta posición con 198 208. Ahora bien, las autoridades mexicanas han insistido en que hacer comparaciones con los valores absolutos es poco relevante, pues es necesario tomar en cuenta una base común; para sortear esa objeción, en la cuarta columna del cuadro 1 hemos incluido la tasa de contagio de cada país por cada 100 000 habitantes y entonces el *ranking* resulta completamente diferente: Singapur aparece con la tasa máxima con (1024), Vietnam con la mínima (2) y Malasia registra la segunda más alta (620).

En el presente volumen, los estudios sobre las experiencias singapurense y vietnamita explican por qué el país con la segunda población más pequeña de este conjunto registra la tasa de contagios más alta, mientras que un país con una población de casi 100 millones de habitantes contabiliza la más baja; en ambos casos, la razón puede deberse a la efectividad de

las políticas sanitarias puestas en práctica por sus respectivos gobiernos. En cuanto a la tasa registrada por Malasia, es preocupante que ocupe la segunda posición de la lista; pero, aun cuando es 40% menor que la de Singapur, el hecho de que ambos países registren las tasas más altas invita a pensar en una línea de trabajo futuro en que la simbiosis económica existente entre ambos también repercute en el ámbito de la pandemia.

En todo caso, el número de contagios nos indica la magnitud de la crisis sanitaria y, en ese sentido, podemos decir que, en términos relativos y en el contexto de los países asiáticos participantes en APEC, Singapur y Malasia han sido los más afectados por la extensión de la misma.

Un segundo aspecto de la pandemia es el costo humano traducido en el número de vidas perdidas. En términos absolutos, Indonesia registraba

Cuadro 1  
Asia del Pacífico: principales indicadores de la pandemia en países APEC

	Población Total	Contagios acumulados*		Muertes acumuladas	
		Total	Por 100000 habitantes	Total	Letalidad**
Asia del Este					
China	1433783686	99746	7	4813	4.83
Corea	51225308	77395	151	1399	1.81
Japón	126860301	380644	300	5503	1.45
Taiwán	23773876	895	4	7	0.78
Asia del Sureste					
Brunéi	433285	180	42	3	1.67
Filipinas	108116615	519575	481	10552	2.03
Malasia	31949777	198208	620	717	0.36
Indonesia	270625568	1037993	384	29331	2.83
Singapur	5804337	59425	1024	29	0.05
Tailandia	69037513	16221	23	76	0.47
Vietnam	96462106	1651	2	35	2.12

\* Hasta el 26 de enero de 2021

\*\* Muertes acumuladas como % de los contagios acumulados

Fuentes: Elaboración propia con base en UN (2019); Ritchie et al. (2020-2021).

el máximo de muertes: 29 331 acumuladas durante todo el periodo; Brunéi registraba el mínimo: 3; y nuestro caso de estudio, Malasia, ocupaba el sexto lugar con 717 decesos. Pero surge de nuevo la objeción del gobierno mexicano sobre la comparación de cifras absolutas; para superarla hemos calculado la tasa de letalidad del SARS-COV-2, es decir, las muertes como porcentaje de los contagios totales. Este indicador ofrece una base comparativa de los decesos, pues establece una relación inversa entre la eficiencia de los sistemas de salud y el número de muertes: a mayor eficiencia hospitalaria, menor tasa de letalidad. En este sentido, la mayor eficiencia de los servicios de salud corresponde a Singapur, mientras que la mayor tasa de letalidad y la menor eficiencia del sistema de salud son detentadas por China. La tasa de letalidad de Malasia es la segunda más pequeña después de la Singapur y, en consecuencia, podemos afirmar que su sistema de salud es también el segundo más eficiente.

Otra cara de la eficiencia hospitalaria se refleja en las diferencias entre las tasas de letalidad registradas en Malasia en cada una de las dos fases de la pandemia. El cuadro 1 indica que el valor para todo el periodo de estudio fue de 0.36; ahora bien, durante la primera fase de la pandemia la tasa de letalidad fue de 1.34%, y a lo largo de la segunda, de 0.31%. Como en todos los casos nacionales, este cambio en la proporción de muertes indica un aprendizaje progresivo del personal médico para tratar enfermos de una infección inicialmente desconocida.

### Indicadores socioeconómicos y sanitarios

El cuadro 2 concentra los principales indicadores socioeconómicos y sanitarios de la pandemia en Malasia, hasta el 30 de abril de 2021. En primer término se encuentra el *ranking* de los estados de la Federación de Malasia, ordenados de acuerdo con su participación en el total de las infecciones acumuladas del país. En primera instancia, si consideramos como criterio discriminatorio la media estatal de infecciones acumuladas (255 550 infecciones) durante el periodo contemplado en el cuadro 2, las dieciséis entidades federativas pueden ser divididas en dos grandes grupos: el primero

Cuadro 2  
Principales indicadores socioeconómicos y sanitarios de Malasia

	Población		PIB		Trabajadores extranjeros		Infecciones acumuladas		
	Total*	% Urbana	Total**	%	Total*	%	Total	%	Tasa***
	2020	2016	2019						
<b>Malasia</b>	<b>32480</b>		<b>1510693</b>	<b>100.0</b>	<b>2002</b>	<b>100.00</b>	<b>408807</b>	<b>100.00</b>	<b>125.87</b>
Selangor	6570	93.3	357807	23.7	608	30.38	130855	32.01	199.19
Sabah	3908	58.2	98883	6.5	125	6.25	58505	14.31	149.72
Johor	3777	76.3	140450	9.3	343	17.13	45200	11.06	119.68
Kuala Lumpur	1774	100.0	244210	16.2	303	15.12	43484	10.64	245.13
Sarawak	2829	57.8	149724	9.9	132	6.57	30500	7.46	107.82
Pulau Pinang	1784	94.4	97716	6.5	148	7.38	19523	4.78	109.46
Negeri Sembilan	1136	92.7	51099	3.4	61	3.05	17492	4.28	153.99
Perak	2519	75.3	79448	5.3	94	4.68	15376	3.76	61.05
Kelantan	1905	47.9	26940	1.8	9	0.47	14177	3.47	74.42
Kedah	2194	68.6	48717	3.2	45	2.27	9884	2.42	45.05
Melaka	937	92.7	45651	3.0	63	3.16	7057	1.73	75.32
Pahang	1682	56.0	60964	4.0	48	2.39	5210	1.27	30.97
Terengganu	1259	64.3	38496	2.5	10	0.51	4078	1.00	32.39
Labuan	100	84.9	7725	0.5	3	0.13	2521	0.62	253.11
Putrajaya	109	100.0	56345	3.7	7	0.37	2511	0.61	230.58
Perlis	255	61.5	6518	0.4	3	0.14	2434	0.60	95.45

\*Miles de personas.

\*\*Millones de ringgits, en precios corrientes.

\*\*\*Por cada 10000 habitantes.

Fuentes: Elaboración propia con base en Hirschmann (2021); Ministry of Health Malaysia (2021); Department of Statistics Malaysia (2019).

estaría constituido por Selangor, Sabah, Johor, Kuala Lumpur y Sarawak, con infecciones acumuladas superiores a la media estatal; el segundo estaría conformado por los once estados restantes, con infecciones acumuladas inferiores a dicha media.

Ahora bien, hemos indicado que para efectuar comparaciones intra o internacionales es necesario tener una base común y, por eso, para nuestro estudio optamos por tener en cuenta la tasa de contagios por cada 10000 habitantes. Si tomamos en consideración este nuevo parámetro, a los cinco

estados citados podemos agregar Pulau Pinang, Negeri Sembilan, Labuan y Putrajaya, en la medida en que los nueve detentan tasas de infecciones superiores a 100 por cada 10 000 habitantes.

Si tenemos en cuenta que el contacto directo entre individuos es el principal medio de transmisión del coronavirus, es comprensible que las condiciones imperantes en el medio urbano sean más propicias para difundirlo que las del ámbito rural; debido a ello debemos decantarnos por aquellos estados con una proporción poblacional urbana superior a la población urbana estatal media (2 029 980 habitantes). Es muy significativo que en el medio urbano se desarrolle la mayor parte de las actividades industriales y de servicios que añaden valor agregado a lo producido *in situ*; eso se refleja en la mayor participación de una unidad administrativa en el producto interno bruto (PIB) nacional. Por esta razón también tomamos en consideración los estados con participaciones en el PIB nacional superiores a la media estatal (94 418 millones de ringgits).

No debemos dejar de lado a los trabajadores extranjeros, puesto que ellos participan directamente en la generación de ese valor agregado. Por regla general, sus salarios y servicios sociales complementarios son inferiores a los de los trabajadores nacionales; de ahí que residan en unidades administrativas más dinámicas desde el punto de vista económico. Cabe decir que ese dinamismo no es exclusivo de los estados especializados en actividades productivas urbanas; también participan estados donde predominan actividades agropecuarias (producción de hule natural y de aceite de palma) que contribuyen de manera significativa al PIB nacional.

Ahora que hemos reflexionado sobre esos cuatro parámetros y su relevancia en la difusión de las infecciones, podemos establecer una reagrupación sistemática de los estados de la Federación de Malasia:

- Selangor, Johor, Kuala Lumpur y Pulau Pinang detentan valores superiores a la media estatal en las cuatro variables y pueden ser considerados como arquetipos de las condiciones socioeconómicas favorables para la transmisión del virus.
- Putrajaya y Labuan constituyen un grupo diferenciado del resto por su especialización en actividades administrativas, federales y financieras.

Por esa razón, sus contribuciones al PIB nacional son inferiores a la media nacional y es aun menor su volumen de incorporación de trabajadores extranjeros. De cualquier manera, su enfoque en actividades económicas terciarias explica su alta tasa de urbanización y, en gran medida, es el factor que más parece haber incidido en dos de las mayores tasas de infecciones.

- Sabah y Sarawak forman un tercer grupo, intermedio entre los dos anteriores: con el primero comparten participaciones significativas al PIB nacional y absorciones importantes de trabajadores extranjeros. No obstante, se diferencian de los seis estados que conforman los otros dos grupos, pues al estar especializados en actividades agropecuarias poseen las tasas de urbanización más bajas de la federación. Como veremos más adelante, la elevada incorporación de trabajadores extranjeros y la porosidad de las fronteras de estos dos estados explican en gran medida los elevados números de infecciones entre trabajadores extranjeros —en ambos territorios—.
- Negeri Sembilan es un caso aparte ya que posee un índice de contagios importante a pesar de que su contribución al PIB es inferior a la media estatal y a que, además, incorpora un volumen reducido de trabajadores extranjeros. En contraste, ostenta una elevada tasa de urbanización y a ella habrá que añadir una característica geográfica: el estado se encuentra en el continuo económico-urbano de la costa sudoeste de la península malaya que liga Kuala Lumpur con Singapur, a través de Selangor, Putrajaya, Melaka<sup>2</sup> y Johor. Se trata de una de las áreas económicamente más desarrolladas del país y, en consecuencia, de las más urbanizadas, por la cual transitan flujos importantes de bienes y personas, acelerando la difusión del virus.

---

<sup>2</sup> El caso de Melaka es atípico y merece un estudio específico; pues, estando ubicado en el continuo Kuala Lumpur-Singapur, su récord sanitario lo ubica entre los estados menos afectados.

## Primera fase de la pandemia

Con excepción de China, el virus ha sido importado en todos demás países; en el caso de Malasia, la evolución temporal de la pandemia se conjuga con su dinámica territorial. Para un abordaje más amplio, en el cuadro 3 mostramos la distribución estatal de los contagios totales durante la primera fase de la pandemia; vale la pena señalar que el virus SARS-COV-2 arribó a Malasia a través de Johor, vía Singapur. En efecto, el 25 de enero 2020, el gobierno malasio registró los primeros infectados: se trataba de tres ciudadanos chinos que llegaron a Johor, donde “tuvieron contacto con una persona infectada” (Elengoe 2021). El 30 de enero la prensa indicó la detección de otros ocho casos positivos, todos ciudadanos chinos. Como hemos indicado líneas atrás, el eje carretero Kuala Lumpur-Singapur es el principal medio de transferencia de bienes y de personas; en consecuencia, era de esperarse que Kuala Lumpur, Selangor, Negri Sembilan y Johor (incluidos en dicho eje) hayan acumulado en conjunto el 70.08% de los contagios durante la primera fase de la pandemia (véase cuadro 3).

Los gobiernos de Sabah y Sarawak también detectaron algunos ciudadanos chinos sospechosos de ser portadores del virus, razón por la que suspendieron los vuelos directos con ese país; en reacción, el gobierno federal censuró la decisión efectuada por estos gobiernos estatales, poniendo en evidencia las diferencias políticas entre uno y otros, así como la crisis política en la escala federal, entre la alianza gubernamental y la oposición. El primer ministro Mohamad Mahathir rechazó interrumpir los vuelos provenientes de China y afirmó: “Haremos un estudio para ver si necesitamos suspender todos los vuelos o solo los provenientes de Wuhan, en la provincia de Hubei” (Palansamy 2020). Mientras tanto, el gobierno de Sarawak prohibía a los estudiantes chinos regresar de las vacaciones de Año Nuevo chino y la administración de Putrajaya cancelaba la expedición de visas y restringía la entrada al territorio nacional a los chinos residentes en la provincia de Hubei (Palansamy 2020).

El punto es importante, pues, dado que el virus era importado, los aeropuertos de Kuala Lumpur, Labuan, Sabah y Sarawak, con conexiones internacionales, fueron los primeros puntos de infiltración. Esto pone sobre la

**Cuadro 3**  
**Distribución porcentual de contagios**  
**acumulados por estado durante la primera fase**

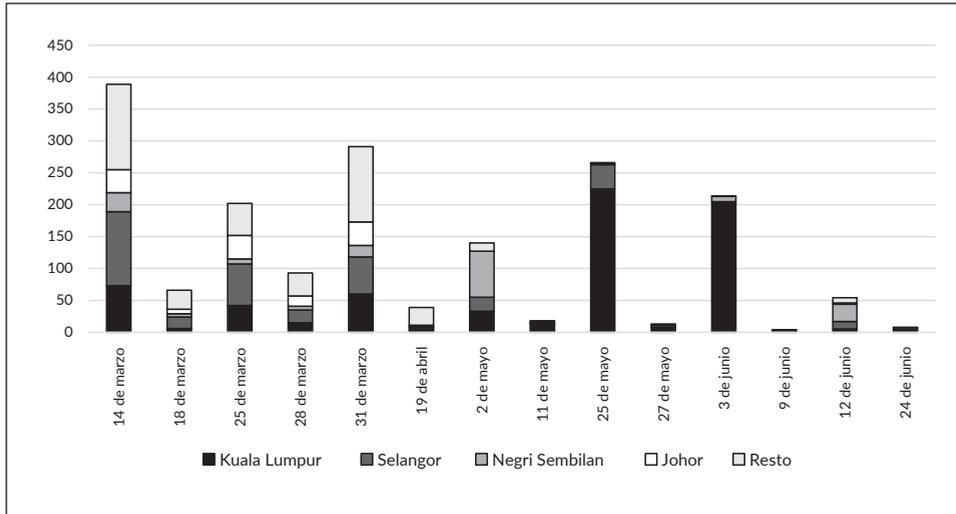
Estado	%
Kuala Lumpur	27.56
Selangor	23.27
N. Sembilan	11.05
Johor	8.18
Sarawak	7.43
Sabah	4.47
Pahang	3.98
Perak	2.87
Melaka	2.79
Kedah	2.42
Kelantan	1.70
P. Pinang	1.46
Terengganu	1.22
Putrajaya	1.06
Perlis	0.33
Labuan	0.22

Fuente: Elaboración propia con base en Ministry of Health, Malaysia (2021).

mesa de discusión la importancia del control de las fronteras desde el inicio de la pandemia para limitar los efectos de la importación del virus.

Ahora bien, en el desarrollo de la primera ola de contagios, la gráfica 3 permite ver el predominio de Selangor hasta mediados de abril, cuando fue relevado por Kuala Lumpur y, en menor medida, por Negeri Sembilan. Asimismo, se aprecia que las autoridades de Johor habían logrado controlar la extensión de la pandemia en su territorio; así, al final de la primera fase de la pandemia terminó registrando la cuarta posición en cuanto al número de infecciones. En resumen, podemos afirmar que la primera ola de contagios se trató de un fenómeno social de naturaleza esencialmente urbana, con todas las implicaciones socioeconómicas y políticas que implica.

Gráfica 3  
Contribución de los cuatro estados con más infecciones  
a la dinámica de la pandemia durante la primera ola



Fuente: Elaboración propia con base en Ministry of Health, Malaysia (2021).

Primera ola: entre la aplicación estricta de medidas sanitarias y la laxitud gubernamental

Con respecto de las implicaciones políticas debemos poner de realce el descuido por parte del gobierno federal para atender con prestancia la difusión comunitaria del virus, pues desde el 4 de febrero se registró el primer caso de infección en un malasio: un hombre de 41 años comenzó a manifestar los síntomas de la infección después de una estancia en Singapur (Elengoe 2021). Por otra parte, las autoridades federales de Malasia fueron sensibles a los informes de la prensa internacional sobre el foco de infección resultante de los servicios religiosos en la iglesia de Shincheonji, en la ciudad surcoreana de Daegu (Kim et al. 2020), por lo que desde el 26 de febrero se prohibió la entrada de viajeros provenientes de Corea.

Con estos antecedentes es sorprendente que el gobierno malasio haya permitido la reunión del grupo musulmán Tabligh. Durante el 27 de fe-

brero y el 1 de marzo se reunieron más de diecinueve mil personas en la mezquita Sri Petaling, ubicada al sur de Kuala Lumpur; de los asistentes se estima que alrededor de mil quinientos provenían de India, Corea, Brunéi, China, Japón y Tailandia. Las autoridades sanitarias realizaron 19 032 pruebas para detectar la COVID-19, de las cuales 1 701 fueron positivas y, de acuerdo con los analistas, los infectados participantes en la reunión representaban 35% del número total de casos registrados hasta ese momento (Che Mat et al. 2020).

Tal vez la crisis política que se desarrollaba entonces en Malasia entre la coalición gubernamental y la oposición, haya influido en la permisividad que hizo posible la reunión de la organización Tabligh Jamaat; en todo caso, el mismo día que terminaba el evento en la mezquita Sri Petaling, la crisis política larvada llegaba a su punto culminante. En efecto, el 1 de marzo, Mohamad Mahathir renunció como primer ministro y una nueva mayoría parlamentaria designó a Muhyiddin Yassin como su sucesor (Lee 2020). La crisis política y el consecuente cambio de gobierno parecen explicar las dudas y la tardanza en aplicar medidas sanitarias de control sobre la difusión del coronavirus.

En cualquier circunstancia, las infecciones resultantes de la reunión de la Tabligh se multiplicaron y, de acuerdo con las estadísticas, el 20 de marzo Malasia registraba 3 347 infecciones, de las cuales 48% estaba relacionado con dicho acontecimiento. En ese contexto marcado por la rápida difusión del virus, las nuevas autoridades federales debieron tomar las primeras medidas sanitarias a nivel nacional; así, el 16 de marzo, el primer ministro Yassin anunció la promulgación de la Ordenanza sobre el Control de los Movimientos (MCO, por sus siglas en inglés), bajo la cobertura legal de la Ley sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Infecciosas, de 1988, y de la Ley de Policía, de 1967. La MCO entraría en vigor el 18 de marzo y tendría vigencia hasta el 1 de abril (véase gráfica 1). Contemplaba las seis medidas tendientes a reducir la movilidad y los contactos interpersonales que se explican a continuación (Wikipedia 2021a).

1. Prohibición de los movimientos, reuniones masivas y cierre de los espacios de reunión (excepto los comercios expendedores de productos de primera necesidad). Los musulmanes fueron dispensados de las

oraciones colectivas de los viernes mediante una *fatwa* expedida por el Consejo Nacional de Asuntos Islámicos.

2. Restricciones a los malasios para viajar al extranjero. Aquellos que regresaban al país debían realizarse un examen médico y permanecer en cuarentena en los lugares indicados por el gobierno. El costo del confinamiento era cubierto por cada individuo.
3. Restricciones para turistas y visitantes extranjeros
4. Cierre de todas las escuelas, públicas y privadas, laicas y religiosas
5. Cierre de las instituciones de educación superior, públicas y privadas
6. Cierre de las sedes de instituciones gubernamentales y privadas, excepto las dedicadas a servicios esenciales

Ese mismo día, la Oficina del Fiscal General publicó en su gaceta oficial que las violaciones a la MCO serían multadas con hasta 1 000 ring-gits (229 dólares) y/o castigadas con prisión hasta por seis meses (*The Star* 2020c). La Policía Real de Malasia se movilizó para hacer cumplir estas disposiciones y, para reforzar el control, ocurrió lo mismo con el ejército a partir del 22 de marzo (*The Star* 2020a). Aunado a ello, el 30 de marzo, el gobierno federal decidió que los servicios de restauración operarían de 8 de la mañana a 8 de la noche (*The Business Times* 2020). El incremento de infecciones obligó a las autoridades federales a extender la MCO en tres ocasiones: del 1 al 14 de abril, del 14 al 28 de abril y del 28 de abril al 12 de mayo; la gráfica 3 permite apreciar el impacto progresivo de esta ordenanza sobre la reducción de los contagios.

Confiado, el gobierno federal decidió relajar algunas de las disposiciones sanitarias a partir del 4 de mayo, mediante la Ordenanza Condicional sobre el Control de los Movimientos (CMCO, por sus siglas en inglés): los negocios volvieron a operar manteniendo medidas sanitarias y las actividades deportivas sin contacto físico y en pequeños grupos fueron permitidas. La disciplina comenzó a resquebrajarse entre la población, pues comenzaron a descuidar las reglas de distanciamiento social. Lo mismo sucedió entre los gobiernos estatales: en Kedah, Kelantan, Pahang, Sabah y Sarawak decidieron no poner en práctica la CMCO; mientras que en Selangor, Perak y Negeri Sembilan, las nuevas directivas fueron acatadas parcialmente (Wikipedia 2021a).

El 3 de mayo, el gobierno federal fue advertido sobre los riesgos que implicaba el relajamiento de las disposiciones de la CMCO, mediante una petición firmada por 420 000 personas (Wikipedia 2021a). El diagnóstico formulado en la petición no tardó en manifestarse: los contagios volvieron a incrementarse y, el 7 de junio, el primer ministro anunció la nueva directiva denominada Ordenanza de Recuperación sobre el Control de los Movimientos (RMCO, por sus siglas en inglés), la cual tendría vigencia del 10 de junio al 31 de agosto.

Las actividades económicas y sociales reiniciaron progresivamente durante el primer periodo de la RMCO, condicionadas a respetar las medidas sanitarias establecidas por el gobierno. El nivel de contagios se redujo a un nivel mínimo, entre 1 y 50 diarios, durante esa primera fase. A pesar de ello, el 28 de agosto se extendieron las disposiciones sobre el flujo de viajeros internacionales de la RMCO hasta el 31 de diciembre, con el fin de prevenir posibles expansiones de los contagios (Malaysia's Government 2020; OSAC 2020). Aunque el gobierno federal parecía tomar la iniciativa para mantener la contención del virus, algunos factores de orden político entraron en juego provocando el tránsito hacia la segunda fase de la pandemia.

La pandemia entre trabajadores migrantes  
y el recrudescimiento de la primera ola

Mientras tanto, de manera inadvertida, las infecciones por la COVID-19 se multiplicaban rápidamente entre los trabajadores migrantes. Sin ser tomados en consideración para la aplicación de las medidas sanitarias, la primera ola de contagios estuvo marcada por el desarrollo de la pandemia en este grupo social específico. En efecto, un aspecto estructural de la economía malasia es su alta dependencia de la mano de obra extranjera. De acuerdo con estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los trabajadores migrantes representan hasta el 30% de la mano de obra (incluyendo los indocumentados), es decir, entre 3 y 5.5 millones de personas; de estas, en junio de 2019 el Ministerio de Recursos Humanos contabilizaba oficial-

mente 2 002 427 trabajadores extranjeros legales y entre 1 y 3.5 millones de trabajadores ilegales (Wahab 2020).

La pandemia también ha puesto de relieve las condiciones de vida de los trabajadores extranjeros, legales e ilegales. En primer término, su distribución geográfica está determinada por las actividades económicas y, en consecuencia, se concentran en los estados donde se desarrollan dichas actividades (columnas 3 y 5 del cuadro 2) y donde se aglutinan los mayores números de contagios (columnas 8, 9 y 10 del cuadro 2). En segundo lugar, la distribución geográfica también está asociada al tipo de actividades económicas; en el cuadro 4, las tres primeras filas corresponden a actividades urbanas (las cuales concentran 78 % del total de trabajadores extranjeros) y las tres restantes indican actividades del sector primario rural (con 22 % acumulado de trabajadores foráneos); en uno u otro ámbito, las condiciones de vida están marcadas por el hacinamiento y la precariedad de los servicios en las áreas habitacionales de los trabajadores inmigrantes. Respecto de estos temas, un informe académico indica:

En Malasia, los trabajadores migrantes viven en condiciones precarias; carecen tanto de agua potable y de electricidad, como de productos sanitarios básicos; viven en situaciones de hacinamiento. La permanencia en casa durante más tiempo hace imposible para los trabajadores practicar la distancia social y mantener buena higiene. Un informe de la organización Suhakam indicaba que la mayoría de los trabajadores migrantes, sobre todo en el sector de la construcción, vive en casas *kongsi*,<sup>3</sup> con cerca de 80 ocupantes. Las condiciones de hacinamiento ponen los migrantes en un riesgo mayor de contagio de COVID-19 (Wahab 2020).

En tercera instancia, las condiciones son peores para los trabajadores ilegales; más todavía cuando se trata de los centros de detención donde “la

---

<sup>3</sup> *Rumah kongsi* o casa clánica era originalmente la residencia de una familia extensa de origen chino que incluía verticalmente varias generaciones y horizontalmente diversos grados de parentesco; en la actualidad el término se ha extendido para denominar las casas que albergan trabajadores migrantes, legales o ilegales.

ausencia de distancia social y la exigüidad del sistema de salud y las prácticas de higiene” incrementan el riesgo de contagios (Heijmans et al. 2021). Dadas las condiciones de vida de los trabajadores extranjeros, resulta lógico que hayan sido los principales afectados por la pandemia. Después de evaluar el total de infecciones registradas hasta el 31 de diciembre de 2020, un analista anónimo consideraba que

[...] el número de extranjeros que tuvieron COVID-19 en Malasia podría estar entre 26.7% y 41.9% (o entre 30 182 y 47 396 casos), lo cual deja a los malayos entre el 58.1% y el 73.3% (o entre 65 614 y 82 828 casos). Esto no difiere mucho de los informes diarios del Ministerio de Salud, éstos indicaban, el 7 de enero de este año, que 52.2% era nacionalidad malasia y 47.8% era de origen extranjero (A Concerned Nationalist 2021).

Desafortunadamente ahora es imposible acceder a las cifras oficiales sobre el estatus “oficial” de los contagiados; a lo sumo, dada la proporción de extranjeros con respecto de los nacionales, es sorprendente que por cada enfermo malasio haya habido prácticamente un extranjero infectado.

Un aspecto clave en la problemática de los trabajadores migrantes consiste en las dificultades de los gobiernos del sureste de Asia para controlar las fronteras y regular adecuadamente la afluencia de aquellos que son ilegales.

Cuadro 4  
Estructura porcentual de los trabajadores inmigrantes,  
por sector productivo

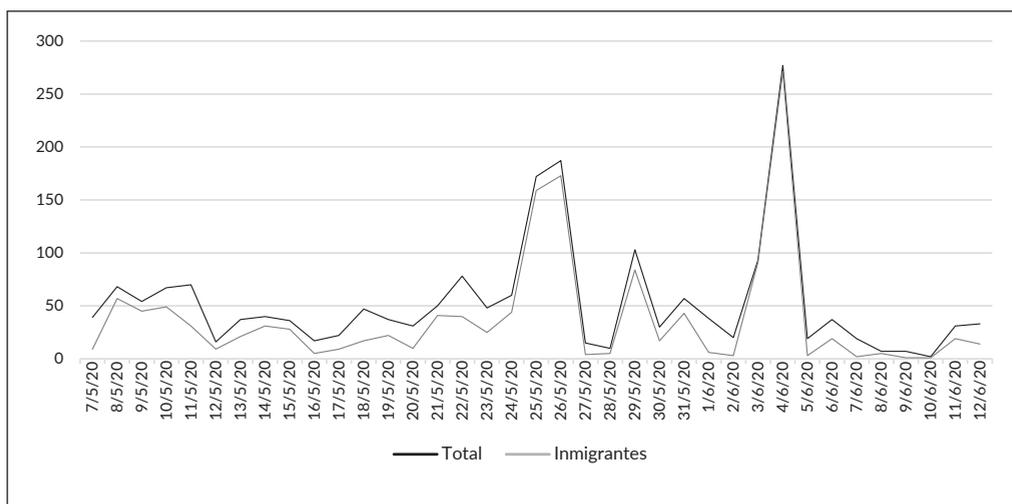
Sector	%
Manufactura	34.98
Construcción	21.58
Servicios	15.20
Plantaciones	14.01
Agricultura	7.92
Trabajo doméstico	6.31

Fuente: Elaboración propia con base en World Bank (2019).

Un especialista señalaba: “Si usted mira los países más exitosos en mantener número bajos (de infecciones), estos son Nueva Zelanda, Australia, Singapur y Taiwán. Un factor común entre ellos es que pueden controlar las fronteras para que la gente del exterior ingrese al país” (Heijmans et al. 2021). Este fenómeno está presente en todo el territorio de Malasia, pero cobra particular relevancia en los estados de Borneo, cuyas fronteras terrestres con Indonesia son particularmente porosas y las costas suelen ser refugio de marineros nómadas entre las islas de Filipinas, Indonesia y Malasia. En ese sentido, un artículo publicado por *Reuters* señala: “En toda la región de Sabah, en la isla de Borneo, residentes sin nacionalidad y migrantes indocumentados huyen de los oficiales de salud pública que realizan exámenes de coronavirus, temerosos de ser detenidos o deportados” (Latiff 2020).

El estudio de Wahab (2020), citado líneas atrás, permite apreciar con una luz diferente el periodo del 7 de mayo al 12 de junio de 2020, cuando se produjo el segundo repunte de contagios correspondiente a la primera ola. En la gráfica 4 que cubre ese lapso, el total de contagios es representado por la curva negra, mientras que los correspondientes a los trabajadores

Gráfica 4  
Contagios diarios totales y de inmigrantes



Fuentes: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020); Ministry of Health, en Wahab (2020).

migrantes son descritos por la curva gris. El punto importante es que a lo largo del periodo cubierto Malasia registró 1974 contagios, de los cuales 1413 (71.58%) correspondieron a trabajadores migrantes.

Los analistas malasios expresaron su enfado por la incapacidad de las autoridades sanitarias y laborales de Malasia para prevenir el número elevado de infecciones en el medio de los trabajadores migrantes. Indicaban que los especialistas del gobierno debían haber aprendido de la experiencia singaporense del mes de abril, cuando falló la política de contención del virus debido al descuido de las autoridades con respecto a los dormitorios de los trabajadores extranjeros. Para el Estado singaporense esto representó el mayor descalabro de una política sanitaria que, hasta entonces, había sido impecable.

Pese a la magnitud de las infecciones en dicho medio, las autoridades malasias tardaron en reaccionar y solo hasta el 1 de diciembre de 2020, cuando el país ya se encontraba en pleno desarrollo de la segunda ola, decidieron establecer exámenes sanitarios para todos los trabajadores legales residentes en el país.

## Segunda fase de la pandemia

El cuadro 5 muestra el cambio en la dinámica territorial de la pandemia durante su segunda fase. Con 32.21% de los contagios acumulados, Selangor sustituyó a Kuala Lumpur como el estado más afectado; pese a ello, Johor y Kuala Lumpur acumularon respectivamente 14.54% y 10.24%. Estos tres estados peninsulares concentraron 56.99% de los contagios y marcaron la continuidad territorial de la pandemia durante su segunda fase, en la que el rasgo novedoso fue el ascenso de los contagios en los estados malasios ubicados en la isla de Borneo: Sabah ocupó el segundo lugar, con un porcentaje acumulado del 14.54%, y Sarawak estuvo en el quinto lugar, con 7.46%; ambos acumulaban 22% de los contagios al compartir características sociales (bajo nivel de urbanización) y económicas (especialización en actividades agropecuarias y empleo intensivo de trabajadores extranjeros).

Ahora bien, el retraso gubernamental para tomar medidas que mitigaran los contagios entre los trabajadores extranjeros influyó de manera decisiva en el desarrollo de la pandemia en Sabah y Sarawak. Como mencionamos, el 1 de diciembre de 2020 el gobierno federal decidió tomar cartas en el asunto y comenzó por los estados con mayor número de trabajadores foráneos: Selangor, Negeri Sembilan, Kuala Lumpur, Pulau Pinang, Sabah y Labuan (*The Star* 2020b). El 2 de febrero de 2021, la prensa nacional dio cuenta de los pobres resultados alcanzados hasta entonces en Sabah: el gobierno estatal indicaba que de 118 376 trabajadores extranjeros, solo 26 516 (22.40%) habían sido sometidos a pruebas; también señalaba que de 8 369 empleadores, solo 659 habían enviado sus trabajadores a realizar los exámenes para detectar el virus. Ante esa situación, el Estado puso un ultimátum: “Los empleadores que no hayan examinado sus trabajadores al 28 de febrero podrían no obtener la renovación de los permisos de trabajo” (Vanar 2021).

En los inicios de la última semana de enero de 2021, un periódico local resumía preocupantes récords sanitarios: 153 250 trabajadores de 1 160 fundos y de 33 034 pequeñas plantaciones de palma de aceite, debían someterse al examen obligatorio de COVID-19. Las infecciones tendían a agudizarse y, habiendo sido localizados seis brotes, el gobernador de Sabah informaba sobre la detección de “254 casos positivos que incluyen trabajadores, miembros de sus familias así como individuos asintomáticos que no trabajan en las plantaciones”; además indicaba que “cualquier plantación con casos positivos de COVID-19 será cerrada inmediatamente para asegurar la realización del trabajo sanitario preventivo y su reapertura estará sujeta a la evaluación del Ministerio de la Salud” (*Borneo Today* 2021).

Cuando la pandemia en el estado de Sabah alcanzaba valores máximos de infecciones, la respuesta gubernamental fue radical y se entendió como un factor disuasivo tanto por empleadores como por los trabajadores para prestarse a la realización de las pruebas de detección de la COVID-19. El 25 de enero de 2021, el número oficial de infectados era de 47 139 (*Borneo Today* 2021) y si tenemos en cuenta que, hasta ese día, el total de contagios en todo el país era de 186 849, los de Sabah representaban 25.23% nacional.

Cuadro 5  
Distribución porcentual de contagios  
acumulados por estado, segunda fase

Estado	%
Kuala Lumpur	32.21
Selangor	14.54
N. Sembilan	11.12
Johor	10.24
Sarawak	7.46
Sabah	4.85
Pahang	4.12
Perak	3.78
Melaka	3.51
Kedah	2.42
Kelantan	1.70
P. Pinang	1.21
Terengganu	0.99
Putrajaya	0.63
Perlis	0.60
Labuan	0.60

Fuente: Elaboración propia con base en Ministry of Health (2021).

La influencia de la política federal en el desarrollo de la pandemia

Durante la primera ola, vimos que las medidas sanitarias para controlar la movilidad de las personas no tuvieron efecto sobre los trabajadores extranjeros y que estos tuvieron un fuerte peso en el desarrollo de la primera cresta de contagios. En ese contexto de laxitud política en relación con ese grupo social, y a pesar de la extensión de la RMCO del 28 de agosto al 31 de diciembre de 2020, el 26 de septiembre tuvo lugar una elección en el estado de Sabah que movilizó los equipos electorales de los partidos nacionales y relajó las medidas sanitarias. Con amargura, un comentarista indicaba:

Muchos reprocharon al gobierno por no aplicar una revisión [sanitaria] obligatoria o una cuarentena para aquellos que regresaban de la campaña electoral en Sabah, porque el incremento en casos, especialmente en la península [malaya], ocurrió después de que los políticos regresaron a sus estados de residencia. Los malasios vieron a los políticos —en persona y en *videoclips* que fueron ampliamente compartidos— pasando por alto los procedimientos estándar de operación mientras hacían campaña.

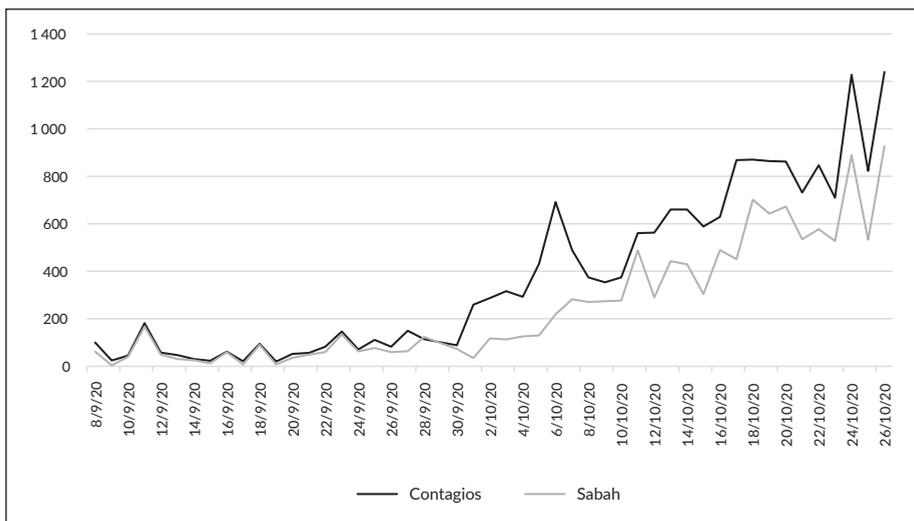
Muchos también dijeron que el incremento súbito de los casos pudo ser prevenido si el gobierno hubiera prohibido los viajes a Sabah. Esto porque Sabah tenía el mayor número de casos en el país, en el momento de la elección.

No se puede decir que el gobierno, particularmente el Ministerio de Salud, no estaba consciente del peligro (Kathirasan 2020).

El impacto de las campañas electorales sobre los contagios en Sabah y los principales estados en la península malaya fue inmediato y, como podemos ver en la gráfica 5, Malasia en general y Sabah en particular fueron arrasados por la segunda ola de contagios. Más allá del carácter circunstancial de la elección en Sabah, desde noviembre de 2020 el gobierno central volvió a establecer reglas más rígidas, y el 1 de enero de 2021 el primer ministro anunció que la RMCO sería extendida hasta el 31 de marzo (OSAC 2021). No obstante, el 12 de enero, el Yang di Pertuan Agung (el “Gobernante supremo” o “Sultán de sultanes”) declaró el estado de emergencia suspendiendo el parlamento federal y las asambleas legislativas estatales, y otorgando al gobierno poderes excepcionales hasta el 1 de agosto de 2021 (Wikipedia 2021b).

El tema de la declaración de un estado de emergencia para limitar la difusión de las infecciones ha provocado fuertes debates y confrontaciones sociales en múltiples países; Malasia no ha sido la excepción. Ahí, sin embargo, el desarrollo de la pandemia también ha estado marcado por las confrontaciones entre dirigentes y partidos políticos que llevaron al colapso del gobierno encabezado por Mohamad Mahathir y a la organización del gabinete dirigido por Muhyiddin Yassin, el 1 de marzo de 2020. Las confrontaciones políticas se agudizaron en torno a la discusión del Presupuesto 2021 y de la organización de las elecciones locales que tendrían lugar después de octubre.

Gráfica 5  
Participación de Sabah en el total de contagios  
diarios durante el inicio de la segunda ola



Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020-2021); A Concerned Nationalist (2021).

Declaraciones de personalidades políticas del país, como Najib Razak, ex primer ministro, mostraban que los intereses inmediatos de las diferentes facciones de la clase política distaban de tener en cuenta el problema crucial del momento: la pandemia provocada por el SARS-COV-2; “si este gobierno está preocupado porque el Presupuesto 2021 puede no ser aprobado, provocando el colapso de la PN (*Perikatan Nasional* o Alianza Nacional), la PN debe entablar discusiones con varios partidos, así el presupuesto no tendrá oposición” (Hassan 2020).

Sensible al riesgo de que la no aprobación del presupuesto para 2021 diera lugar a un voto de desconfianza en el Parlamento y a la convocación para una elección general, el primer ministro Muhyiddin Yassin solicitó al Yang di Pertuan Agung la declaración del estado de emergencia; los comentaristas de la región se apresuraron a señalar que la intención del primer ministro era doble: evitar la no aprobación del presupuesto y estar en capacidad de declarar una “emergencia económica” para asegurar al gobierno los recursos necesarios para controlar la ascendente curva de infecciones (Teoh 2020).

Empero, para declarar el estado de emergencia se requiere la aprobación del Yang di Pertuan Agung y su consulta a todos los sultanes. Por ello, la renuencia del jefe de Estado a pronunciarse sobre el tema, el 24 de octubre de 2020, fue interpretada como un rechazo, y al día siguiente proliferaron las expresiones de apoyo a la “no declaración” del estado de emergencia del Sultán de sultanes (Hassan 2020). El presupuesto 2021 fue aprobado por una mínima mayoría cuando Malasia se encontraba en una fase de expansión de los contagios; así, aduciendo el incremento de estos, el 16 de diciembre, el primer ministro volvió a proponer la declaración del estado de emergencia al Yang di Pertuan Agung para posponer dos elecciones locales. En declaración pública, el primer ministro precisó lo siguiente:

El 4 de diciembre, el Gabinete deliberó en detalle las consecuencias de las elecciones por las curules de Gerik (en Perak, para el Parlamento federal) y de Bugaya (para la asamblea estatal de Sabah), durante la pandemia de la Covid-9, la cual todavía se extiende en nuestro país.

Poniendo atención sobre la elección estatal en Sabah, el Gabinete es de la opinión que ambas elecciones deben ser evitadas, en la medida en que plantean amenazas para la salud pública, la economía y la tranquilidad de la población.

En consecuencia, presenté debidamente la opinión del Gabinete a Su Majestad para declarar la emergencia para la curul parlamentaria de Gerik y para la curul de la asamblea estatal en Sabah (Krishnan 2020).

En esta ocasión, el 16 de diciembre, el Sultán de sultanes accedió a declarar el estado de emergencia en el ámbito local. Aunque para mediados de diciembre el Yang di Pertuan Agung era más sensible a los riesgos sanitarios que implicaban las elecciones locales análogas a la de septiembre de 2020, los contagios continuaron en ascenso durante la segunda mitad de diciembre y los primeros días de enero de 2021. Ante eso, el gabinete se reunió el 11 de enero de 2021 para discutir la situación sanitaria del país; al día siguiente, el primer ministro presentó una nueva solicitud para declarar el estado de emergencia a la escala nacional y esta vez el Sultán de sultanes sí accedió. Su vocero emitió el siguiente mensaje: “Al-Sultan Abdullah es de la opinión de

que la difusión de la COVID-19 en el país está en un estadio crítico y de que es necesario decretar una Proclama de Emergencia” (Teoh 2021).

Los intereses de las facciones políticas volvieron a aflorar: la mayoría de dirigentes locales de la United Malay National Organization (UMNO) rompieron políticamente con la coalición PN dejando al primer ministro en una posición inestable, con el apoyo de solo 109 parlamentarios sobre un total de 220. La decisión del Yang di Pertuan Agung blindó temporalmente al primer ministro; pero, sin duda, sus rivales políticos utilizarían cualquier falla en su gestión de la crisis sanitaria para ir en su contra. En contraste, él podría fortalecerse políticamente, en la medida en que obtuviera resultados efectivos en la reducción de los contagios.

## Conclusiones

La experiencia del gobierno malasio relacionada con la administración de la pandemia muestra el carácter social de la misma; ahora bien, al ser multidimensional ese carácter, los factores que influyen sobre el desarrollo de las infecciones son múltiples. A lo largo del presente ensayo hemos podido analizar dos de esos factores: la problemática de los trabajadores foráneos y las dinámicas de las políticas estatales.

Con respecto del primer factor, el caso malasio demuestra que, en situaciones como la generada por la difusión del SARS-COV-2, los responsables de la administración de un territorio no pueden excluir a ningún grupo social de las medidas sanitarias, so pena de dejar descubiertos flancos a través de los cuales pudieran propagarse las infecciones. Por el contrario, dada la fragilidad de las condiciones de vida de esos grupos, las autoridades deben estar particularmente atentas a que sus integrantes cumplan con las normas sanitarias, aun cuando eso implique diseñar programas específicos y posponer las políticas de represión contra ellos —en este caso, los trabajadores ilegales—. Se trata de una cuestión de respetar los derechos humanos y de garantizar a toda la población la reducción de los costos humanos de una pandemia.

En relación con las políticas gubernamentales, hemos visto la influencia mutua de la política sanitaria y de las diferentes expresiones de la política tradicional. En nuestro caso de estudio, el desarrollo de la pandemia ha estado condicionado por la crisis de los partidos en la escala del gobierno federal, por las tensiones y fricciones existentes entre el gobierno central y los gobiernos estatales, así como por la efectividad de las políticas sanitarias puestas en práctica en esas dos esferas de gobierno.

La lección derivada de esta experiencia pone de relieve la necesidad de la cooperación armoniosa entre los actores políticos y sociales, permitiendo a los locales un mayor campo de acción, en la medida en que son ellos los que conocen al detalle las condiciones imperantes en cada unidad administrativa.

En resumen, el caso malasio confirma que la pandemia y los caminos para enfrentarla no son únicamente los médicos, sino también sociopolíticos; que las prácticas sociales de tiempos normales deben ser dejadas de lado para atender la emergencia sanitaria mediante prácticas nuevas apegadas a las circunstancias; que sin la participación social, consciente e informada, las políticas sanitarias gubernamentales solo pueden tener resultados parciales.

## Referencias bibliográficas

- A Concerned Nationalist. 2021. "Malaysia COVID Deaths 2020 Analysis: 70% Killed Oct-Dec". *Code Blue*, 11 de enero de 2021. <https://codeblue.galencentre.org/2021/01/11/malaysia-covid-deaths-2020-analysis-70-pc-killed-oct-dec/>.
- Borneo Today*. 2021. "153 250 Plantation Workers in Sabah Ordered to Undergo COVID-19 Screening". *Borneo Today*, 25 de enero de 2021. <https://www.borneotoday.net/153250-plantation-workers-in-sabah-ordered-to-undergo-covid-19-screening/>.
- Che Mat, Nor Fazila, Hisham Atan Edinur, Mohammad Khairul Azhar Abdul Razab y Sabreena Safuan. 2020. "A Single Mass Gathering Resulted in Massive Transmission of COVID-19 Infections in Malaysia

- with Further International Spread”. *Journal of Travel Medicine* 27 (3): 1-4. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa059>.
- Department of Statistics Malaysia. 2019. “State Socioeconomic Report 2019”. [https://www.dosm.gov.my/v1/index.php?r=column/cthemByCat&cat=102&bul\\_id=TExzYmVmRC83S1hBMEUrUDVzczdLUT09&menu\\_id=TE5CRUZCblh4ZTZMODZiBmk2aWRRQT09](https://www.dosm.gov.my/v1/index.php?r=column/cthemByCat&cat=102&bul_id=TExzYmVmRC83S1hBMEUrUDVzczdLUT09&menu_id=TE5CRUZCblh4ZTZMODZiBmk2aWRRQT09).
- Elengoe, Asita. 2021. “COVID-19 Outbreak in Malaysia”. *Osong Public Health and Research Perspectives* 11 (3): 93-100. <https://ophrp.org/journal/view.php?doi=10.24171/j.phrp.2020.11.3.08>.
- Gobierno de México. 2020. “Informe diario por coronavirus en México, 16 de abril de 2020”. Conferencia de prensa, COVID-19. <https://www.youtube.com/watch?v=ffnjsXtv0wU>.
- Hassan, Hazlin. 2020. “Malaysians Hail King’s Decision Not to Declare State of Emergency”. *The Straits Times*, 26 de octubre de 2020. <https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/malaysians-hail-kings-decision-not-to-declare-state-of-emergency>.
- Heijmans, Philip, Yantoultra Ngui y Randy Thanthong-Knight. 2021. “Migrant Workers Making COVID Gear Most Vulnerable in Pandemic”. *Bloomberg*, 22 de enero de 2021. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-01-22/migrant-workers-porous-borders-mar-south-east-asia-recovery>.
- Hirschmann, R. 2021. “Population Numbers in Malaysia as of the Second Quarter of 2021, by State (in 1,000s)”. *Statista*. <https://www.statista.com/statistics/1040670/malaysia-population-distribution-by-state/>.
- Kathirasan, A. 2020. “Greed, Ineptitude Fueling Spike in COVID-19 Cases”. *Free Malaysia Today*, 4 de enero de 2021. <https://www.freemalaysiatoday.com/category/highlight/2021/01/04/greed-ineptitude-fuelling-spike-in-covid-19-cases/>.
- Kim June-Ho, Julia Ah-Reum An, Pok-kee Min, Asaf Bitton y Atul A. Gawande. 2020. “How South Korea Responded to the COVID-10 Outbreak in Daegu”. *NEJM Catalyst* 1 (4): 1-14. <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0159>.
- Krishnan, Dhesegaan Bala. 2020. “Agong Consents to Declaration of Emergency in Gerik, Bugaya”. *New Straits Times*, 16 de diciembre de 2020.

- <https://www.nst.com.my/news/nation/2020/12/649928/agong-consents-declaration-emergency-gerik-bugaya>.
- Latiff, Rozanna. 2020. "In Malaysia's Sabah, Pandemic Rages as Migrants Flee Testing". *Reuters*, 23 de noviembre de 2020. <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-malaysia-sabah-idUSKBN2830XK>.
- Lee, Yen Nee. 2020. "Malaysia's New Prime Minister Has Been Sworn in -But Some Say the Political Crises Is 'Far from Over'". *CNBC*, 2 de marzo de 2020. <https://www.cnb.com/2020/03/02/malaysia-political-crisis-muhyiddin-yassin-appointed-as-prime-minister.html>.
- Malaysia's Government. 2020. "Recovery Movement Control Order (RMCO). March 18, 2020 to December 31, 2020". [https://www.kln.gov.my/web/usa\\_los-angeles/news-from-mission/-/blogs/announcement-recovery-movement-control-order-rmco-march-18th-2020](https://www.kln.gov.my/web/usa_los-angeles/news-from-mission/-/blogs/announcement-recovery-movement-control-order-rmco-march-18th-2020).
- Ministry of Health. 2021. "Malaysia. Covid-19. Terkini Negeri". Consultado el 1 de mayo de 2021. <https://covid-19.moh.gov.my/terkini-negeri>.
- OSAC (Overseas Security Advisory Council). 2020. "Health Alert: Malaysia, Extension of the Recovery Movement Control Order". Consultado el 4 de septiembre de 2020. <https://www.osac.gov/Content/Report/ac5bc288-5c6f-4e7f-808a-1996a414ebf6>.
- OSAC (Overseas Security Advisory Council). 2021. "Health Alert: Malaysia, RMCO Extended through March 31". Consultado el 1 de enero de 2021. <https://www.osac.gov/Content/Report/05417905-aca1-4caa-909b-1a87625aaefb>.
- Palansamy, Yiswaree. 2020. "Dr. M: No Urgency Yet to Ban all China Flights". *Malay Mail*, 30 de enero de 2020. <https://www.malaymail.com/news/malaysia/2020/01/30/dr-m-no-urgency-yet-to-ban-all-china-flights/1832946>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020-2021. "Coronavirus Pandemic (COVID-19)". *OurWorldInData.org*. Última modificación en marzo de 2022. <https://ourworldindata.org/coronavirus>.

- Teoh, Shannon. 2020. "PM Muhyiddin Meets King in Emergency Measures but No Announcement Yet". *The Straits Times*, 24 de octubre de 2020. <https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/malaysias-pm-muhyiddin-meets-king-amid-talk-of-emergency-declaration>.
- Teoh, Shannon. 2021. "Malaysia's King Declares State of Emergency till Aug 1 to Curb Spread of COVID-19". *The Straits Times*, 12 de enero de 2021. <https://www.straitstimes.com/asia/se-asia/malaysias-king-declares-national-state-of-emergency-to-curb-spread-of-covid-19>.
- The Business Times*. 2020. "Malaysia Limits Hours for Shops, Restaurants, Taxis in Lockdown". *The Business Times*, 30 de marzo de 2020. <https://www.businesstimes.com.sg/government-economy/malaysia-limits-hours-for-shops-restaurants-taxis-in-lockdown>.
- The Star*. 2020a. "Army to Assist Cops in Enforcing MCO from Sunday (March 22)". *The Star*, 20 de marzo de 2020. <https://www.thestar.com.my/news/nation/2020/03/20/army-to-assist-cops-enforce-mco-on-sunday-march-22>.
- The Star*. 2020b. "Mandatory COVID-19 Screening for Foreign Workers Starts on Dec 1". *The Star*, 27 de noviembre de 2020. <https://www.thestartv.com/v/mandatory-covid-19-screening-for-foreign-workers-starts-on-dec-1>.
- The Star*. 2020c. "MCO Violation: RM1k Fine Must Be Paid within Two Weeks". *The Star*, 9 de abril de 2020. <https://www.thestartv.com/v/mco-violation-rm-1-k-fine-must-be-paid-within-two-weeks#:~:text=Those%20who%20continue%20to%20defy,of%20the%20compound%20being%20issued>.
- UN (United Nations). 2019. "World Population Prospects, 2019". <https://population.un.org/wpp/>.
- Vanar, Muguntan. 2021. "COVID-19: Less than a Quarter of the Sabah Foreign Workers Tested". *The Star*, 2 de febrero de 2021. <https://www.thestar.com.my/news/nation/2021/02/02/covid-19-less-than-a-quarter-of-sabah039s-foreign-workers-tested>.
- Wahab, Andika. 2020. "The Outbreak of COVID-19 in Malaysia: Pushing Migrant Workers at the Margin". *Social Sciences & Humanities Open* 2 (1): 100073. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2020.100073>.

- Wikipedia. 2021a. “Malaysian Movement Control Order”. Consultado el 25 de marzo de 2021. [https://en.wikipedia.org/wiki/Malaysian\\_movement\\_control\\_order](https://en.wikipedia.org/wiki/Malaysian_movement_control_order).
- Wikipedia. 2021b. “COVID-19 Pandemic in Malaysia”. Consultado el 25 de marzo de 2021. [https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19\\_pandemic\\_in\\_Malaysia](https://en.wikipedia.org/wiki/COVID-19_pandemic_in_Malaysia).
- World Bank. 2019. “Malaysia. Estimating the Number of Foreign Workers (A Report from the Labor Market Data for Monetary Policy Task)”. [https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fdocuments1.worldbank.org%2Fcurated%2Fen%2F953091562223517841%2FMalaysia-Estimating-the-Number-of-Foreign-Workers-A-Report-from-the-Labor-Market-Data-for-Monetary-Policy-Task.docx&wdOrigin=BROWSE LINK](https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fdocuments1.worldbank.org%2Fcurated%2Fen%2F953091562223517841%2FMalaysia-Estimating-the-Number-of-Foreign-Workers-A-Report-from-the-Labor-Market-Data-for-Monetary-Policy-Task.docx&wdOrigin=BROWSE_LINK).



# 8 La pandemia de la COVID-19 en Japón: entre la salud pública y el desempeño económico

Alfredo Álvarez Pérez

## Introducción

El comportamiento de la pandemia provocada por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 en Japón, puede verse, en el periodo que va de enero de 2020 hasta abril de 2021, como una secuencia de tres olas de contagio —además de una cuarta en formación—; cada una de mayor impacto que la anterior (véanse gráficas 1-3). Si bien algunos indicadores como el número de contagios y decesos por cada 100 000 habitantes sugieren un buen desempeño en términos relativos,<sup>1</sup> también es cierto que se presentaron momentos críticos en los que algunos sistemas de respuesta e instituciones de salud se vieron rebasados. Al mismo tiempo, varios de los problemas económicos y sociales que ha sufrido Japón, particularmente desde las últimas tres décadas, se incrementaron exponencialmente tanto por la crisis sanitaria como por las mismas estrategias para contenerla.

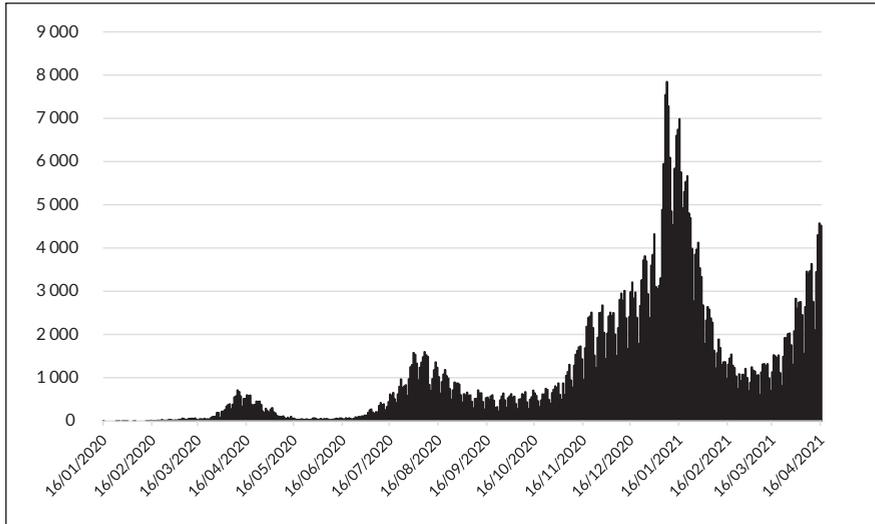
Con el objetivo de comprender el transcurso de la pandemia en Japón, de distinguir entre las políticas efectivas y las que no lo fueron, y finalmente recabar lecciones importantes, este capítulo analizará la pandemia de la COVID-19 en este país como un fenómeno social, cuyo control ha dependido en buena medida de conductas ciudadanas a la par de políticas sanitarias y económicas, tanto de respuesta inmediata como de largo plazo. Para alcanzar dicho propósito, este estudio comenzará analizando las estrategias sanitarias y algunas de las condiciones que pueden ser consideradas como las primeras líneas de protección que la sociedad

---

<sup>1</sup> Con 407.55 contagios y 7.59 decesos por cada 100 000 habitantes. En total, suman 511 756 contagios y 9 535 decesos hasta el 15 de abril de 2021 (MSTB 2021c).

Gráfica 1

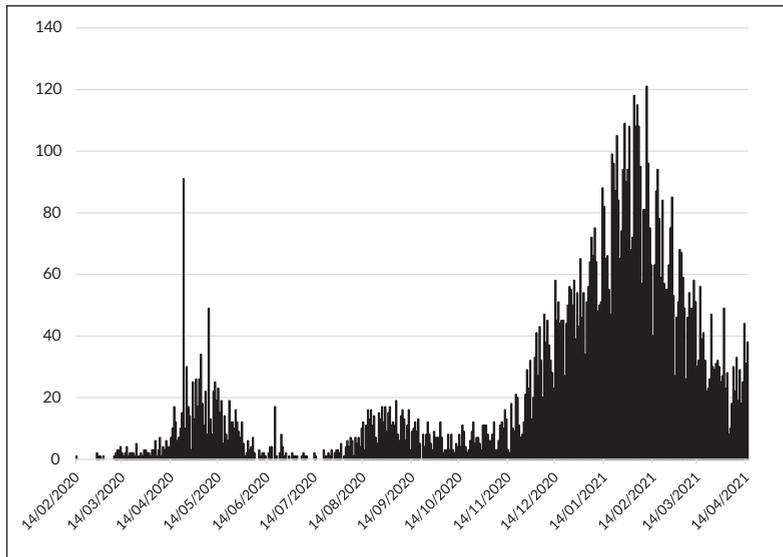
Número de casos diarios de COVID-19, 16 de enero de 2020-16 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en MSTB (2021c).

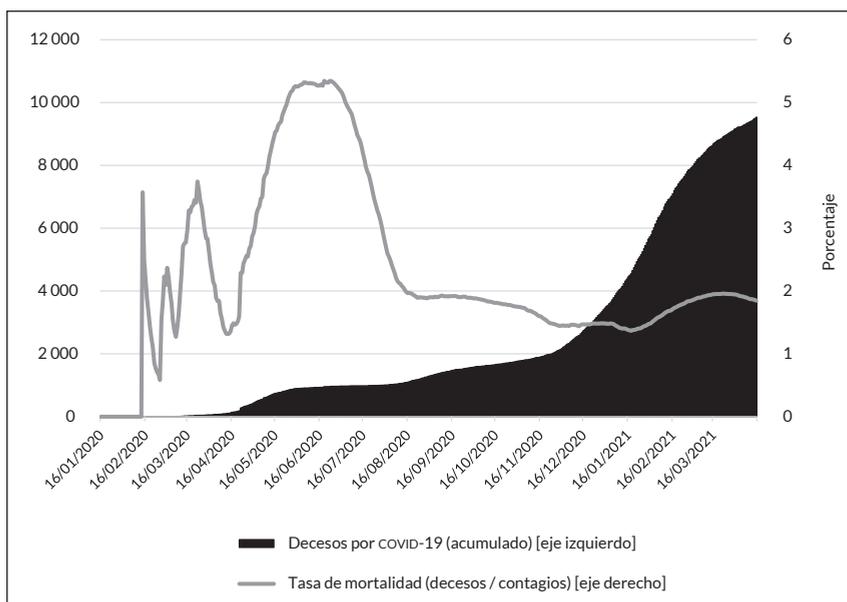
Gráfica 2

Número de decesos diarios por COVID-19 en Japón,  
14 de febrero de 2020-15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en MSTB (2021c).

Gráfica 3  
 Decesos por COVID-19 (acumulado) y tasa de mortalidad  
 hasta el 15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en MSTB (2021c).

ha tenido para enfrentar este tipo de fenómenos (por ejemplo, medidas prácticas como el lavado de manos y el uso de cubrebocas, el estado de salud de la población, los marcos institucionales construidos a partir de experiencias previas con otras enfermedades infecciosas, etc.).

Posteriormente se revisará el contexto en el que tales medidas fueron implementadas, puntualizando además en la diversidad de problemas en materia económica, política y social, derivados de la pandemia en sí y de diversas tensiones entre los diferentes niveles del gobierno, así como de los efectos secundarios causados por las mismas medidas que buscaban combatirla. Finalmente, se concluirá con algunas reflexiones en torno a la experiencia de Japón con la COVID-19, con énfasis en la doble estrategia aplicada por el gobierno para atenuar los efectos nocivos a la salud y la implementación de las acciones necesarias para paliar el impacto de las políticas sanitarias en su economía.

## Las estrategias sanitarias y las primeras líneas de defensa

### Las primeras experiencias y respuestas

En enero de 2020 se registraron los primeros casos de la COVID-19 en Japón, y la primera experiencia de contagio comunitario se presentó a bordo del crucero Diamond Princess. A finales de ese mismo enero, durante su travesía por el sureste asiático, se supo del caso de un pasajero contagiado que desembarcó en Hong Kong. Para evitar la diseminación del virus fuera del navío, las autoridades ordenaron que el barco permaneciera en la Bahía de Yokohama con todos sus pasajeros y tripulantes en cuarentena; sin embargo, a pesar de los esfuerzos, entre el 6 y el 20 de febrero, 619 personas resultaron infectadas de un total de 3 711 que iban a bordo. Aunque el manejo de esta situación fue criticado por algunos expertos,<sup>2</sup> la experiencia aportó información para el diseño de las Políticas Básicas (ccc 2020b) que habrían de proponerse para enfrentar la pandemia en Japón (NIID 2020).

Para atender la inminente llegada de la COVID-19, el gobierno central sostuvo juntas ministeriales en las que ocuparon un lugar importante los mecanismos de comunicación de organizaciones internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el intercambio de datos con otros países y con organismos regionales. Con base en la información disponible se prepararon las primeras acciones y comenzaron a formularse las medidas iniciales para atender la emergencia (Kantei 2021); así, una de las primeras operaciones que llevó a cabo el gobierno con razón de la crisis sanitaria fue la repatriación de los ciudadanos japoneses ubicados en Wuhan, ciudad donde se originó la pandemia (MOFA 2020). Asimismo, para contener la importación del virus se implementaron disposiciones especiales en puertos de entrada que fueron ajustándose de acuerdo con las circunstancias. Algunas de estas medidas incluyeron el cierre de fronteras a ciudadanos provenientes de países donde la pan-

---

<sup>2</sup> Destaca la crítica del especialista Iwata Kentarō de la Universidad de Kobe (Yoshida 2020).

demia no estaba controlada, el requerimiento de una prueba PCR<sup>3</sup> de resultado negativo con un máximo de 72 horas de antigüedad y cuarentena obligatoria al ingresar al país (MOFA 2021). Por supuesto que no faltaron críticas a estas medidas —algunas bien fundamentadas—, a veces por laxas y sesgadas, o por considerarse excesivas y discriminatorias; empero, la detección y aislamiento de casos positivos en puertos de entrada quedan como testimonio de la contribución para mitigar la propagación del virus y de las variantes que han ido apareciendo eventualmente en el mundo (Tokio-Shimbun 2020).

### Leyes e instituciones

La primera línea de defensa institucional contra la COVID-19 con la que contaron las autoridades japonesas fueron las siguientes leyes: la Ley de Prevención de Enfermedades Infecciosas y Tratamiento Médico para personas con Enfermedades Infecciosas, de 1998, y la Ley de la Nueva Influenza, de 2012. Esta última fundamenta los marcos legales para poner en funcionamiento algunas estrategias de contención, como la declaración de estado de emergencia —es el caso de los que se implementaron en abril de 2020 y en enero de 2021—.

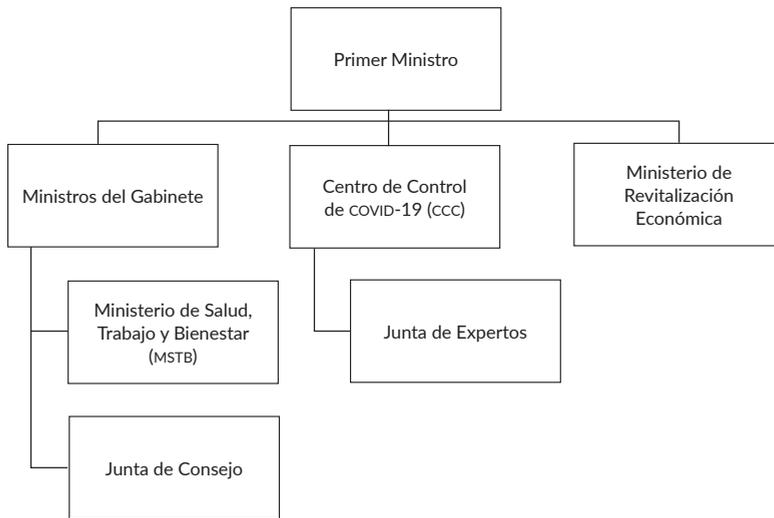
Jurídicamente, el estado de emergencia confiere diversas atribuciones especiales al Poder Ejecutivo central y a los gobiernos locales; por ejemplo, cambiar de manera temporal el uso de instalaciones públicas y privadas, limitar el aforo en eventos masivos, solicitar el cierre de comercios e industrias, e incluso requerir producciones especiales en caso de necesitar ciertos insumos. Cabe mencionar que en Japón estas medidas no tuvieron un carácter coercitivo como en otros países de la región, aunque en algunos casos sí se establecieron sanciones para quienes incumplieran estas disposiciones. En tanto, para el llamado a quedarse en casa y

---

<sup>3</sup> La reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) es una técnica de laboratorio utilizada para amplificar secuencias de ADN y así detectar el virus SARS-COV-2.

las abstenciones sugeridas a los ciudadanos tampoco hubo imposiciones. Bajo un estado de emergencia, estas peticiones cobran un mayor grado de formalidad y de persuasión, además de que poseen un sustento legal.

Figura 1  
Organigrama de los principales actores y órganos  
del Poder Ejecutivo nacional con respecto al manejo de la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Uno de los primeros actos con base en este marco fue el establecimiento del Centro de Control del Nuevo Coronavirus (ccc); una institución encabezada por el primer ministro de Japón e integrada por otros ministros, como el de Salud, Trabajo y Bienestar (MSTB), que le confiere al gabinete la autoridad máxima en la toma de decisiones concernientes a la pandemia. Una vez creado, el ccc designó la Junta de Expertos cuyo objetivo era aconsejar desde el punto de vista médico y técnico al propio ccc (ccc 2020a). Cabe mencionar que el presidente de este órgano, el doctor Shigeru Omi, fue director de la Oficina Regional Pacífico Occidental de la oms y ha sido miembro de la Junta Ejecutiva de dicha organización. Por su parte, el MSTB instauró la Junta de Consejo para emplear las capacidades de este ministerio en la problemática en cuestión.

Asimismo, instituciones especializadas —como el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas (NIID, por sus siglas en inglés)—, otras organizaciones de expertos —como las asociaciones de médicos nacionales y regionales— y los gobiernos locales, también formaron parte del entramado institucional con el que Japón enfrentó (y aún enfrenta) la pandemia.

### Políticas básicas y estrategia sanitaria

El 25 de febrero de 2020, el ccc emitió las primeras Políticas Básicas para atender la pandemia (ccc 2020b),<sup>4</sup> cuyos objetivos generales eran desacelerar los contagios, prevenir casos graves, así como aminorar el impacto económico de la crisis sanitaria. Estas políticas hacían hincapié en evitar la transmisión del virus de clúster a clúster, en prepararse para escenarios de infecciones masivas y en mantener una comunicación adecuada con otros países e instituciones internacionales, así como con los connacionales que vivían en el extranjero y los extranjeros residentes en Japón (ccc 2020b). Sin duda, definieron las estrategias sanitarias para enfrentar la pandemia en torno de las siguientes acciones: *a)* difusión e implementación de las medidas prácticas; *b)* vigilancia: rastreo y aislamiento de contactos; y *c)* implementación de políticas de operación del sistema de salud.

### Medidas prácticas

Con base en la evidencia acumulada, el gobierno difundió algunas recomendaciones como parte de la estrategia sanitaria de mitigación (MSTB 2021d):

1. lavarse las manos con agua y jabón, durante 30 segundos y con bastante frecuencia;

---

<sup>4</sup> La primera versión es del 25 de febrero de 2020 y, tomando en cuenta la del 13 de enero de 2021, ya ha sido revisada en diez ocasiones (ccc 2021).

2. usar desinfectante para las manos;
3. utilizar cubrebocas de manera cotidiana;
4. cubrirse la boca al estornudar o toser;
5. y mantener la distancia personal.

Adicionalmente, se reconoció que la transmisibilidad del virus aumenta en cierto tipo de situaciones, por lo que también se llamó a

6. evitar los lugares cerrados y/o con mala ventilación;
7. evitar los entornos concurridos;
8. evitar situaciones que impliquen un contacto cercano con otras personas.

Estas últimas tres medidas fueron señaladas como las 3C (los tres *mitsu* en japonés, cuyo significado implica cohesión, densidad o cercanía),<sup>5</sup> y fueron tomadas de estudios que demuestran que las probabilidades de contagio viral disminuyen al evitar estas condiciones.

De manera natural, para muchas personas fue complicado mantener la práctica de estas recomendaciones, particularmente bajo ciertas circunstancias sociales. Otras se convirtieron en norma social —el uso de cubrebocas en público—, sobre todo a partir de la declaración del primer estado de emergencia. En sitios de alta confluencia que por lo general se mantienen cerrados y con ambientes controlados —como salones de escuela, salas de juntas o en el transporte público—, ya es común ver las ventanas abiertas, incluso en temporada de frío. Asimismo, los establecimientos comerciales adoptaron costumbres *ad hoc*, como el uso de desinfectante para las manos, la toma de la temperatura corporal de clientes y empleados, y la instalación de barreras físicas para separar las mesas o delimitar espacios individuales para clientes o comensales.

---

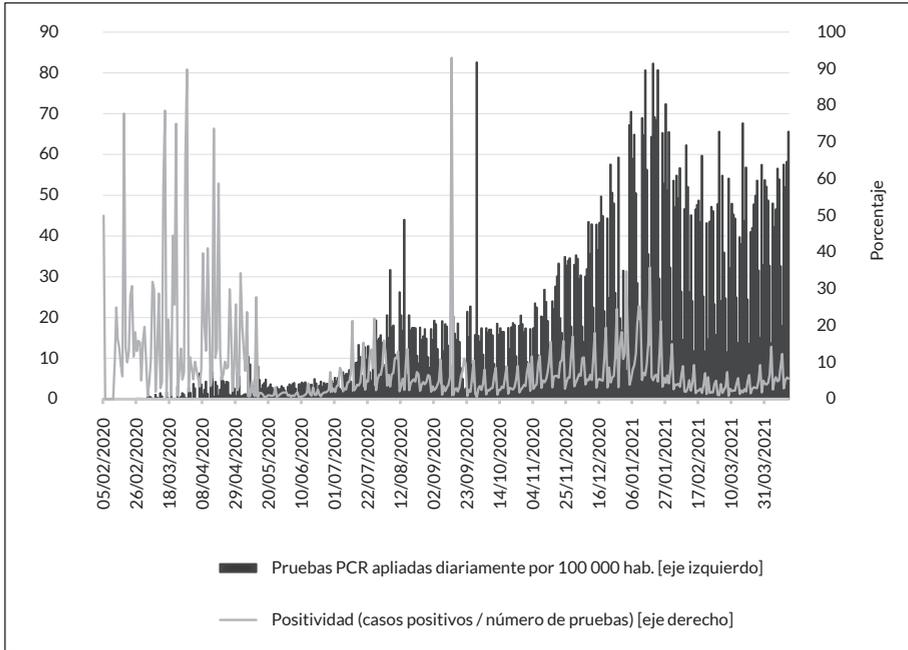
<sup>5</sup> El carácter *san mitsu* (3密) fue designado como el *kanji* que mejor representa al año 2020, las 3C, que en inglés se refieren a *closed spaces*, *crowded places* y *close-contact setting*.

En el caso de Japón, la adopción masiva y voluntaria de muchas de estas disposiciones se debió en parte a diversos factores sociales, a la experiencia con otras epidemias y al alto grado de confianza en las instituciones. Además, algunas costumbres —la manera de saludar o el procurar silencio en el transporte público— también favorecieron la delimitación de los contagios. No obstante, algunas otras tradiciones —como las reuniones de fin de año y el uso de sellos *hanko* para firmar documentos oficiales— y factores como la tolerancia al riesgo, promovieron la propagación de la pandemia. En este sentido, cabe señalar que hubo muchas teorías que trataron de explicar el buen desempeño inicial de Japón ante la crisis sanitaria; algunas hacían referencia a los valores asiáticos, a tradiciones confucianistas o a ciertas particularidades del pueblo japonés. Sin embargo, conforme la situación empeoró, este tipo de explicaciones —carentes de fundamento— perdieron espacio en la opinión pública. Aunque algunas normas fueron ampliamente adoptadas, las costumbres y conductas sociales jugaron tanto a favor como en contra en la expansión de la pandemia.

### La vigilancia

En cuanto a la estrategia de vigilancia, las autoridades activaron protocolos para rastrear las rutas de contagio de los casos positivos y aislar a quienes tuvieron contactos con estos. Dicha táctica brindó buenos resultados mientras la cantidad de contagios fue manejable para el aparato administrativo dedicado a este propósito. Por otra parte, la política en torno a la realización de pruebas PCR, conforme a la Ley de Prevención de Enfermedades Infecciosas, fue un factor que se contrapuso a la estrategia de vigilancia debido a que al realizar pocas pruebas se perdía la oportunidad de detectar casos —incluidos asintomáticos o con síntomas leves— y de activar los protocolos de rastreo y aislamiento de contactos, además de que se crearían sesgos en las cifras de contagios, cuya confiabilidad era primordial para definir contramedidas adecuadas y puntuales.

Gráfica 4  
Cantidad de pruebas PCR aplicadas por día y positividad,  
hasta el 15 de abril de 2021



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (MSTB 2021c).

El indicador de la positividad aportó evidencia en este sentido, pero también se recurrió a la comparación con países de la región en tanto al número de pruebas aplicadas por cada 100 000 habitantes.<sup>6</sup> En la gráfica 4 pueden observarse tasas altas de positividad, aunque con una tendencia a la baja conforme se aplicaban más pruebas diariamente. Hasta abril de 2021 el promedio de la positividad era de 8.42% (MSTB 2021d), y aunque es bajo comparado con el de México (arriba de 30%), es alto a lado de países como Corea del Sur (menor a 2%) (Ritchie 2021).

<sup>6</sup> Hasta el 29 de enero de 2021 se había realizado el siguiente número de pruebas PCR por cada 100 000 habitantes: en Japón 5 312, en Corea del Sur 10 857, en China 11 116 (Worldometers 2021).

## El sistema de salud japonés y su configuración para atender la pandemia

Los servicios de salud en Japón se brindan, predominantemente, como parte de un sistema privado con financiamiento público, regido por un seguro de salud universal establecido desde 1961 (Masuda 2019). En este modelo los derechohabientes pueden recibir atención médica prácticamente en cualquier institución de salud; además de cubrir las cuotas del seguro, solo deben pagar un coaseguro que va del 10 al 30% en la mayoría de los casos. Aunque este sistema ha enfrentado dificultades durante las últimas décadas de estancamiento económico y envejecimiento acelerado (Masuda 2019), permite a la gran mayoría tener acceso a servicios de salud asequibles y de buena calidad. Por ende, bajo estas condiciones resultó necesario establecer marcos operativos que evitaran la saturación de hospitales y la propagación de la COVID-19 en condiciones de aglomeración.

Así, la política de atención médica estableció el protocolo que se describe enseguida. Como primer nivel de atención fueron instituidos los centros de consulta a distancia con el fin de guiar telefónicamente a los pacientes de COVID-19, a los que presentaban cuadros clínicos sospechosos y a aquellos que regresaban de otros países (MSTB 2021a). En cuanto al tratamiento y la atención médica, las principales recomendaciones fueron las siguientes: en primer lugar, a quienes presentaran síntomas de resfrío se les pedía guardar cuarentena en su domicilio; en caso de que los síntomas persistieran por más de cuatro días o si se agravaban repentinamente, se les recomendaba acudir al médico; si los síntomas fueran graves, como dificultad respiratoria o fatiga, debía buscarse atención médica de manera inmediata. Lo mismo aplicaba para personas con factores altos de riesgo: adultos mayores, mujeres embarazadas o personas con alguna comorbilidad (MSTB 2021b).

El sistema hospitalario, por otra parte, fue reforzado en distintos ámbitos. Por un lado, aumentó el número de instalaciones para atender pacientes de COVID-19 en todas las regiones del país; por otro, se fortalecieron las estructuras organizacionales para comunicar avances sobre tratamientos, medicamentos, métodos de detección y vacunas. Los go-

biernos locales implementaron las mismas medidas. En Tokio —y luego en otras prefecturas—, por ejemplo, se acondicionaron hoteles para atender y aislar a los pacientes con sintomatología leve, y para destinar más recursos hospitalarios a los casos de gravedad.

### Limitaciones

A pesar de todos estos esfuerzos, el aumento de contagios puso en evidencia varias limitaciones de tales políticas. Las últimas versiones de las Políticas Básicas reconocen que hubo saturación de los sistemas de salud y de los protocolos de vigilancia en algunas zonas urbanas del país (ccc 2021). Una de las limitantes más importantes fue la carencia de recursos humanos al no poder multiplicarse de la misma manera que las instalaciones hospitalarias. Para atender esto, las autoridades sanitarias implementaron medidas para incentivar un mayor número de personal y de hospitales, y para dedicar más recursos a la atención de la COVID-19. El MSTB, por ejemplo, solicitó el apoyo de estudiantes de posgrado de escuelas de enfermería de todo el país (*Nikkei* 2021), y en algunas prefecturas los gobiernos locales trataron de impulsar la conversión de hospitales para tratar a los pacientes infectados. Las autoridades de las prefecturas de Osaka y Hokkaidō, por su parte, pidieron el apoyo del personal de enfermería de las Fuerzas de Autodefensa (NHK 2020b).

Esta situación también complicó las labores de los sistemas de respuesta, al punto de que el sistema de salud llegó a colapsar en algunas regiones, en particular, durante la tercera ola de contagios. La ocupación hospitalaria se vio rebasada en algunas jurisdicciones, es decir, hubo pacientes que no pudieron ser hospitalizados a pesar de requerirlo, y hubo la necesidad de establecer criterios de prioridad cada vez más elaborados para definir a quién atender en un hospital cuando no hubiese espacio para todos (Tokio-Shimbun 2021). Conforme la ocupación hospitalaria aumentaba, se incrementaban los casos de contagio nosocomial, por lo que se tornó complejo mantener el funcionamiento *normal* de muchos centros de salud (Nikkei 2021). Asimismo, el aumento de los contagios impactó de manera perjudicial en la efectividad de los sistemas de vigilancia

y fue cada vez más difícil rastrear los casos hasta su origen (NHK 2021d). Estas condiciones propiciaron una espiral decadente que solo pudo ser contrarrestada a partir de medidas de contención que restringieron el movimiento y el contacto social.

## Las condiciones de salud de la población

Con base en información de las autoridades de Salud de Japón y de la OMS, el cuadro 1 contrasta el porcentaje de la población japonesa con el de la población mundial respecto de enfermedades que afectan negativamente el desempeño físico ante la COVID-19. Por otra parte, la gráfica 5 muestra que la mayor parte de los decesos se ha concentrado en personas de 70 años y más. Estos datos sugieren que la población de Japón presenta un alto riesgo al ser una de las más ancianas del mundo;<sup>7</sup> no obstante, la buena salud física del pueblo japonés —en términos comparativos— ha sido un factor determinante para mantener la tasa de mortalidad promedio en 2.27% hasta abril de 2021 (véase gráfica 3) (MSTB 2021c).

En resumen, algunas de las tácticas más importantes que se pusieron en práctica en Japón para atender la pandemia fueron las siguientes: las restricciones y medidas de cuarentena en puertos de entrada; las estrategias sanitarias de mitigación que incluían recomendaciones prácticas y preventivas; las 3C (cohesión, densidad o cercanía); la estrategia de vigilancia; y las medidas de contención en regiones específicas y en momentos críticos. En este sentido también fue importante el estado de las condiciones demográficas e institucionales con las que contaba Japón, como la experiencia institucional previa con enfermedades infecciosas, la cobertura universal del sistema de salud y las condiciones generales de salud de la población. Relativo a las conductas sociales, se observó la adopción generalizada y voluntaria de las medidas preventivas y la dificultad para mantener dichas conductas bajo ciertas condiciones y por periodos prolongados. Por otra parte, se dio cuenta de las limitaciones

---

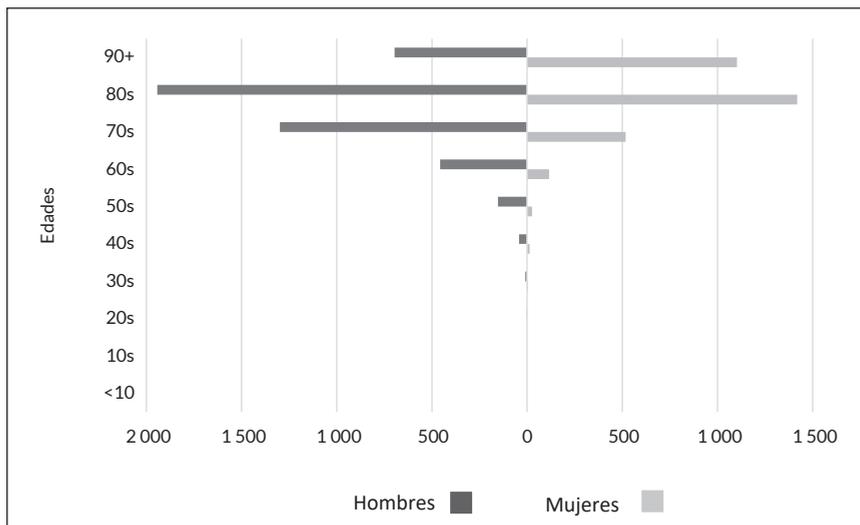
<sup>7</sup> De la población, 27.4% tiene más de 65 años de edad (Masuda 2019).

**Cuadro 1**  
**Porcentaje de la población con enfermedades que afectan negativamente el desempeño físico de los pacientes de COVID-19**

Enfermedad	Pacientes (miles)	% Población de Japón	% Población mundial
Diabetes	6 183	4.99	8.5 (2014)
Obesidad	573	0.46	39 (2016)
Hipertensión arterial	15 615	12.61	20 (2015)
Enfermedades cardiovasculares	4 486	3.62	-
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	200	0.16	3.5 (2016)
Enfermedades renales (incluye enfermedad renal crónica)	1 232	0.99	-

Fuente: Elaboración propia con base en JPALD (2020) y OMS (2021).

**Gráfica 5**  
**Decesos por grupos de edad y género, hasta el 19 de abril de 2021**



Fuente: Elaboración propia con base en IPSS (2021).

de los sistemas de salud, en especial la falta de disponibilidad de recursos humanos, lo cual condujo al colapso de estos sistemas en algunas regiones. En la siguiente sección se abordará el contexto en que estas medidas fueron aplicadas, así como el impacto que tuvieron de forma paralela a la pandemia sobre las condiciones económicas, políticas y sociales.

## Las crisis sanitarias y económicas

La primera ola de contagios y el primer estado de emergencia

El primer estado de emergencia se declaró el 5 de abril de 2020, entrando en vigor en siete prefecturas el día 7 y extendiéndose a todo el país el 16 del mismo mes. Las semanas previas a esta declaratoria estuvieron envueltas en un ambiente de incertidumbre al que contribuyeron diversos factores. En primer lugar, estaba el miedo generalizado ante una nueva enfermedad infecciosa que comenzaba a propagarse en las zonas urbanas, que a la sazón saturaba los sistemas de salud de otros países y provocaba la escasez de algunos insumos sanitarios debido a cortes en las cadenas productivas internacionales (NHK 2020a). A ello hay que sumar que, después de lo acontecido en el Diamond Princess, algunas de las primeras decisiones del gobierno —como realizar pocas pruebas de detección, adelantar el fin del ciclo escolar y la petición de trabajar desde casa— fueron consideradas tibias y poco estudiadas (Kingston 2020).

De igual manera, los planes para la celebración de los Juegos Olímpicos en el verano de 2020 aún estaban en pie, y la administración del primer ministro Shinzō Abe parecía no querer hacer algo que pudiera afectar su programa. No obstante, conforme se aproximaba la fecha, primero algunos atletas de diferentes países y después delegaciones enteras cancelaron su participación. Así, el 23 de marzo, más por presiones del exterior que por una medida interna, el Comité Olímpico Internacional y el gobierno de Japón tomaron la decisión de postergar el evento por un año (TOCOG 2020). Solo después de ello, el ccc, encabezado por el primer ministro Abe, emitió la declaratoria del primer estado de emergencia.

Durante las siete semanas que se extendió el estado de emergencia, la disminución en el flujo de personas fue notable. La meta de reducir la afluencia de gente en un 80% se alcanzó en muchos lugares. En sitios de gran concurrencia —como las estaciones de Shibuya o Shinjuku, en Tokio, o Umeda, en Ōsaka—, las comparaciones con días anteriores indicaron disminuciones de afluencia de entre 60% y 80%. También se atendió en buen grado el llamado a no desplazarse a otras prefecturas o localidades, incluso en los periodos vacacionales como la *Golden Week* o el *Obon*. En este sentido la evidencia es contundente: gracias a las limitaciones de movimiento y del contacto social, tanto los contagios como las muertes por la COVID-19 lograron contenerse (véanse gráficas 1-3). Este resultado es congruente con las recomendaciones de estudios epidemiológicos publicados desde las fases tempranas de la pandemia (Nishiura et al. 2020).

#### Medidas y dificultades económicas

El estado de emergencia, por otra parte, derivó en la caída de algunas actividades económicas, principalmente en el sector de servicios (turismo, restaurantes y transporte),<sup>8</sup> y acentuó algunos problemas que la sociedad japonesa viene arrastrando a lo largo de las últimas décadas: el déficit fiscal, el estancamiento económico, la precarización laboral, las crecientes disparidades sociales (*kakusa-shakai*), los suicidios, entre otros. Los dos estados de emergencia declarados durante el periodo de estudio en cuestión tuvieron efectos directos en el sector laboral que representaron la pérdida de quinientos mil empleos (NRI 2021).

Para fomentar la recuperación económica, el gobierno emitió paquetes de alivio a través de tres presupuestos de emergencia: uno en abril, otro en mayo y uno más en diciembre de 2020 (MOF 2021). En total, la suma ascendió a 79.43 billones de yenes (aproximadamente 750 mil

<sup>8</sup> El PIB cayó 28% (anualizado) en el segundo trimestre de 2020. La Agencia de Turismo de Japón reportó una disminución del 87.1% de visitantes extranjeros en 2020 con respecto del año anterior (JNTO 2021).

millones de dólares)<sup>9</sup> que fueron ejercidos en programas de apoyo y subsidios para quienes se encontraban en riesgo de sufrir los efectos de la pandemia. Uno de estos programas dispuso un pago único de 100 000 yenes (900 dólares) por persona, nacional o residente, sin ninguna condición especial. En los sectores comercial e industrial también fueron aplicados para proteger el empleo o asegurar la producción de materiales e insumos estratégicos. Los programas insignia para promover el consumo en los sectores más afectados fueron las campañas *Go To Travel* y *Go To Eat*; estas campañas, bastante populares, funcionaron mediante el reembolso de un porcentaje del costo de ciertos servicios y productos.

Gracias a todos estos incentivos económicos y a la disolución del estado de emergencia a finales de mayo, el tercer trimestre del año mostró una recuperación del PIB (22.9% anualizado). Sin embargo, cabe mencionar que dichos paquetes económicos han representado una pesada carga para las finanzas públicas, pues se trata del país con la relación deuda/PIB más alta del mundo; además, esta carga fiscal se distribuye de manera uniforme, volviéndose más pesada para los estratos sociales más pobres.

El crecimiento de la pobreza relativa en Japón durante las últimas tres décadas es un fenómeno que ha afectado particularmente a niños, madres solteras y familias que dependen del ingreso de una sola persona (MSTB 2019). Así que, en pocas palabras, el costo de las medidas de recuperación económica ha sido más elevado para los grupos más afectados por el desempleo y por la parálisis productiva que trajo la pandemia. Paradójicamente, los estratos sociales más desfavorecidos son a la vez los que más apoyos requieren y los que más terminan pagando por dichos apoyos.

En casos como este, la cantidad de recursos que se liberan durante estas situaciones de emergencia se vuelven suelo fértil para la corrupción. En Japón, algunas de las medidas de alivio estuvieron envueltas en escándalos de corrupción. Un ejemplo de ello fue la medida impulsada por

---

<sup>9</sup> El presupuesto del año fiscal 2020 fue de 102.658 billones (10<sup>12</sup>) de yenes (aproximadamente un billón de dólares), por lo que los paquetes suplementarios representaron 78% extra del presupuesto anual. En términos del PIB, esta cantidad representa 15% aproximadamente.

el primer ministro Abe de repartir dos cubrebocas por familia —*Abenomask*—, los cuales fueron comprados mediante adjudicación directa a un costo relativamente alto y, según reportes, con muchos defectos de fabricación (Kamito y Yamaguchi 2020). Otro escándalo ocurrió en torno al programa de apoyos a pequeñas y medianas empresas, cuya administración fue adjudicada mediante licitación a un consorcio que, ilícitamente y con claros conflictos de interés, subcontrató a otras firmas para realizar el trabajo (Saito y Park 2020).

Estas experiencias sugieren la necesidad de construir estructuras económicas y sociales más equilibradas y resilientes, con menor disparidad entre estratos sociales, pero también mecanismos de vigilancia efectivos que castiguen la corrupción y aseguren el uso adecuado de los recursos de emergencia.

#### Entre la mitigación y la contención

La segunda ola de COVID-19 fue mayor que la primera (véase gráfica 1) y también fue mayor la presión por implementar otro estado de emergencia; empero, en aquella ocasión no ocurrió así. Para comprender el cambio de patrón es necesario observar distintos factores. Por una parte se reforzó el sistema hospitalario, como se mencionó anteriormente, y los sistemas de vigilancia resultaron efectivos para rastrear el origen de muchos contagios en sitios como restaurantes, bares y las llamadas ciudades o barrios nocturnos (Yomiuri 2020); por otra, a nivel prefectural se establecieron fases de alerta y parámetros que definieron el salto de una fase a otra. Estos parámetros fueron la ocupación de camas de hospital, el número de pacientes graves, el cociente de casos positivos sobre número de pruebas PCR, el número casos nuevos por día, la tasa de aumento semanal y el porcentaje de casos sin posibilidad de rastrear el origen del contagio (NHK 2020d). El establecimiento de estos indicadores obedeció a la necesidad de tener datos relevantes para tomar decisiones y para conocer de manera objetiva las condiciones bajo las cuales se justificaría el cambio de la estrategia —de la mitigación a la contención—, con los costos económicos y sociales que ello implicaba. No

obstante, en algunas ocasiones la administración central especuló con la tendencia de estos indicadores y tardó demasiado en definir un cambio. En otras palabras, el manejo de la pandemia se convirtió en un asunto de balance de riesgos, en el que de un lado quedaba el sistema de salud y del otro el desempeño económico.

La segunda ola, entonces, fue controlada mediante las medidas sanitarias de mitigación descritas anteriormente, sin llegar a declarar otro estado de emergencia. Sin embargo, a diferencia de los resultados del estado de emergencia implementado durante la primera ola, en esta ocasión los contagios se estabilizaron en una tasa mayor, y cuando llegó la tercera ola de contagios, el punto de partida fueron centenas de contagios diarios. Bajo estas condiciones, el 5 de noviembre volvió a rebasarse el millar de contagios en un día, y el 18 de noviembre, los dos millares (véase gráfica 1). A pesar de la aceleración de la transmisión del virus y de que los indicadores alcanzaron niveles críticos hacia finales de año, la administración del sucesor de Abe, Yoshihide Suga, especuló con la tendencia de estos datos y decidió mantener el *statu quo* en la estrategia sanitaria y en las políticas de recuperación económica.

Ya para el 18 de diciembre, la gobernadora de Tokio, Yuriko Koike, elevó la alerta al nivel máximo por la ocupación hospitalaria (NHK 2020c); mientras que otras prefecturas consideraron la posibilidad de declarar estados de emergencia locales y presionaron al gobierno central para hacer lo propio. Por su parte, organizaciones como la Asociación de Médicos de Tokio y su presidente, el doctor Haruo Ozaki, argumentaron que debían tomarse medidas para no perder el control sobre la difusión de los contagios. Bajo la presión de diversos actores políticos y especialistas, el gobierno central finalmente decidió hacer algunos ajustes, entre ellos, suspender las campañas *Go To* (Anzai y Nishiura 2021). No obstante, como lo advirtieron muchos especialistas, dichos ajustes fueron insuficientes. Para finales de diciembre, el número de contagios diarios volvería a duplicarse, alcanzando los 4322 casos el 31 de diciembre (véase gráfica 1); de la misma manera, la cifra de decesos también creció (véase gráfica 2). Particularmente en las primeras semanas de enero, los sistemas de salud de varias localidades colapsaron (ccc 2021). Muchos pacientes no

tuvieron acceso a los servicios médicos de emergencia y hubo la necesidad de establecer criterios de prioridad para atender a unos u otros. Ante esta situación, el 2 de enero de 2021, los gobernadores de cuatro prefecturas de Kantō (Kanagawa, Chiba, Saitama y Tokio) presionaron al gobierno central para emitir la declaración de estado de emergencia, no sin acentuar las tensiones políticas entre las autoridades locales y las centrales (Shigeta 2021). El 8 de enero entró en vigor otro estado de emergencia en las prefecturas que lo solicitaron y fue extendido a las prefecturas de Osaka, Kioto, Hyōgo, Aichi, Gifu, Fukuoka y Tochigi.

Este estado de emergencia tuvo diferencias con respecto del primero, es decir, el enfoque relativo a las medidas de contención también cambió. En esta ocasión las disposiciones cobraron nuevos matices, por ejemplo, el cierre de comercios y restaurantes fue solamente parcial y concentrado en algunas localidades. Si bien la prioridad era disminuir la tasa de contagios, también era importante atenuar los efectos económicos negativos. Por su parte, la respuesta de la gente para abstenerse voluntariamente de realizar ciertas actividades sociales también fue menor en esta ocasión (NHK 2021a). Esto es atribuible al cansancio generalizado por mantener las medidas de distanciamiento social durante periodos prolongados, pero también a una menor aversión al riesgo observable en el comportamiento social de muchas personas. A pesar de estas condiciones, las medidas de contención surtieron efecto y la tasa de contagios comenzó a disminuir. El estado de emergencia terminó a finales de febrero, aunque pocas semanas después llegaría la cuarta ola de contagios.

Según parece, la suma de todos los factores demográficos, económicos y de las decisiones políticas en torno a la pandemia, resultó en un ciclo de valles y crestas, cuyos límites fueron definidos en buena parte por la presión de mantener las actividades económicas y por las estrategias sanitarias de contención. La vacunación se presentó como una fuerza que pudiera romper con este ciclo, aunque el proceso de vacunación en Japón haya sido más lento que en otros países desarrollados. Hasta abril de 2021 solo una pequeña proporción de la población mayor de 65 años había sido vacunada. Los procesos de aprobación de las vacunas tomaron más tiempo que en otros países debido a los protocolos y a circunstancias

geopolíticas presentes en este tema, y solo las vacunas de Pfizer y Moderna han logrado pasar las pruebas de seguridad japonesas.

## Conclusiones

Este capítulo analizó la pandemia de la COVID-19 en Japón como un fenómeno social. La premisa es que debido a algunas de las características de esta enfermedad —como la posibilidad de contagio en fases asintomáticas— y a algunos parámetros epidemiológicos —como la letalidad y la transmisibilidad—, es posible controlar la pandemia mediante políticas públicas que propicien cambios en la conducta social. Asimismo, se observó que algunas de las medidas más efectivas, como las que implican la limitación de la movilidad y el contacto social, tienen repercusiones directas en las actividades económicas y, por ende, afectan la vida y forma de subsistencia de gran parte de la población. En este sentido, es claro que la pandemia, en Japón y en el mundo, ha puesto a prueba las capacidades de reacción y la resiliencia tanto de los sistemas de salud como de las estructuras económicas y entramados sociales e institucionales construidos hasta ahora.

En este capítulo se argumenta que las decisiones de política pública en torno al manejo de la pandemia en Japón durante el periodo de estudio fueron tomadas tratando de mantener un balance entre el desempeño económico y la salud pública. Primero se analizaron tanto las medidas sanitarias y sus limitaciones, como algunas de las condiciones iniciales o primeras líneas de defensa con las que contaban la población y las instituciones. Se observó que las disposiciones establecidas en las Políticas Básicas, las instituciones de salud y de gobierno a distintos niveles, así como las condiciones físicas de la población, contribuyeron para mantener indicadores positivos, como es el caso de la tasa de mortalidad por debajo de la media mundial. También se reconoció la amplia disposición social para seguir las recomendaciones: usar el cubrebocas y evitar las 3C —aunque con el paso del tiempo se hayan relajado y haya crecido la tolerancia al riesgo por parte de la población—. De igual manera, se dio cuenta de algunas políticas y condiciones que limitaron las capacidades de

los sistemas de respuesta, como la reducida cantidad de pruebas de detección que se implementaron especialmente durante 2020, o la limitada disponibilidad de recursos humanos y hospitalarios.

Posteriormente, se analizaron las circunstancias bajo las cuales los sistemas de salud y de vigilancia se vieron rebasados. Se expuso la efectividad de las medidas de contención aplicadas bajo estados de emergencia para reducir el ritmo de contagios a una tasa que el sistema de salud pudiese manejar, aunque también se observó una demora en la puesta en marcha estas medidas que dio pie al colapso de los sistemas de salud en algunas localidades. Para entender el atraso de estas decisiones se analizó el contexto en el que fueron tomadas. Ante el crecimiento de la primera ola de contagios, por ejemplo, la administración del primer ministro Abe priorizó el programa de los Juegos Olímpicos y solo después de la decisión de postergar el evento se declaró el primer estado de emergencia. Durante la tercera ola, a pesar de contar con información e indicadores objetivos que mostraban la gravedad de la situación, la administración del primer ministro Suga especuló con la tendencia de estos parámetros y se decantó por la recuperación económica. El segundo estado de emergencia se declaró luego de la presión que ejercieron los gobernadores de algunas de las prefecturas más afectadas y de las organizaciones, tanto de médicos y especialistas como de la sociedad civil, que funcionaron como contrapesos políticos ante las decisiones del gobierno central.

La toma de estas decisiones, no obstante, ha sido bastante complicada debido a los efectos secundarios de las medidas de contención. En este capítulo se estudió la manifestación de algunos de estos efectos secundarios como afectaciones a diversos sectores económicos que provocaron la pérdida de empleos y acentuaron problemas económicos y sociales que ha sufrido Japón particularmente en las últimas tres décadas. Las medidas de emergencia que el gobierno central tomó para aliviar estos efectos ayudaron a la recuperación de la economía, pero también fueron objeto de corrupción y pusieron una carga extra sobre las finanzas públicas de Japón. Si bien esto último es algo ineludible ante el carácter de pandemias como esta, también es cierto que esta carga económica se distribuye de manera uniforme entre la población, por lo tanto, es especialmente pesada para

los grupos económicamente más desfavorecidos, como las madres solteras o las familias que dependen de una sola persona. La consecuencia de esto es el crecimiento de las disparidades sociales que vienen creciendo desde la década de 1990 en Japón.

De la experiencia japonesa frente a esta pandemia puede aprenderse bastante. El balance exitoso entre la salud pública y el desempeño económico que busca el manejo de una crisis como esta depende no solo de las medidas tomadas al momento, sino también de la construcción de estructuras económicas más equitativas, de estructuras políticas con contrapesos efectivos y de instituciones confiables y flexibles para responder ante este tipo de contingencias con el menor costo económico y social posible. Es importante el estudio de estos fenómenos desde la óptica de las ciencias sociales para tratar de construir sociedades más resilientes, sobre todo en un entorno en el que las presiones ambientales que ejercen las actividades humanas propician el surgimiento de este tipo de contingencias. No se trata solo de incrementar el número de camas o de aliviar los factores que afectan a la economía, sino de mejorar la salud de la población, minimizar el número de enfermos e incrementar los instrumentos que busquen proteger las condiciones de vida de todos. Asimismo, la toma de decisiones basada en datos confiables siempre será una herramienta indispensable para desarrollar e implementar políticas efectivas y a tiempo. Especular en situaciones en las que el margen de error es pequeño y donde hay mucho en juego es una negligencia que no pueden permitirse las autoridades cuya responsabilidad es proteger tanto la vida y la salud de la población, así como su *modus vivendi*.

## Referencias bibliográficas

- Anzai, Asami y Hiroshi Nishiura. 2021. “‘Go To Travel’ Campaign and Travel-Associated Coronavirus Disease 2019 Cases: A Descriptive Analysis, July-August 2020”. *Journal of Clinical Medicine* 10 (3): 1-8. <https://doi.org/10.3390/jcm10030398>.

- ccc (Centro de Control del Nuevo Coronavirus). 2020a. “Sobre el establecimiento de la junta de expertos para la toma de medidas contra la enfermedad del nuevo coronavirus”. [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/senmonkakaigi/konkyo.pdf](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/senmonkakaigi/konkyo.pdf).
- ccc (Centro de Control del Nuevo Coronavirus). 2020b. “Políticas básicas en respuesta al nuevo coronavirus (primera versión)”. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/seifunotorikumi.html>.
- ccc (Centro de Control del Nuevo Coronavirus). 2021. “Políticas básicas como contramedidas al nuevo coronavirus”. [https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon\\_h\\_20210113.pdf](https://corona.go.jp/expert-meeting/pdf/kihon_h_20210113.pdf).
- IPSS (National Institute of Population and Social Security Research). 2021. “Estadísticas sobre el nuevo coronavirus”. <http://www.ipss.go.jp/projects/j/Choju/covid19/index.asp>.
- JNTO (Japan National Tourism Organization). 2021. “Cifras de visitantes a Japón (Estadísticas de diciembre de 2020)”. [https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data\\_info\\_listing/pdf/210120\\_monthly.pdf](https://www.jnto.go.jp/jpn/statistics/data_info_listing/pdf/210120_monthly.pdf).
- JPALD (Japan Preventive Association of Life-Style Related Disease). 2020. *Encuesta Nacional de Hábitos y Enfermedades (2019)*. <http://www.seikatsusyukanbyo.com/statistics/2020/010332.php>.
- Kamito, Asako y Tomotatsu Yamaguchi. 2020. “Inspección: 800 millones de yenes por Abenomasks llenas de agujeros, contrato después de conocida la falla y desaparición de la responsabilidad de la garantía”. *Mainichi*, 27 de mayo de 2020. <https://mainichi.jp/articles/20200527/k00/00m/010/099000c>.
- Kantei. 2021. “Centro de Control del Nuevo Coronavirus”. [https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel\\_coronavirus/taisaku\\_honbu.html](https://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/taisaku_honbu.html).
- Kingston, Jeff. 2020. “PM Abe’s Floundering Pandemic Leadership”. *The Asia-Pacific Journal | Japan Focus*, 1 de mayo de 2020.
- Masuda, Shinya. 2019. “Health Policy in Japan - Current Situation and Future Challenges”. *Japan Medical Association Journal* 2 (1): 1-10. doi: 10.31662/jmaj.2018-0016.
- MOF (Ministry of Finance). 2021. “Presupuesto del segundo año de la Era Reiwa”. [https://www.mof.go.jp/budget/budger\\_workflow/budget/fy2020/fy2020.html](https://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2020/fy2020.html).

- MOFA (Ministry of Foreign Affairs). 2020. “Avión para repatriar japoneses en Hubei”. [https://www.mofa.go.jp/mofaj/ca/jnos/page1\\_000998.html](https://www.mofa.go.jp/mofaj/ca/jnos/page1_000998.html).
- MOFA (Ministry of Foreign Affairs). 2021. “Restricciones internacionales de inmigración. Extranjeros en Japón y japoneses en el exterior”. [https://www.anzen.mofa.go.jp/covid19/pdfhistory\\_world.html](https://www.anzen.mofa.go.jp/covid19/pdfhistory_world.html).
- MSTB (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar). 2019. *Censo de Población*. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>.
- MSTB (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar). 2021a. “Centros de consulta en relación al nuevo coronavirus, la atención médica y tratamientos”. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryou/covid19-kikokusyasessyokusya.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/covid19-kikokusyasessyokusya.html).
- MSTB (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar). 2021b. “Consultas sobre tratamiento médico”. [https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kenkou-iryousoudan.html#h2\\_2](https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kenkou-iryousoudan.html#h2_2).
- MSTB (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar). 2021c. “Estadísticas de COVID-19”. <https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/open-data.html>.
- MSTB (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar). 2021d. “Nuevo coronavirus”. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708\\_00079.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00079.html).
- NHK. 2020a. “Condiciones del primer Estado de Emergencia”. *NHK*, abril-mayo de 2020. <https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/emergency/>.
- NHK. 2020b. “Contramedida al COVID-19, envío de personal médico de las Fuerzas de Autodefensa a Osaka a partir del día 15”. *NHK*, 11 de diciembre de 2020. [https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201211/k10012758511000.html?utm\\_int=news-social\\_contents\\_list-items\\_012](https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201211/k10012758511000.html?utm_int=news-social_contents_list-items_012).
- NHK. 2020c. “La gobernadora Koike anuncia la emisión de la ‘Advertencia especial de corona de vacaciones de año nuevo’ en Tokio”. *NHK*, 17 de diciembre de 2020. <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20201217/k10012770091000.html>.
- NHK. 2020d. “Nivel de alerta en Tokio”. *NHK*, 15 de julio de 2020. <https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/number-tokyo/new-monitoring.html>.

- NHK*. 2021a. “Personas en exteriores en sábados desde el segundo Estado de Emergencia de 2 a 4 veces más que durante el primero”. *NHK*, 10 de enero de 2021. <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210110/k10012807801000.html>.
- NHK*. 2021b. “Tokio - Más pacientes de COVID-19 en casa a pesar de necesitar hospitalización, más casos de contagio sin poder reastrearse”. *NHK*, 13 de enero de 2021. <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210113/k10012811931000.html>.
- NIID (National Institute of Infectious Diseases). 2020. “Field Briefing: Diamond Princess COVID-19 Cases, 20 Feb Update”. <https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9417-covid-dp-fe-02.html>.
- Nikkei*. 2021. “Estudiantes de posgrado de enfermería a la práctica profesional | Solicitud del Ministerio de Salud”. *Nikkei*, 5 de enero de 2021. <https://www.nikkei.com/article/DGXZQODF0558H0V00C21A1000000/>.
- Nishiura, Hiroshi, Andrei R. Akhmetzhanov, Kenji Mizumoto, Sung-mok Jung, Natalie M. Linton y Ryosuke Omori. 2020. “Epidemiological Characteristics of Novel Coronavirus Infection: A Statistical Analysis of Publicly Available Case Data”. *medRxiv*, 4 de mayo de 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.04.24.20077800>.
- NRI (Nomura Research Institute). 2021. “El cuarto estado de emergencia en Tokio”. [https://www.nri.com/jp/knowledge/blog/1st/2021/fis/kiuchi/0708\\_2](https://www.nri.com/jp/knowledge/blog/1st/2021/fis/kiuchi/0708_2).
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2021. “Notas descriptivas”. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2021. “Coronavirus (COVID-19) Testing”. *OurWorldInData.org*. Consultado el 20 de abril de 2021. <https://ourworldindata.org/coronavirus-testing>.
- Saito, Mari y Ju-Min Park. 2020. “Cushy Coronavirus Aid Contract Puts Japan Ad Giant Dentsu under Spotlight”. *Japan Times*, 28 de julio de 2020. <https://www.japantimes.co.jp/news/2020/07/28/national/japan-coronavirus-aid-contract-dentsu/>.

- Shigeta, Shunsuke. 2021. "Suga vs Koike: Bitter Political Rivalry Hampers Japan's COVID Response". *Nikkei Asia*, 9 de enero de 2021. <https://asia.nikkei.com/Politics/Suga-vs-Koike-Bitter-political-rivalry-hampers-Japan-s-COVID-response>.
- TOCOG (Tokyo Organising Committee of the Olympic and Paralympic Games). 2020. "Olympic Games Postponed to 2021". <https://tokyo2020.org/en/news/joint-statement-from-international-olympic-committee-and-tokyo2020>.
- Tokio-Shimbun*. 2020. "COVID-19 en 10 personas venidas del extranjero, 3 posibles contagios con la nueva cepa de Reino Unido". *Tokio-Shimbun*, 25 de diciembre de 2020. <https://www.tokyo-np.co.jp/article/76719>.
- Tokio-Shimbun*. 2021. "Muertes en casa... ¿una tras otra? Responsable en Kanagawa. 'Podría pasar'". *Tokio-Shimbun*, 19 de enero de 2021. <https://www.tokyo-np.co.jp/article/80827>.
- Worldometers. 2021. "COVID-19 Coronavirus Pandemic". <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
- Yomiuri*. 2020. "Tokio. Los barrios nocturnos". *Yomiuri*, 24 de julio de 2020. <https://www.yomiuri.co.jp/national/20200724-OYT1T50173/>.
- Yoshida, Reiji. 2020. "Expert Stirs Controversy with Video on 'Inadequate' Virus Controls on Diamond Princess". *Japan Times*, 19 de febrero de 2020. <https://www.japantimes.co.jp/news/2020/02/19/national/video-covid-19-controls-diamond-princess/>.



# Conclusiones

## Del aprendizaje a la política pública en Asia del Pacífico: la importancia de estar preparados durante el primer año de pandemia

Carlos Uscanga  
Juan Felipe López Aymes

En lo general, las políticas sanitarias a las que recurrieron los gobiernos en el este y sudeste de Asia para contener y mitigar el SARS-COV-2 se calificaron como exitosas debido a su eficiencia y eficacia, al menos en cuanto al tratamiento de las olas de contagio iniciales durante el primer año de la pandemia. Como ha podido comprobarse a lo largo de este libro, un factor en común que marcó la respuesta de todos los gobiernos revisados fueron sus experiencias previas con las epidemias del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), en 2003, y del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS), en 2015, las cuales evidenciaron en su momento la vulnerabilidad de los sistemas nacionales de salud. A raíz de esas valiosas lecciones, y para no repetir los errores del pasado, se llevaron a cabo reformas sustanciales en dichos sistemas, las cuales se enfocaron en los siguientes aspectos: el establecimiento de protocolos estandarizados para propiciar una comunicación más efectiva con mayor claridad en las tareas y responsabilidades intragubernamentales; la adecuación de estructuras institucionales que posibilitaran el acceso y protección de datos personales e historiales médicos de pacientes; los ajustes legislativos que dotaran de mayor autonomía a las agencias de coordinación epidemiológica; la formulación de planes para la optimización de infraestructura hospitalaria pública y privada;<sup>1</sup> el fortalecimiento de instituciones

---

<sup>1</sup> Por ejemplo, están los casos de la reconversión temporal del sistema hospitalario y las redes de clínicas de atención de la COVID-19; la construcción de hospitales

educativas para la formación de recursos humanos especializados; entre otros. Lo anterior demostró su determinación por prevenir nuevas crisis sanitarias y por fortalecer las capacidades que los ayudaran a contener nuevos brotes de manera rápida en caso de ocurrir. Aun con diferentes grados de progreso en esas reformas, en general, todos los gobiernos y autoridades sanitarias demostraron estar preparados para enfrentar una contingencia de gran magnitud como la de la COVID-19.

El común denominador de algunos de los casos revisados fue una respuesta proactiva e inmediata (aunque contrastante en China, Singapur y Japón, según los capítulos correspondientes), pues la mayoría realizó acciones tempranas relacionadas con la reducción de la movilidad y las actividades que supusieran altas concentraciones de personas —especialmente en espacios cerrados como oficinas, escuelas o centros de entretenimiento—. Asimismo, se analizaron escenarios en los que tuvo lugar el confinamiento de ciertas comunidades de riesgo (por sus condiciones de vida o actividad que realizaban) y el cierre parcial o total de fronteras.<sup>2</sup> Con variaciones en la pertinencia de las políticas públicas adoptadas por cada Estado y cobertura de su infraestructura de salud, en la cantidad y calidad de recursos humanos especializados y capacitados, así como en la velocidad y asertividad en la toma de decisiones (véase cuadro 1), hemos constatado que las políticas estudiadas cumplieron su propósito de proteger la vida de sus habitantes (véase cuadro 2). A ello debe sumarse el relativo acatamiento social de las medidas y acciones gubernamentales, ya fuera por la evidente confianza puesta en las autoridades sanitarias, por la provisión de paquetes económicos y fiscales que compensaron la parálisis productiva y comercial, o bien, porque el costo de sufrir las sanciones

---

enteros en China para aumentar el número de camas; la instalación de prototipos de cuartos y módulos portátiles de cuidados intensivos; y la adecuación de residencias para llevar a cabo el aislamiento de manera controlada.

<sup>2</sup> Al principio, la reacción común fue el cierre total de fronteras y una alta vigilancia de los nacionales repatriados. Conforme fue tomándose control sobre las cadenas de contagios, se abrieron gradualmente puertos y se restablecieron algunas rutas aéreas. El riesgo fue más o menos calculado y controlado con medidas y protocolos aplicados a inmigrantes, aunque el aumento de casos importados no significó un repunte masivo de brotes.

era superior al beneficio de ejercer sus derechos individuales. También es posible que una combinación de todos esos elementos haya contribuido a la aquiescencia de la población para cooperar.

Los rebrotes del virus SARS-COV-2 y sus nuevas variantes continuarán siendo un reto para la política pública, las agencias especializadas y la población en cada país de la región, por lo que este primer ejercicio comparativo se enfrenta al reto de estudiar un proceso que todavía está en movimiento. A pesar de ello, gracias a la observación panorámica de cada caso abordado en estas páginas se ha podido constatar que los gobiernos conservarán su capacidad de contención y mitigación, aun cuando pudieran registrarse nuevos brotes.

Como apunta Juan José Ramírez Bonilla en su artículo sobre el caso de Malasia, queda claro que la emergencia de la COVID-19 no solo se ha tratado de la propagación global de un virus altamente letal, sino también de sus impactos y de que se ve afectada por el carácter dinámico de sociedad. Es por ello que debe estudiarse de manera integral y multidisciplinaria, y no solo desde la perspectiva médica o epidemiológica; esto es, tomando en cuenta los contextos políticos, económicos, jurídicos, tecnológicos y hasta culturales en que se desarrolla, pero también distinguiendo el fenómeno como un reflejo de las condiciones estructurales o sistémicas de carácter global. Esta complejidad produce múltiples efectos que sin duda han puesto en relieve graves lesiones dentro del sistema económico, en las estructuras políticas y en la naturaleza del pacto social. En ese sentido, aunque esta obra indaga en las políticas sanitarias y medidas específicas para la contención y mitigación de la COVID-19 de una región del mundo, también presenta las otras consecuencias de la pandemia al develar problemáticas escondidas como las disparidades que golpean a grupos vulnerables o desfavorecidos por el modo de producción capitalista —por ejemplo, los trabajadores migrantes, las comunidades LGTBIQ+, o grupos étnicos minoritarios—.

El agotamiento social y la necesidad de subsistir económicamente ha llevado a segmentos importantes de la población de todos los países a exponerse al virus; pues, sin duda, el contacto social y la celebración de actos religiosos son insustituibles, y el teletrabajo no es una opción para todos. Así que, aunque la capacidad de acción de los gobiernos es muy importante, el factor social no debe perderse de vista, pues sobre este recaen las políticas

**Cuadro 1**  
**Olas de contagio y estados de emergencia, 2019-2021**

País	Olas de contagio	Estados de emergencia
China	1.ª Enero-febrero de 2020	1.º 27 de diciembre de 2020 2.º 13 de enero de 2021 (Heilongjiang)
Corea del Sur	1.ª Febrero-abril de 2020 2.ª Agosto-septiembre de 2020 3.ª Noviembre de 2020-enero de 2021 4.ª Marzo de 2021	1.º 20 de enero de 2020 (nivel 2 del Sistema de Alerta de Riesgo de Enfermedades Infecciosas) 2.º 23 de febrero de 2020 (nivel 4 [máximo] del Sistema de Alerta)
Japón	1.ª Abril de 2020 2.ª Julio-septiembre de 2020 3.ª Noviembre de 2020-febrero de 2021	1.º 28 de febrero de 2020-19 de marzo de 2020 (Hokkaido) 2.º 7 de abril de 2020-25 de mayo de 2020 3.º 7 de enero de 2021-21 de marzo de 2021
Singapur	1.ª Abril-mayo de 2020 2.ª Julio-agosto de 2020	1.º Febrero-abril de 2020
Malasia	1.ª Marzo-abril de 2020 2.ª Octubre de 2020-marzo de 2021	1.º 25 de enero de 2020-16 de febrero de 2020 2.º 27 de febrero de 2020-30 de junio de 2020 3.º Septiembre de 2020
Tailandia	1.ª Marzo-abril 2020 2.ª Diciembre de 2020-febrero de 2021	1.º 26 de marzo de 2020-3 de abril de 2020 2.º 4 de enero de 2021-25 de marzo de 2021 (provincias en zona roja)
Taiwán	1.ª Marzo-abril de 2020	-
Vietnam	1.ª Marzo-abril de 2020 2.ª Julio-agosto de 2020 3.ª Febrero de 2021	1.º 1 de abril de 2020-16 de abril de 2020

Fuente: Elaboración propia con base en *France 24* (2021); *Jiji Press* (2020); Arana (2020); Rampal (2021); *Swissinfo.ch.* (2021); Wang (2020); Task Force (2020). Véanse las gráficas 1, 2 y 3 de la introducción de este libro.

sanitarias y económicas. Considerar lo anterior ayuda a reconocer diversas razones subyacentes en las diferentes oleadas de contagios, aun cuando parecía que algunos gobiernos tenían todo bajo control.

Asimismo, la pandemia hizo aún más evidente la brecha tecnológica existente entre las diferentes naciones del planeta. Mientras algunos gobiernos como China, Corea del Sur, Singapur, Taiwán y Japón implementaron sistemas de rastreo, monitoreo en tiempo real y seguimiento de los casos de personas infectadas, gracias a sus amplias capacidades y dominio de las tecnologías de la información y extensa cobertura de sus sistemas de comunicación, otros países hacían lo que estaba a su alcance con sus propios

recursos materiales y humanos, los cuales eran escasos y no siempre óptimos para responder al ingente reto de contener la pandemia. Los casos estudiados demuestran que esa capacidad puede marcar una diferencia significativa al permitir el rastreo de contactos por medios digitales y con ello romper oportunamente las cadenas de contagio. No contar con la posibilidad de detectar y seguir los casos llevó a tomar medidas estrictas de aislamiento masivo imposibles de mantener por periodos demasiado largos.

No toda la efectividad en la contención de la pandemia se limita a las cuestiones técnicas o tecnológicas; también importa mucho la capacidad de ajuste oportuno de las reglas y protocolos cuando se enfrenta a las especificidades de cada problemática y a cada dinámica política y social. El caso de Corea del Sur es interesante en tanto que la nación efectuó ajustes inmediatos a su reglamentación en materia de salud y manejo de datos de la población para permitir el rastreo de contagios y definir el protocolo de hospitalización. Otros países de la región hicieron lo propio antes o inmediatamente después de los primeros casos, aunque ciertamente el uso de datos personales ha sido un tema delicado y sensible incluso para las sociedades de Asia, que suelen ser vistas como proclives a colaborar con sus autoridades. En este sentido, Corea del Sur adoptó soluciones creativas y flexibles a través de la innovación técnica y científica para la producción de kits de diagnóstico y uso de las TIC, lo cual facilitó su estrategia de las 3T (*Test-Trace-Treatment*); dichas iniciativas fueron acompañadas por cambios legales que se comunicaron de manera transparente a la población. Taiwán diseñó una estrategia muy similar, analizada por Pablo Henri Ramírez Didou, la cual permitió mayor eficiencia en la identificación de grupos de contagio y efectividad en su aislamiento reduciendo la transmisión y, por ende, la tasa de letalidad (véase cuadro 2); en algún momento, la recolección de datos personales y su uso para la investigación epidemiológica también fueron asunto de discusión, pero la asertividad gubernamental y la confianza en las autoridades sanitarias evitaron la politización del tema.

Al inicio de la pandemia, mientras los casos se multiplicaban sin control en Europa, Estados Unidos y América Latina, Asia contrastaba por lo moderado de sus registros; se argumentaba que las bases del confucianismo, que supuestamente regulan el comportamiento social, desempeñaron un papel

**Cuadro 2**  
**Contagios, decesos y tasa de letalidad por la COVID-19**  
**en el este y sudeste de Asia, hasta el 31 de marzo de 2021**

Países	Contagios	Decesos	Tasa de letalidad (%)
China	90 265	4 636	5.14
Corea del Sur	103 088	1 735	1.67
Japón	471 777	9 155	1.93
Singapur	60 381	30	0.05*
Malasia	344 018	1 272	0.37
Tailandia	28 863	94	0.33
Taiwán	1 030	10	0.97
Vietnam	2 603	35	1.34

Nota: \*La más baja del mundo.

Fuente: Elaboración propia con base en Ritchie et al. (2020-2021).

crítico como factor de autocontrol de contagios. Incluso, llegó a afirmarse que la aceptación generalizada del uso de cubrebocas y la cibervigilancia obedecía a rasgos culturales supuestamente dominantes en la región (Han 2020). La evidencia puso en entredicho dicha perspectiva, ya que el confucianismo no necesariamente evitó que los gobiernos cometieran errores por urgencias políticas, ni mostró su eficacia en cuanto a la idea de corresponsabilidad social en una población que eventualmente mostró síntomas de agotamiento por la prolongada reclusión. Debido a este último factor, la disciplina sanitaria se vio vulnerada en varias ocasiones y provocó nuevos brotes de infección, especialmente después de algunas manifestaciones civiles o de la celebración de festividades tradicionales que implicaban el desplazamiento de familias y contactos entre diferentes grupos. En todo caso, las restricciones a la movilidad impuestas por los gobiernos nacionales y locales, con distintos grados de rigurosidad en la vigilancia y severidad en la penalización, fueron más efectivas para desincentivar los traslados innecesarios. En ese sentido, a pesar de que las perspectivas culturalistas puedan resultar más atractivas, de estas se tiende a formular generalizaciones poco útiles. Hubo países asiáticos, como Vietnam o China, en donde el factor sociocultural sí podría abonar a la explicación de obediencia y confianza en las autoridades;

aunque quizá también fueron más importantes los mecanismos de vigilancia e intimidación (Hayton y Ngheo 2020).

A la luz de los capítulos que integran este volumen, puede argumentarse que el confucianismo no marcó ninguna diferencia en las sociedades de China, Taiwán, Japón, Corea o Singapur y quizá Vietnam, que suelen encasillarse como practicantes de dicha filosofía, ya que la incidencia de contagios varía entre ellas. Es más plausible que Corea del Sur y Japón hayan tenido más contagios que los otros países por haber seguido enfoques más flexibles con modelos de fronteras y sociedades abiertas, y sin aislamiento generalizado; en el caso de Japón también pudo deberse a sus problemas iniciales para rastrear el origen de los contagios y aislar oportunamente a los contactos de personas infectadas, pero también por iniciativas para la reactivación económica que impulsaron la movilización. Por muy confucianas que fueran, las acciones de confinamiento generaron resistencia y críticas al interior de las sociedades.

Muchas naciones de Asia fueron exitosas en la implementación de acciones tempranas para restringir la movilidad de sus ciudadanos y de viajeros provenientes del exterior. Por ejemplo, Taiwán y Singapur optaron por cerrar completamente sus fronteras, y otros como Corea del Sur implementaron medidas menos drásticas, pero estrictas en cuanto a la obligatoriedad de cuarentena y seguimiento de aquellos que ingresaban al país por sus puertos marítimos y aéreos. Al inicio de la crisis, Japón retuvo anclado al crucero turístico *Diamond Princess*, proveniente de Hong Kong<sup>3</sup> y Taiwán, sin permitir el desembarco de sus pasajeros ni tripulantes, al haberse detectado un brote que afectó a más de una centena de personas. En China, Wuhan y otras ciudades de la provincia de Hubei fueron puestas en cuarentena. Es verdad que esas acciones no están exentas de controversia, sea por razones humanitarias, de derechos humanos o libertades de movilidad; no obstante, tales medidas contribuyeron a mantener el número de contagios importados más o menos bajo control.

---

<sup>3</sup> El primer caso de contagio del SARS-COV-2 fue un pasajero que desembarcó en Hong Kong.

En este proceso, de nuevo se comprueba que la buena comunicación entre las autoridades y la población ha fungido como un factor de contención sumamente importante, más allá que el reforzamiento doctrinario de valores culturales o ideológicos. Es cierto que en algunos países la comunicación suele ser un tema controversial, pero para la mayoría de los gobiernos comprendidos en este estudio, incluyendo el de China y Vietnam, quedó claro que la transparencia es un principio fundamental para ganar la confianza de la población y para aplicar con mayor eficiencia y eficacia las políticas sanitarias. Esto es comprobable aún en regímenes autoritarios como el vietnamita que, en teoría, no está sujeto a mecanismos de rendición de cuentas para continuar en el poder. Se entiende que es una cuestión técnica y práctica, no política, pues se trata de información sobre alertas de riesgo específicas en la prevención, protección y el combate a la COVID-19; cabe aclarar que ello no significa que en otros aspectos de la política nacional haya transparencia, se permita el debate, la evaluación popular o la crítica a las acciones del gobierno en general. También se observan variaciones en el estilo, dependiendo del régimen y de sus prácticas de comunicación social; de manera que sus mensajes podían ser transmitidos mediante el empleo de eslóganes patrióticos, de información técnica o, incluso, con un viso cultural. Lo relevante es que, en casi todos los casos, los anuncios provenientes de las autoridades sanitarias y los gobernantes solían ser claros, precisos y consistentes, sin necesidad de usar tonos alarmistas o catastrofistas; suponemos que eso contribuyó a una mayor probabilidad de obediencia y participación social. Contrario al estilo que emplearon los gobiernos de Estados Unidos y México, los cuales optaron por emitir mensajes tranquilizadores y optimistas que confundieron a la población cuando la evidencia señalaba que no había tanto control, generando confusión, frustración y desconfianza.

Si bien los presentes trabajos destacaron diversos aspectos positivos en el manejo de la pandemia, varios de ellos no dejaron de interponer una perspectiva crítica al develar algunas verdades ocultas. Por ejemplo, la crisis puso en evidencia las condiciones inadecuadas e insalubres en las que residían ciertos grupos de trabajadores migrantes. Los capítulos de Malasia y Singapur hicieron énfasis en este problema, pues, aunque en general los gobiernos

tuvieron un manejo y control adecuado de los contagios, se suscitaron picos significativos especialmente en comunidades de trabajadores extranjeros, tanto legales como indocumentados. Podría entenderse que debido a su situación legal, los segundos se encontraran fuera del radar oficial, así como de los apoyos, cuidados y seguimiento provistos por las autoridades sanitarias; sin embargo, también ocurrió en casos de trabajadores legales, lo cual deja ver cierta negligencia de empleadores y autoridades hacia ese sector. En consecuencia, esas fuentes de propagación fueron difíciles de detectar, lo que expuso algunas debilidades de la política sanitaria y que el sistema de seguridad social fuera incapaz de advertir (o reconocer públicamente) el problema; naturalmente, los gobiernos fueron blanco de críticas por parte de organizaciones de la sociedad civil. Probablemente esta no sea una situación exclusiva de Malasia o Singapur, sino también de Corea del Sur, Japón y las comunidades birmanas en Tailandia, lo que ameritaría el desarrollo de un proyecto futuro al respecto.

Más allá de esos fenómenos en apariencia aislados, los trabajos mostraron numerosas coincidencias en la estrategia sanitaria de los gobiernos analizados. Con variaciones en el énfasis, la mayoría concedió importancia a las pruebas masivas, rastreo puntual de cadenas de contagio y aislamiento de casos positivos, por lo que el número de decesos fue muy bajo. Tales variaciones no ocultaban los dilemas de cada gobierno en cuanto a la rigidez y severidad de las medidas. En primer lugar, mientras que algunos apostaron por establecer medidas autoritarias y unilaterales, otros se decantaron por generar enfoques más participativos y de comunicación más transparente para fomentar la corresponsabilidad cívica (véase cuadro 3). Los casos de Vietnam y China corresponden a la primera selección; en cambio, Corea del Sur y Taiwán optaron por no establecer cuarentenas estrictas y generalizadas para no paralizar por completo la actividad de las empresas. En tanto, hubo otros casos intermedios que denotaron ciertas inconsistencias entre los objetivos de salud pública y la actividad económica; es el caso de las acciones precipitadas de Japón y la iniciativa de *Go to Travel, Go To Eat*, la cual, en un afán de lograr una recuperación de los negocios después del primer “tsunami” de COVID-19, generó por el contrario efectos nocivos que ocasionaron la segunda ola de contagio.

En segundo término, las tensiones entre los diferentes niveles de gobierno, así como entre las autoridades centrales y locales, por la implementación de las medidas sanitarias de aislamiento social, mermaban los rangos de efectividad —como se observó en Malasia, Tailandia y Japón—. En contraste, los sistemas centralizados de partido único en Vietnam y China redujeron al mínimo los disensos y, por ende, el uso político de la pandemia por parte de los grupos de presión o de oposición. Como se dijo líneas atrás, las políticas para contener la pandemia deben analizarse en el contexto socioeconómico y sociopolítico, en el que la coordinación política es clave, pero también la participación social de manera consciente e informada.

En este sentido, si bien encontramos algunos casos de Asia del Pacífico en los que las disputas políticas eran comunes y frecuentes, prácticamente todos contaron con una agencia especializada encargada de conducir las estrategias de combate al virus de manera centralizada, así como con mecanismos de cooperación y coordinación técnica interministerial y entre los diferentes niveles de gobierno. Esta capacidad de fungir como “torre de control” (Reich 2020) fue posible gracias a la relativa autonomía alcanzada antes o durante la emergencia y por ser, en general, concebidas como agencias políticamente neutrales. Además, los países de la región casi siempre mostraron una inclinación a privilegiar la opinión y visión técnica de expertos (epidemiólogos profesionales) por encima de la política (*politics*) y las pugnas partidistas cuando existieran (salvo en Vietnam y China que son sistemas unipartidistas).

Como se mencionó antes, la experiencia adquirida con epidemias en los veinte años previos a la llegada de la COVID-19 llevó a Corea del Sur, Singapur, Taiwán y Vietnam a incrementar sus conocimientos y habilidades operacionales que los ayudarían en la contención de nuevos brotes epidémicos, dando pie a la construcción de sistemas de salud resilientes, tal como afirma Virginia Leticia Valdivia Caballero en su respectivo capítulo. Aun así, en este tenor también surgieron asuntos contrastantes que denotaron problemáticas muy diversas.

Para el caso particular de Singapur, su política de previsión se distinguió por la acumulación de reservas de bienes de protección personal y medicamentos críticos, además por una mayor capacitación e incremento

**Cuadro 3**  
**Principales restricciones y políticas de confinamiento**  
**en el este y sudeste de Asia, 2019-2021**

Países	Principales restricciones	Políticas de confinamiento
China	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre total de Wuhan (23 de enero de 2020).</li> <li>• Uso del Código de Salud Alipay, aplicación que indica estado de salud.</li> <li>• Restricción de entrada y tránsito de extranjeros.</li> <li>• Pruebas obligatorias de COVID-19 y ácido nucleico.</li> <li>• Cargos penales a quienes mintieran u omitieran información en sus declaraciones de salud.</li> <li>• Toma obligatoria de temperatura y seguimiento de sus movimientos.</li> <li>• Regulación de venta de analgésicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierres de escuelas y lugares de trabajo.</li> <li>• Emisión de pases con los que los residentes salen de sus casas.</li> <li>• Prohibición de entrada a inquilinos de departamentos de otra ciudad.</li> <li>• Bloqueo de las aldeas con vehículos, tiendas de campaña y otras barreras improvisadas.</li> <li>• Confinamiento total y sin excepciones.</li> </ul>
Corea del Sur	<p>Se basaron en las reglas de distanciamiento social que el gobierno categorizó en un esquema de cinco niveles (1, 1.5, 2, 2.5 y 3). Seúl se encontraba en el nivel 2 y las demás zonas en el 1.5. Las restricciones para el nivel 2 incluían:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eventos con menos de cien participantes.</li> <li>• 10% de espectadores en deportes.</li> <li>• Cierre de karaokes y gimnasios después de las 9 p.m.</li> <li>• Para escuelas se recomienda la asistencia de 1 por cada 3 estudiantes.</li> <li>• Mascarilla obligatoria en transporte público, instalaciones de alto riesgo, bares, karaokes, restaurantes, cafés, protestas, farmacias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción de horarios en restaurantes, gimnasios, cafés, karaokes, iglesias y escuelas privadas.</li> <li>• Cuarentena para los casos positivos (aunque fueran asintomáticos) y sus contactos.</li> </ul>
Japón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas obligatorias en aeropuertos.</li> <li>• Veto a la entrada de extranjeros y cuarentena por catorce días a nacionales extranjeros, suspensión de validez de visas y exención de visado.</li> <li>• Sanciones a empresas que no cooperaran durante el segundo estado de emergencia con multas de hasta 500 000 yenes.</li> <li>• Restricciones de uso de transporte público a personas que entraran por vía marítima o aérea.</li> <li>• Uso de las 3C: <i>closed spaces</i>, <i>crowded places</i> y <i>close-contact setting</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confinamiento voluntario tras el decreto de emergencia del 6 de abril de 2020.</li> <li>• Cierre de teatros, salas de conciertos, cines, hoteles, museos, bibliotecas, gimnasios, etc.</li> </ul>
Singapur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de Respuesta a Brotes de Enfermedades (DORSCON), cuyos niveles eran verde, amarillo, naranja y rojo.</li> <li>• Permanencia en residencia y no abandonarla (al menos que fueran trabajadores esenciales).</li> <li>• Prohibición de reuniones sociales.</li> <li>• Restricción de uso de instalaciones deportivas o recreativas.</li> <li>• Sanciones con 10 000 dólares singapurenses o encarcelamiento durante seis meses.</li> <li>• En caso de segunda falta, las multas ascendían a 20 000 dólares o a prisión de doce meses.</li> <li>• Cuarentena obligatoria a viajeros y prohibición de entrada al territorio a viajeros provenientes de China continental, Francia, Alemania, Irán, Italia, Corea del Sur y España.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre de bares, restaurantes, teatros y otros locales a partir del 24 de marzo de 2020.</li> <li>• Cierre de escuelas y trabajos no esenciales durante abril de 2020.</li> </ul>

Cuadro 3 (continuación)

Países	Principales restricciones	Políticas de confinamiento
Malasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de la Orden de Control de Movimiento que implicaba: <i>a)</i> revisión médica y cuarentena de catorce días para malasio provenientes del exterior; <i>b)</i> restricción de entrada a extranjeros, y <i>c)</i> cierre de establecimientos.</li> <li>• Prohibición de desplazo interno, con movimiento limitado a 10 km de distancia del domicilio.</li> <li>• Permiso de la policía para salir más allá de lo permitido</li> <li>• Solo dos personas por vehículo.</li> <li>• Actividades religiosas con asistencia limitada.</li> <li>• La prueba de COVID-19 y cargos de cuarentena corrían por cuenta propia de los extranjeros.</li> <li>• Los viajeros debían descargar la aplicación MySejahtera y llevar una pulsera de identificación y seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suspensión de celebraciones públicas hasta nuevo aviso.</li> <li>• Prohibición de salir de casa a los habitantes de las zonas afectadas salvo para hacer compras indispensables.</li> <li>• Permiso solo a dos personas por hogar para salir a comprar alimentos en supermercados.</li> <li>• Cierre de empresas y servicios no esenciales.</li> <li>• Suspensión del Parlamento y actividades políticas.</li> </ul>
Tailandia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre de restaurantes y puestos de comida a las 9 p. m.</li> <li>• Cierre de bares y discotecas.</li> <li>• Prohibición de venta de alcohol.</li> <li>• Los gobernadores provinciales podían establecer sus propias restricciones.</li> <li>• Cierre de escuelas y centros educativos.</li> <li>• Parques y playas abiertas, algunas con restricciones.</li> <li>• Solicitud a turistas de un Certificado de Entrada, además de una permanencia de catorce días en cuarentena.</li> <li>• Prueba PCR obligatoria para turistas.</li> <li>• Facilidades durante la cuarentena por parte del gobierno.</li> <li>• Creación del Alternative State Quarantine (ASQ), en el cual los hoteles participantes tienen paquetes para cuarentena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de estado de emergencia en marzo y abril del 2020.</li> <li>• Declaración de zonas de alto riesgo (por parte de la administración de Prayut Chan-o-cha) sobre 28 provincias, incluyendo Bangkok tras registrar el 4 de enero un récord de infecciones.</li> <li>• Confinamiento en casa y trabajo vía remota.</li> </ul>
Taiwán	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prohibición de viajes desde y hacia la isla.</li> <li>• Cuarentena estricta a los contactos cercanos de personas contagiadas.</li> <li>• Suspensión de exención de visados.</li> <li>• Para los viajeros, permanencia de catorce días en cuarentena y prueba obligatoria de COVID-19.</li> <li>• Uso de mascarilla obligatorio en el transporte público y lugares determinados (no en la calle).</li> <li>• Geolocalización de móviles, por las autoridades, a quienes debían estar en cuarentena.</li> <li>• Prohibición de la exportación de mascarillas, control de exportaciones de termómetros y ajustes en la importación de mascarillas y concentración de alcohol sin desnaturalizar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ningún momento se promulgaron confinamientos estrictos a la población.</li> </ul>
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricciones a los viajes, rastreo de contactos y medidas de cuarentena.</li> <li>• Cierre de fronteras, excepto a vietnamitas.</li> <li>• Cierre de escuelas y universidades de enero a mayo de 2020.</li> <li>• Permiso para mantenerse abiertos a fábricas, negocios y establecimientos de servicios esenciales.</li> <li>• Asignación de hoteles como localidades para cuarentena.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confinamiento de quince días a escala nacional a partir del 1 de abril de 2020.</li> <li>• Medidas de distanciamiento social por quince días a partir del 28 de julio de 2020 en Da Nang.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en Leung et al. (2020); Mason Korea (2021); JNTO (2021); MOH Singapore (2021) y Task Force (2020).

del número de personal médico y de enfermería. Por el contrario, Japón no ha sido capaz de resolver su situación demográfica debida a una población compuesta en gran porcentaje por adultos mayores y de una política migratoria inadecuada; tampoco ha solucionado la escasez de recursos humanos en clínicas y hospitales. Esto ha representado un punto de presión al sistema de salud japonés, no por la precariedad de su infraestructura hospitalaria, sino por la carencia de personal calificado.

Algunos capítulos del presente libro también analizan el estado de salud de la población como parte de las condiciones que explican la baja tasa de mortalidad. Puede apreciarse de manera general que el mayor número de muertes por la COVID-19 ocurre en el grupo etario de mayores de 70 años; una característica común de la enfermedad, ya que afecta con severidad a personas con sistemas inmunes débiles debido al agotamiento propio de la edad avanzada o comprometidos por algún otro padecimiento crónico subyacente, ya sean problemas cardiovasculares, respiratorios o metabólicos, como la diabetes. En sociedades con un acelerado proceso de envejecimiento —es el caso de la japonesa y la coreana—, la mortalidad está claramente acentuada en ese segmento poblacional. La obesidad y la diabetes han aumentado en los últimos años, especialmente en personas mayores de 35 años de edad, debido a malos hábitos urbanos como el sedentarismo y una alimentación abundante en calorías. Si bien los países de Asia del Pacífico todavía no experimentan el problema de salud pública de la diabetes como otras regiones, la COVID-19 debe servir como una advertencia para comenzar a tomar en medidas de prevención; de lo contrario, la respuesta epidemiológica quedará severamente limitada y la narrativa aquí presentada podría ser otra.

En otro orden de ideas, los países estudiados también tienen en común un alto grado de participación en la economía regional y global, ya sea como plataformas de exportación, centros financieros y logísticos, o como sedes de grandes corporaciones multinacionales y sus respectivas cadenas de producción transfronterizas. La pandemia puso en riesgo la continuidad de flujos comerciales y de capital de economías altamente dependientes del sector externo. Ante esta condición, los gobiernos afrontaron el dilema de cerrar por completo las fronteras para evitar la importación del virus o de optar por medidas restrictivas más flexibles —aunque tuvieran un efecto similar—.

Los capítulos muestran que la respuesta en este sentido no fue uniforme; cada nación intentó, en la medida de sus propios medios y capacidades, resistir el aislamiento y las políticas proteccionistas generalizadas. Asimismo, como en todo el mundo, los gobiernos de Asia del Pacífico implementaron planes para paliar la adversidad mediante subsidios y apoyos fiscales y financieros directos a sus ciudadanos (principalmente para mantener el consumo) y para el sector productivo (véanse cuadros 4 y 5).

A estos apoyos habría que agregar la postura de los gobiernos de la región, especialmente los de Corea del Sur, Japón, Taiwán, Singapur y China, de asumir el costo financiero de las pruebas, la cuarentena y el tratamiento, cuando los pacientes declararan oportunamente su enfermedad. Ese incentivo propició que las personas que debían aislarse pudieran hacerlo sin preocuparse por su manutención durante ese periodo, lo cual representaba una carga emocional menor y hacía posible mantener cierto control en el registro oficial. Sin embargo, tampoco en este aspecto hubo una respuesta uniforme, pues en el caso de Tailandia el gobierno no pagaba el costo de cuarentena cuando se realizaba en casa, mientras que en Malasia cada individuo debía sufragar sus gastos.

Si bien incentivar el consumo doméstico ha sido fundamental para reactivar la economía mientras se reanudan los vínculos para la producción global, varios gobiernos de la región asiática han buscado contribuir a la recuperación de otros socios para acelerar el proceso. Una forma de hacerlo ha sido mediante la cooperación internacional. Varios capítulos coinciden en señalar que la pandemia ha brindado también oportunidades de proyección externa mediante la cooperación y la capacitación para el fortalecimiento de sistemas de salud de los países más vulnerables. Por ejemplo, China, Japón y Corea del Sur han sido muy activos realizando acciones de ayuda humanitaria y cooperación reembolsable y no reembolsable. En el capítulo de Juan Felipe López Aymes dedicado a Corea del Sur, se destaca que esta nación se considera a sí misma como un caso ejemplar de buenas prácticas epidemiológicas de detección temprana del virus SARS-CoV-2, por lo que Seúl promueve su experiencia en foros bilaterales y multilaterales; asimismo, la Agencia de Cooperación Internacional de Corea ha buscado sumarse a la solidaridad global y posicionarse en un lugar relevante en las acciones colectivas

para contener la pandemia, incluyendo el aprovisionamiento de materiales y equipo médico.

En algunos casos, estos esfuerzos han sido compartidos con donadores tradicionales que participan en iniciativas de colaboración con sus contrapartes asiáticas y en la provisión de capacitación técnica, ayuda humanitaria y flujos financieros y en especie para algunos países del sudeste de Asia (véase cuadro 6). De manera semejante, Itzel Martínez Ruiz señala que Beijing ha aprovechado la coyuntura para fortalecer no solo su poder al interior del país, sino también su posición internacional por medio de la diplomacia con donaciones de medicamentos, materiales sanitarios y vacunas.

Sería inadecuado presentar una fórmula binaria de éxito-fracaso para identificar las diversas experiencias de los ocho gobiernos del este y sudeste de Asia en su lucha contra el virus SARS-COV-2, especialmente porque, como hemos visto, hay varios matices y formas de medirlo. Si el éxito en la contención de contagios se califica con indicadores de contagio y muertes, o incluso con índices de mortalidad, cabría entonces afirmar que los gobiernos de Asia se anotaron un triunfo histórico en comparación con la experiencia en Europa, las Américas e India. Sin embargo, lo que podría cuestionarse en algunos casos es que los métodos de algunas estrategias no serían aceptables en otras regiones. El costo social y de derechos humanos del éxito *versus* la vuelta a la normalidad y la reactivación económica es sopesado de manera diferente en el mundo, incluyendo países asiáticos con estructuras políticas centralistas y burocracias relativamente estables, calificadas y competentes.

Consideramos que esta obra contribuye al reconocimiento de aquellos factores que abonaron positivamente al margen de maniobra, en múltiples niveles, para enfrentar los retos que implicaba la pandemia. Uno de ellos fue la ejecución de acciones tempranas y agresivas en materia de política pública y sanitaria. La transparencia de la información y la participación social, sumada a los diferentes grados de confianza y obediencia, fueron coadyuvantes para romper las cadenas de contagio a través de prevención y contención.

Definitivamente este estudio aporta bastante al análisis de la relación entre gobiernos y sus sociedades; lo que procedería ahora es preguntarnos si esta revisión podría derivar en implicaciones teóricas que abonen a otro tipo de discusiones, como la centralización de la gestión *versus* la federalización de

la toma de decisiones en materia sanitaria, o si se eleva a un nivel de importancia semejante al del ámbito militar y de seguridad. Cuestiones como esta quedan abiertas para el debate teórico y empírico.

Por la delimitación inicial de este proyecto colectivo, algunos temas quedaron fuera del alcance de nuestro estudio y, sin duda, pudieron ser de gran importancia e interés. Por ejemplo, queda pendiente el estudio técnico de los sistemas de salud y sus mecanismos de gobernanza. Tampoco se abordaron de manera uniforme los procesos políticos internos o movimientos sociales al margen de las políticas o medidas sanitarias. De algunos capítulos se desprende el problema de poblaciones migrantes en Asia como factor decisivo en el control de procesos de emergencia sanitaria y sus implicaciones sociales y políticas; nos queda suponer que se trata de un elemento compartido en otros casos. Tampoco se examina a profundidad la respuesta en el ámbito de las políticas económicas y la reconversión de sistemas de producción regional que estos países han sufrido por las reacciones naturales de aislamiento y proteccionismo. Por la delimitación temporal, tampoco se abordaron las estrategias nacionales de vacunación una vez que el biológico estuvo disponible en el mundo.

Por último, al observar la similitud en la respuesta de varios gobiernos, es claro que existieron procesos de cooperación técnica en el marco de mecanismos de diálogo bilaterales o multilaterales —como APEC o ASEAN (o ASEAN + 3)—, donde pudieron compartirse las experiencias del SARS y MERS referidas en todos los casos. Si bien varios Estados de la región comparten ciertas tradiciones burocráticas (que hablan más sobre la capacidad de ejecución), la variedad de regímenes y capacidades institucionales son diferentes. Por ello sorprende lo parecido de las opciones de programas sanitarios que se discutieron y el tipo de agencias de control y coordinación que se instalaron, aunque no se le dé crédito a factores externos a su economía política nacional. Por ejemplo, Pablo Henri Ramírez Didou, en su capítulo, se refiere al “modelo taiwanés”, el cual guarda mucha semejanza con el de Corea del Sur. Ante este paralelismo, Carlos Uscanga et al. (2021) encontraron que, efectivamente, hubo un intenso trabajo de cooperación entre ambos mecanismos regionales, lo cual explica que compartieran programas y protocolos equiparables. Ante este panorama es preciso reconocer la efectividad de los

procesos de colaboración y cooperación regional en materia de fortalecimiento de capacidades y regulación.

Queda sobre la mesa un asunto por resolver: la pandemia es un blanco en movimiento. A pesar de que aquí se abordan casos relativamente exitosos de control sanitario, también es cierto que los problemas podrían empeorar. Sin embargo, se espera que del estudio de cada país, así como de su análisis en conjunto, se generen lecciones para México o cualquier otra nación. Si bien el éxito en las medidas sanitarias pudiera atribuirse a factores específicos —tanto de estructuras y tradiciones burocráticas distintivas de Asia, y quizá nociones de colectividad y aceptabilidad social de la autoridad que son en apariencia menos comunes en otros espacios culturales—, existen muchos otros elementos que podrían considerarse independientes, pero que requieren de una preparación y formación previa de capacidades. Esto es importante porque todo indica que esta gran experiencia de la humanidad no será la última. El valor de estas experiencias radica en que cuando nos enfrentemos a una situación similar podamos revisarlas para responder de manera más eficiente y con menos costos materiales y, sobre todo, humanos. Esta obra colectiva podría entonces ayudarnos a preparar nuestras instituciones, capacidades y voluntades para enfrentar la próxima crisis. Confiamos que este libro es ilustrativo y útil para personas de la sociedad con interés en ampliar su conocimiento sobre la experiencia asiática analizada por las autoras y autores en sus respectivas colaboraciones.

**Cuadro 4**  
**Apoyo financiero para la población y los negocios para compensar**  
**las repercusiones económicas de la pandemia 2019-2021**

Países	Apoyo financiero	
	Para la población	Para los negocios
China	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de prestaciones en efectivo para los pobres.</li> <li>• En Nangong, incentivos de 500 yuanes (75 dólares) a quien informara sobre un residente que no se hubiera realizado una prueba de coronavirus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistencia financiera y seguros para el sector agrícola y área rurales.</li> <li>• Ampliación de préstamos para los sectores de turismo, cultivo, cría y producción de productos agrícolas.</li> <li>• Programas de refinanciación y créditos especiales para empresas.</li> <li>• Recorte de pagos de seguridad social por parte del Ministerio de Finanzas para incentivar a empresas a retener empleados.</li> <li>• Facilitación de préstamos y descuentos por un año para empresas agrícolas.</li> <li>• Aplazamiento del pago del ISR a pequeñas empresas, hogares industriales y comerciales individuales.</li> <li>• Prestación de apoyo crediticio a empresas privadas en la provincia de Hubei.</li> </ul>
Corea del Sur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajas remuneradas a trabajadores que no gozaban de buena de salud o se encontraban en cuarentena.</li> <li>• Transferencias monetarias a hogares en cuarentena.</li> <li>• 7 billones de wones (6 mil millones de dólares) para apoyo financiero a familias (con 50% de recorte en ISR para reducir el alquiler).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tres paquetes financieros que incluían:</li> <li>• 4 billones de wones (3 mil millones de dólares) para importaciones de suministros de fabricación y pequeños comerciantes.</li> <li>• Recortes sobre consumo individual para impulsar compra en sector automovilístico.</li> <li>• 9 billones de wones (7 mil millones de dólares) en préstamos, garantías e inversiones.</li> <li>• Reducción de la tasa base, tipo de interés y tasa de interés del Servicio de Apoyo a los Préstamos Bancarios Intermedios.</li> <li>• Reducción o exenciones fiscales especiales para PYMES.</li> <li>• Reducción de aranceles en transporte aéreo.</li> <li>• Enmienda para apoyo de emergencia para empleo en turismo e industrias de rendimiento.</li> </ul>
Japón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotación de 300 000 yenes (2 820 dólares) a hogares con bajos ingresos.</li> <li>• Subsidios a personas que hubieran perdido su trabajo.</li> <li>• Estímulos de 200 000 yenes (1 880 dólares) a estudiantes con dificultades económicas tras perder su trabajo de medio tiempo.</li> <li>• Apoyo financiero a familias con hijos menores de edad.</li> <li>• Subsidio de aseguramiento de vivienda a personas que perdieron su trabajo o cuya economía se deterioró.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyos de hasta 1 millón de yenes (9 400 dólares) a pequeños negocios que obedecieran al cierre durante el primer estado de emergencia.</li> <li>• Fortalecimiento de subsidios a las PYMES que lograron mantener a sus empleados.</li> <li>• Fondos pequeños de emergencia: préstamos a quienes pasaban dificultades por suspensión de empleo o negocios.</li> <li>• Subsidios para mantener negocios que hayan disminuido sus ventas en 50% o más.</li> <li>• Préstamos sin garantía y sin intereses a propietarios de empresas individuales cuyas ventas disminuyeron en 5% o más.</li> </ul>

**Cuadro 4 (continuación)**  
**Apoyo financiero para la población y los negocios para compensar las repercusiones económicas de la pandemia 2019-2021**

Países	Apoyo financiero	
	Para la población	Para los negocios
Singapur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paquete de apoyo al hogar de 900 millones de dólares singapurenses (1 184 millones de dólares).</li> <li>• Diversos apoyos para familias de bajos ingresos que se vieron gravemente afectadas, por ejemplo, la iniciativa ComLink cubriría en los dos siguientes años catorce mil familias que habitaran en viviendas de alquiler.</li> <li>• Apoyo temporal a trabajadores que perdieron el trabajo, por ejemplo, COVID-19 Recovery Grant, como parte del Paquete de Resiliencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo de Apoyo al Empleo (JSS, por sus siglas en inglés) por valor de 13 700 millones de dólares singapurenses (18 mil millones de dólares) para empresas que retuvieran a trabajadores locales.</li> <li>• Programas SGUnited para contratar a personas, pasantías y capacitación de habilidades.</li> <li>• Fortalecimiento de los salarios de enfermeras, trabajadores de la salud y personal de atención de apoyo.</li> <li>• COVID Resilience Package con 11 mil millones de dólares singapurenses (1 315 millones de dólares) para apoyar a sectores en estrés por la pandemia y para ayudar a salvaguardar la reapertura de los negocios.</li> </ul>
Malasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estímulo financiero inicial de 20 mil millones de ringgits (4 mil millones de dólares).</li> <li>• Paquete de apoyo gubernamental PRIHATIN por valor de 250 mil millones de ringgits (60 mil millones de dólares) para ayudar a la población.</li> <li>• Asignación de 10 mil millones de ringgits (2 415 millones de dólares) para financiar familias en el marco de la Ayuda Nacional de Asistencia.</li> <li>• Programa de subsidio salarial para trabajadores que ganaban 4 000 ringgits (966 de dólares), al menos durante tres meses.</li> <li>• Pago único de 200 ringgits (48 dólares) a todos los estudiantes de instituciones de educación superior.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paquete PRIHATIN utilizado para apoyar a las PYMES</li> <li>• Descuentos de 15% en facturas de electricidad para empresas de viajes, aerolíneas, hoteles, centros comerciales y centros de exposiciones y convenciones.</li> <li>• Asignación de 40 millones de ringgits (9 millones de dólares) a PYMES que participaban en la producción de alimentos y la agricultura.</li> <li>• Subvenciones de 1 000 ringgits (241 dólares) a diez mil empresarios del comercio electrónico.</li> </ul>

**Cuadro 4 (continuación)**  
**Apoyo financiero para la población y los negocios para compensar**  
**las repercusiones económicas de la pandemia 2019-2021**

Países	Apoyo financiero	
	Para la población	Para los negocios
Tailandia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a trabajadores informales sin prestaciones de seguridad social.</li> <li>• Entrega de dinero en efectivo a los trabajadores</li> <li>• 1 billón de bahts (30 mil millones de dólares) en ayuda financiera para agricultores y personas afectadas por COVID-19.</li> <li>• Subsidio gubernamental en el salario del 62% para los trabajadores que perdieron su empleo.</li> </ul>	<p>Paquetes de estímulos, fase 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 billones de bahts (3.2 mil millones de dólares) enfocados en préstamos con bajo interés a negocios y reembolso de IVA.</li> </ul> <p>Incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplazamiento de pago y reducción de intereses para clientes de Instituciones Financieras Especiales.</li> <li>• Reducción en tasas de retención de impuestos y en tarifa de servicios eléctricos y de agua.</li> <li>• Reembolsos anticipados de IVA para exportadores de bienes.</li> </ul> <p>Paquetes de estímulos, fase 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 117 mil millones de bahts (3.56 mil millones de dólares).</li> </ul> <p>Incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención de impuestos y apoyo de préstamos a PYMES registradas en Tailandia.</li> <li>• Extensión en el plazo para el pago del ISR y para el pago de impuestos especiales sobre el petróleo.</li> </ul> <p>Paquetes de estímulos, fase 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 19 mil millones de bahts tailandeses (27.8 mil millones de dólares).</li> </ul> <p>Incluía:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Préstamos blandos a empresas, especialmente PYMES.</li> <li>• Estímulos de 100 millones (3 millones de dólares) por parte de la Agencia Nacional de Innovación (NIA) para apoyar proyectos de innovación de <i>start-ups</i> y PYMES locales.</li> </ul>

**Cuadro 4 (continuación)**  
**Apoyo financiero para la población y los negocios para compensar  
 las repercusiones económicas de la pandemia 2019-2021**

Países	Apoyo financiero	
	Para la población	Para los negocios
Taiwán	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subsidio de matrícula para hijos de personas desempleadas.</li> <li>• Programa de cupones de triple estímulo que permite a los ciudadanos (y sus cónyuges extranjeros) comprar un vale para gastos.</li> <li>• Subsidios disponibles para complementar los salarios de los trabajadores con licencia o con jornada reducida.</li> <li>• Pagos de desempleo habituales para los trabajadores que pierdan sus trabajos durante la crisis sanitaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paquete de préstamos y financiación de las PYMES para su operación.</li> <li>• Paquetes de financiación de bancos comerciales para todas las empresas afectadas, compuestos por préstamos de 100 mil millones de dólares taiwaneses (3 500 millones de dólares).</li> <li>• Paquete de bonificación de intereses para PYMES afectadas: préstamo extendido de hasta 220 000 dólares taiwaneses por aplicación (7 700 dólares), comercial de hasta 55 000 dólares por aplicación (1 925 dólares), y de estímulo hasta 220,000 dólares por aplicación (7 700 de dólares).</li> </ul>
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo financiero a hogares: entre 250 mil y 1 millón de donges por mes (entre 11 y 43 dólares, respectivamente) para distribuirla a trabajadores locales y trabajadores inmigrantes informales.</li> <li>• Ayuda a sobrevivientes de violencia doméstica por parte del Sindicato de Mujeres, tras el aumento de esta durante la pandemia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan económico de 62 billones de donges (2 600 millones de dólares) para brindar exenciones de impuestos y préstamos con baja tasa de interés a empresas.</li> <li>• Préstamos a empresas pequeñas y medianas dirigidas por mujeres, por parte de la sociedad civil y el Sindicato de Mujeres.</li> <li>• Prolongación de recolección de impuestos y renta para ayudar a negocios.</li> </ul>

Nota: Los montos en dólares estadounidenses son aproximaciones de acuerdo al tipo de cambio del día en que se consultó para el presente trabajo. Tipo de cambio en 2020: 1 yuan = 0.15 dólares; 1 won = 0.000837 dólares; 1 yen = 0.0094 dólares; 1 dólar singapurense = 0.76 dólares; 1 ringgit malasio = 0.24 dólares; 1 baht tailandés = 0.032 dólares; 1 dólar taiwanés = 0.035 dólares; y 1 dong = 0.000043 dólares.

Fuente: Elaboración propia con base en Lu et al. (2020); ccec (2020); Task Force (2020); *Yonhap* (2020) y ROK (2020a, 2020b); Government of Singapore (2021); ILO (2020) y DIS (2021).

**Cuadro 5**  
**Montos de ayuda y/o asistencia en especie y monetario**  
**para combatir la pandemia, 2020-2021**

Países	Montos de ayuda / asistencia	
	En especie	Monetario
China	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recursos médicos a personal de todo el país asignado en la primera línea.</li> <li>• Alojamiento temporal, alimentos, ropa y otra ayuda a los residentes no locales que la necesiten.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bonificación de 6 000 yuanes (900 dólares) a médicos o enfermeras que trabajaran en la primera línea.</li> <li>• Apoyo de capital a empresas clave en la lucha contra la neumonía.</li> </ul>
Corea del Sur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vales de consumo para hogares de bajos recursos.</li> <li>• Artículos de socorro y sanitarios a surcoreanos residentes en el extranjero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pago de ayuda de emergencia a los hogares con niveles de ingresos que caían en el 70% inferior.</li> </ul>
Japón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridad de importación y exportación de bienes con urgencia relacionados con las contramedidas contra el coronavirus y los bienes para asegurar las líneas de vida.</li> </ul>	-
Singapur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kits de higiene (mascarillas y gel desinfectante), productos electrónicos (laptops, lavadoras y ventiladores de mesa), mochilas, impermeables, entre otros, a la población inmigrante, por parte de la organización benéfica local Ray of Hope junto a It's Raining Raincoats (IRR).</li> <li>• Veinte mil tarjetas de datos para que los migrantes se conectaran con sus familias por parte de Bloomberg.</li> </ul>	-
Malasia	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fondo COVID-19 creado por el Ministerio de Salud, con el cual se recaudaron fondos para canalizar a pacientes afectados económicamente por la cuarentena y por tratamiento para el virus; también utilizado para cubrir gastos médicos y de suministros.</li> </ul>
Tailandia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso gratuito al UCEP (Universal Coverage for Emergency Patients) para nacionales y extranjeros que requieran tratamiento en hospitales privados o públicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exención de impuestos aduaneros a productos relacionados con la lucha contra el virus en áreas de investigación, tratamiento y prevención.</li> </ul>
Taiwán	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de distribución de mascarillas basado en la tarjeta NHI para todos por parte del Ministerio de Salud y Bienestar.</li> </ul>	-
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donación de equipo de protección personal, información y apoyo financiero a trabajadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción de costos del 5-10% en mascarillas y productos de higiene.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en *Xinhua* (2020); *New Straits Times* (2020); NHIA (2020); Yonhap (2020) y ROK (2020a; 2020b).

**Cuadro 6**  
**Flujos de ayuda oficial hacia este y sudeste Asia**

Países	Flujo de ayuda
China	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Boehringer Ingelheim (empresa alemana) realizó donaciones en efectivo de 1 millón de yuanes a la Fundación de la Cruz Roja de China para comprar materiales de protección para hospitales en Wuhan y otras ciudades de Hubei.</li> </ul>
Corea del Sur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corea del Sur y la Unión Europea acordaron una cooperación para el suministro de las vacunas contra el coronavirus. La UE proporcionará fluidamente las vacunas a Seúl.</li> </ul>
Singapur	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pfizer donó 3.2 millones de dólares a Singapur para ayudar al gobierno.</li> <li>• Micron Technology Inc. (empresa estadounidense) donó 1.8 millones de dólares para desarrollar tratamientos contra la COVID-19.</li> <li>• Google donó millones de dólares para apoyar a las pequeñas y medianas empresas en el ASEAN.</li> </ul>
Malasia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Google donó millones de dólares para apoyar a las pequeñas y medianas empresas en el ASEAN.</li> <li>• La Unión Europea, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, donaron 20 millones de euros para un programa de preparación y respuesta ante una pandemia del sudeste asiático.</li> </ul>
Tailandia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Unión Europea, dentro del programa de Respuesta y Recuperación de la UE COVID-19, financiaría 2.6 millones de euros (90 millones de bahts) con el fin de aumentar la participación de organizaciones de la sociedad civil (osc) tailandesas en la mitigación del impacto sanitario, social y económico causado por el coronavirus en las poblaciones más vulnerables.</li> <li>• Google donó millones de dólares para apoyar a las pequeñas y medianas empresas en el ASEAN.</li> <li>• La Unión Europea, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, donaron 20 millones de euros para un programa de preparación y respuesta ante una pandemia del sudeste asiático.</li> </ul>
Vietnam	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos enviaron una delegación en marzo del 2020 para mejorar la cooperación médica entre Estados Unidos y Vietnam, así como para establecer una oficina regional de los CDC.</li> <li>• Estados Unidos destinó 274 millones de dólares en asistencia humanitaria, de los cuales Vietnam recibiría 3 millones de dólares.</li> <li>• Japón se comprometió a ayudar a Vietnam ofreciendo 1.86 millones de dólares a través de organismos internacionales.</li> <li>• Estados Unidos entregaría a Vietnam un paquete de ayuda por valor de 9.5 millones de dólares.</li> <li>• Australia daría 57.9 millones de dólares para asegurar las vacunas COVID-19 para el sudeste asiático, incluido Vietnam y las islas del Pacífico.</li> <li>• Japón dio 18.8 millones de dólares en ayuda a cuatro hospitales vietnamitas en Hanoi y Da Nang.</li> <li>• Google donó millones para apoyar a las pequeñas y medianas empresas en el ASEAN.</li> <li>• La Unión Europea en conjunto con la OMS, donaron 20 millones de euros para un programa de preparación y respuesta ante una pandemia del sudeste asiático.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia con base en EU (2020); ShareAmerica (2020); Dezan (2021); Boehringer Ingelheim (2020); WHO SEARO (2020).

## Referencias bibliográficas

- Arana, Ismael. 2020. “La segunda oleada de contagios de coronavirus golpea de lleno la modélica Singapur”. *La Vanguardia*, 21 de abril de 2020. <https://bit.ly/3uKQUKb>.
- Boehringer Ingelheim. 2020. “COVID-19: Relief Efforts in China”. Consultado el 19 de mayo de 2021. <https://bit.ly/3e6fnD2>.
- CCEC (Cámara de Comercio España-Corea). 2020. “Medidas económicas y financieras del gobierno coreano frente al virus”. <https://bit.ly/3e5C-mhP>.
- Dezan, Shira. 2021. “Vietnam Business Operations and the Coronavirus: Updates”. *Vietnam Briefing*. Última modificación el 10 de abril de 2022. <https://n9.cl/df8ol>.
- DIS (Department of Information Services). 2021. “COVID Relief and Stimulus for Industry”. Executive Yuan: Taiwan. <https://bit.ly/3g9CAHa>.
- EU (Delegation of the European Union to Thailand). 2020. “European Union launches EU COVID-19 Response and Recovery in Thailand to Mitigate Impact from Outbreak”. <https://n9.cl/k7dqq>.
- France 24*. 2021. “Chinese Province of 37m Declares ‘Emergency’ to Control Virus”. *AFP*, 13 de enero de 2021. <https://bit.ly/2Rur0vX>.
- Government of Singapore. 2021. “How Budget 2021 Will Support Families”. <https://bit.ly/3uUOHfz>.
- Han, Byung-Chul. 2020. “La emergencia viral y el mundo de mañana”. *El País*, 22 de marzo de 2020. <https://elpais.com/ideas/2020-03-21/la-emergencia-viral-y-el-mundo-de-manana-byung-chul-han-el-filosofo-surcoreano-que-piensa-desde-berlin.html>.
- Hayton, Bill y Tro Ly Ngheo. 2020. “Vietnam’s Coronavirus Success Is Built on Repression”. *Foreign Policy*, 12 de mayo de 2020. [https://foreignpolicy.com/2020/05/12/vietnam-coronavirus-pandemic-success-repression/?utm\\_source=PostUp&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=21443&utm\\_term=Editors%20Picks%20OC&?tpcc=21443](https://foreignpolicy.com/2020/05/12/vietnam-coronavirus-pandemic-success-repression/?utm_source=PostUp&utm_medium=email&utm_campaign=21443&utm_term=Editors%20Picks%20OC&?tpcc=21443).

- ILO (International Labour Organization). 2020. “Social Protection Responses to COVID-19 in Asia and the Pacific: The Story so Far and Future Considerations”. <https://bit.ly/2REe9HT>.
- Jiji Press*. 2020. “Japón levantará completamente el estado de emergencia por el coronavirus”. *Nippon.com*, 25 de mayo de 2020. <https://bit.ly/3wWadbG>.
- JNTO (Japan National Tourism Organization). 2021. “Coronavirus (COVID-19) Travel Restrictions”. Government of Japan, 7 de abril de 2020. <https://bit.ly/3uUOdWN>.
- Leung, Kathy, Joseph T. Wu, Di Liu y Gabriel M. Leung. 2020. “First-Wave COVID-19 Transmissibility and Severity in China Outside Hubei after Control Measures, and Second-Wave Scenario Planning: A Modelling Impact Assessment”. *The Lancet* 395 (10233). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30746-7).
- Lu, Quan, Zehao Cai, Bin Chen y Tao Liu. 2020. “Social Policy Response to the Covid-19 Crisis in China in 2020”. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (16): 5896. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165896>.
- Mason Korea (George Mason University). 2021. “(New) Social Distancing”. <https://n9.cl/6a3c2>.
- MOH Singapore (Ministry of Health Singapore). 2021. “Updates on COVID-19”. Última modificación el 13 de abril de 2022. <https://www.moh.gov.sg/covid-19>.
- New Straits Times*. 2020. “14-day Movement Control Order Begins Nationwide on Wednesday”. *New Straits Times*, 16 de marzo de 2020. <https://www.nst.com.my/news/nation/2020/03/575180/14-day-movement-control-order-begins-nationwide-wednesday>.
- NHIA (National Health Insurance Administration). 2020. “Taiwan Can Help - National Health Insurance’s Contribution in Combating COVID-19”. <https://bit.ly/3sjUDgn>.
- Rampal, L. y BS. Liew. 2021. “Malaysia’s Third COVID-19 Wave - A Paradigm Shift Required”. *Medical Journal of Malaysia* 76 (1): 1-4. <https://bit.ly/3uN2DYP>.

- Reich, Michael R. (2020) “Pandemic Governance in Japan and the United States: The Control-Tower Metaphor”. *Health Systems & Reform* 6 (1): e1829314. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1829314>.
- Ritchie, Hannah, Edouard Mathieu, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Esteban Ortiz-Ospina, Joe Hasell, Bobbie Macdonald, Diana Beltekian y Max Roser. 2020-2021. “Coronavirus Pandemic (COVID-19)”. *OurWorldInData.org*. Última modificación en abril de 2022. <https://ourworldindata.org/coronavirus>.
- ROK (Government of the Republic of Korea). 2020a. “Korean Gov’t Announces Support of Over KRW 20T for Response to COVID-19 Outbreak”. Sejong: Government of the Republic of Korea, 2 de marzo de 2020. <http://www.korea.net/Government/Current-Affairs/National-Affairs/view?affairId=2034&subId=6&articleId=52881>.
- ROK (Government of the Republic of Korea). 2020b. “2020 Supplementary Budget to Get Over COVID-19 Outbreak”. Sejong: Government of the Republic of Korea, 4 de marzo de 2020. <http://www.korea.net/Government/Current-Affairs/National-Affairs/view?affairId=2034&subId=6&articleId=52949>.
- ShareAmerica*. 2020. “El sector privado de Estados Unidos ayuda a ASEAN a luchar contra COVID-19”. *ShareAmerica*, 22 de julio de 2020. <https://n9.cl/5ta6q>.
- Swissinfo.ch*. 2021. “Tailandia justifica su escaso ratio de test en medio de segunda ola de COVID”. *Swissinfo.ch*, 14 de enero de 2021. <https://bit.ly/3dfh9mm>.
- Task Force. 2020. “All about Korea’s Response to COVID-19”. Sejong: Government of the Republic of Korea. Consultado en febrero de 2021. [http://ncov.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1602724510959\\_20201015101517.pdf&rs=/upload/viewer/result/202102/](http://ncov.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1602724510959_20201015101517.pdf&rs=/upload/viewer/result/202102/).
- Uscanga, Carlos, Elvira A.K. Cárdenas, Mitzi A. Strauss, Karla Villalobos y Angélica M. Sánchez. 2021. “Cronología de las principales acciones de cooperación regional en Asia Pacífico frente al síndrome respiratorio agudo grave (SARS) y el síndrome respiratorio de medio oriente (MERS) 2015. Cuaderno de trabajo. Proyecto PAPIME PE300121. Asia Pacífico

- y México en la era del COVID-19: cooperación, integración regional y políticas sanitarias”. Ciudad de México: DGAPA-UNAM.
- Wang, Cindy y Samson Ellis. 2020. “Taiwan Achieves Record 200 Days with no Local Coronavirus Cases”. *Time/Bloomberg*, 29 de octubre de 2020. <https://time.com/5905129/taiwan-coronavirus-record/>.
- WHO SEARO (South-East Asia Regional Office). 2020. “WHO and EU Join Together to Support COVID-19 Response and System Strengthening in Asia”. World Health Organization. <https://bit.ly/3e1ur55>.
- Xinhua*. 2020. “China refuerza las medidas de apoyo a los médicos que luchan contra el coronavirus”. *Xinhua*, 12 de febrero de 2020. <https://bit.ly/2QsFiN1>.
- Yonhap*. 2020. “Corea del Sur propone el mayor presupuesto extraordinario de su historia para combatir la pandemia”. *Yonhap*, 3 de junio de 2020. <https://m-sp.yna.co.kr/view/ASP20200603001600883?section=national/index>.



## Lista de siglas

- (APEC) Asia-Pacific Economic Cooperation
- (ASEAN) Asociación de Naciones del Sudeste Asiático
- (ASQ) Alternative State Quarantine
- (AUE) Autorización para Uso de Emergencia
- (CCC) Centro de Control de COVID-19
- (CDC) Centro de Control de Enfermedades
- (CEPI) Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias
- (CMCO) Ordenanza Condicional sobre el Control de los Movimientos
- (CME) Centro de Mando de Epidemias
- (COVAX) COVID-19 Vaccines Global Access
- (DDC) Departamento de Control de Enfermedades
- (DORSCON) Sistema de Respuesta a Brotes de Enfermedades
- (EPOC) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- (ESPII) Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional
- (G7) Grupo de los Siete
- (GAVI) Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización
- (IDH) Índice de Desarrollo Humano
- (IEFS) Vallas Electrónicas Inteligentes
- (IIV) Instituto Internacional de Vacunas
- (IPSS) Instituto Nacional de Investigaciones Demográficas y de Seguridad Social
- (JNTO) Japan National Tourism Organization
- (JPALD) Japan Preventive Association of Life-Style Related Disease
- (JSS) Mecanismo de Apoyo al Empleo
- (KCDC) Centro Coreano de Control y Prevención de Enfermedades Infecciosas
- (KOICA) Agencia Coreana para la Cooperación Internacional
- (LGTBIQ+) Lesbiana, Gay, Trans, Bisexual, Intersexual, Queer, + otras
- (MAE) Ministerio de Asuntos Exteriores
- (MCO) Ordenanza sobre el Control de los Movimientos
- (MERS) Síndrome respiratorio de Oriente Medio
- (MOF) Ministry of Finance
- (MOFA) Ministry of Foreign Affairs
- (MOH) Ministerio de Salud de Singapur

(MSB) Ministerio de Salud y Bienestar  
(MSTB) Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar  
(NCID) Centro Nacional de Enfermedades Infecciosas  
(NHC) Comisión Nacional de Salud de China  
(NHSO) Oficina Nacional de Seguridad Sanitaria  
(NIA) Agencia Nacional de Innovación  
(NIID) National Institute of Infectious Diseases  
(OIT) Organización Internacional del Trabajo  
(OMS) Organización Mundial de la Salud  
(ONG) Organizaciones no gubernamentales  
(ONU) Organización de las Naciones Unidas  
(OSAC) Overseas Security Advisory Council  
(PBOC) Banco Popular de China  
(PCDCC) Comité de Control de Enfermedades Transmisibles en las Provincias  
(PCR) Reacción en cadena de la polimerasa  
(PCV) Partido Comunista de Vietnam  
(PHPC) Clínicas de Preparación para la Salud Pública  
(PIB) Producto interno bruto  
(PN) *Perikatan Nasional* o Alianza Nacional  
(RMB) Renminbis  
(RMCO) Ordenanza de Recuperación sobre el Control de los Movimientos  
(RPC) República Popular China  
(SADS-cov) Síndrome diarreico agudo por coronavirus  
(SARS) Síndrome respiratorio agudo severo  
(SARS-cov-2) Síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2  
(SCCDS) Sede Central para Contramedidas a Desastres y la Seguridad  
(SCCE) Sede Central para el Control de Enfermedades  
(SFA) Singapore Food Agency  
(TIC) Tecnologías de información y comunicación  
(TOCOG) Tokyo Organising Committee of the Olympic and Paralympic Games  
(UCEP) Universal Coverage for Emergency Patients  
(UCIN) Unidades de Cuidados Intensivos  
(UMNO) United Malay National Organization  
(UNESCO) Organización de las Naciones Unidas para la Educación,  
la Ciencia y la Cultura  
(VIH) Virus de inmunodeficiencia humana

# Semblanzas de autoras y autores

## COORDINADORES

### JUAN FELIPE LÓPEZ AYMES

Doctor en Relaciones Internacionales (Universidad de Sussex, Reino Unido), maestro en Estudios Internacionales (Universidad Yonsei, Seúl, Corea) y licenciado en Relaciones Internacionales (Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM). Actualmente es investigador en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM, donde participa en el programa Cambio Mundial, Globalización y Desarrollo. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel 2. Sus temas de investigación son la economía política de la cooperación internacional para el desarrollo y la relación de Asia Pacífico y América Latina; economía política comparada en el noreste de Asia; economía política del desarrollo en el caso de Corea del Sur y las corporaciones transnacionales en Asia Pacífico. Es autor del libro *Corea del Sur: economía política del cambio institucional* (El Colegio de México, 2015). Ha escrito diversos artículos y capítulos de libros sobre institucionalismo, economía política coreana, así como temas relacionados con los mecanismos de cooperación económica en Asia Pacífico.

### CARLOS USCANGA

Doctor en Cooperación Internacional por la Universidad de Nagoya, Japón, maestro en Ciencia Política Internacional por la Universidad de Ejime, Japón, y licenciado en Relaciones Internacionales por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor del Centro de Relaciones Internacionales de la Facultad de Ciencias Políticas y

Sociales de la UNAM. Fue miembro del Grupo de Estudio Intergubernamental para el Fortalecimiento de las Relaciones Económicas de México y Japón. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 2. Recibió el reconocimiento del Ministerio de Asuntos Exteriores de Japón en 2019 por sus aportaciones en la investigación y docencia en estudios japoneses en México. Tiene diversas publicaciones sobre relaciones económicas y diplomáticas entre México y Japón, política exterior japonesa y mecanismos de cooperación regional en el Pacífico asiático y sobre cooperación internacional.

#### PABLO HENRI RAMÍREZ DIDOU

Tiene licenciatura en periodismo y comunicación por la Universidad de Ming Chuan en Taiwán, maestría en estudios contemporáneos de Asia por la Universidad de Ámsterdam, y doctorado en estudios tailandeses por la Universidad de Chulalongkorn. Ha trabajado como coordinador de investigación en la Universidad de Bangkok, coordinador de internacionalización en la Unión de Universidades de América Latina y el Caribe, asesor del subsecretario de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública de México, y asesor político en la Embajada de Nueva Zelanda en México. Actualmente, es co-coordinador del módulo sobre Sureste de Asia del Programa Universitario de Estudios de Asia y África de la UNAM.

#### JUAN JOSÉ RAMÍREZ BONILLA

Doctor en Desarrollo Económico y Social por la Universidad de París -I, Panthéon-Sorbonne. Desde enero 1993 es profesor-investigador adscrito al Área de Estudios de Asia del Sureste, en el Centro de Estudios de Asia y África de El Colegio de México. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores, nivel 2. Sus principales líneas de investigación son el desarrollo económico y social en Asia del Pacífico, y los procesos de integración económica en la región del Pacífico. Recientemente, su atención se ha focalizado sobre el desarrollo económico de Corea y sobre las relaciones económicas Corea-México. Sus publicaciones más recientes son *La República de Corea ante la influencia de la*

*administración Trump* (El Colegio de México, 2020), y *60º Aniversario de las relaciones Corea-México. Evaluación y objetivos futuros* (Embajada de la República de Corea en México, 2022).

## AUTORAS Y AUTORES

### ALFREDO ÁLVAREZ PÉREZ

Maestro en Estudios de Asia y África con especialidad en Japón por El Colegio de México y egresado de la Facultad de Arquitectura de la UNAM con mención al mérito. Realizó una estancia de investigación en la Escuela de Políticas Públicas Internacionales de la Universidad de Osaka. Sus intereses de investigación giran en torno a los sistemas sociotécnicos: la interacción entre tecnología y sociedad. Es investigador invitado en el programa de energía de El Colegio de México y miembro activo de la Asociación Latinoamericana de Estudios de Asia y África (ALADAA) México. Como docente ha impartido clases de japonés en El Colegio de México y para proyectos de la Facultad de Arquitectura de la UNAM. Asimismo, ha participado como conferencista y autor en diversos proyectos académicos y de investigación.

### IAN JETRO GONZÁLEZ

Licenciado en Ciencia Política y Relaciones Internacionales por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Realiza investigación en temas relacionados con la política contemporánea de la República Popular China; la sexualidad en la República Popular China; la economía política del Sureste de Asia, y las relaciones internacionales de México con la República Popular China. Ha realizado labores de investigación en el CIDE y en el Centro de Estudios de Asia y África de El Colegio de México. Laboralmente se ha desempeñado como asesor de protección consular en el Consulado General de México en Chicago y como asesor político en la Oficina de la C. Secretaria en la Secretaría de Economía de México.

## ITZEL MARTÍNEZ RUIZ

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP), es maestra en Estudios de Asia y África con especialidad en China, por El Colegio de México, y estudiante de doctorado en la Universidad Nacional Autónoma de México en el Posgrado de Ciencias Políticas y Sociales, con especialidad en Relaciones Internacionales. Actualmente se desempeña como analista y profesora de licenciatura. Sus principales líneas de investigación se enfocan en la política exterior, geopolítica y seguridad.

## NATALIA RIVERA ÁNGEL

Licenciada en Relaciones Internacionales por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPys) de la UNAM y maestra en Relaciones Económicas Internacionales por la Universidad de Colima, tiene estudios de doctorado en Relaciones Internacionales por la FCPys. También realizó estudios sobre Diplomacia y Medios de Comunicación en la Universidad Complutense, Madrid, España. Imparte las materias de China, Sureste de Asia y Oceanía, Asia y el Pacífico, y Estudios Globales y Complejidad en el sistema escolarizado, abierto y a distancia de la FCPys. Co-coordinadora del módulo de Sureste de Asia del diplomado del Programa de Estudios de Asia del Programa de Estudios de Asia y África, UNAM. Ha sido profesora en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, en la Universidad Americana y en el diplomado de Cooperación Internacional para el Desarrollo del Instituto Mora. Fue subdirectora de Comercio Internacional en la American Chamber México, analista política en la Oficina Económica y Cultural de Taipei en México, y ejecutiva comercial en el Far East Trade Service de la Oficina de Promoción Comercial de Taiwán.

## VIRGINIA LETICIA VALDIVIA CABALLERO

Doctora en Ciencias Políticas y Sociales por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales (FCPys) de la UNAM. Fue investigadora temporal en el Centro de Estudios sobre la Organización Mundial del Comercio (OMC) de la Universidad de Aoyama Gakuin, Tokio, Japón, y tesorera de

la Asociación Latinoamericana de Estudios de Asia y África, sección México (2015-2018). Entre sus últimas publicaciones se encuentran “Empleo, desempleo y nuevos desafíos en la contingencia. Desempleo durante la era COVID-19 en APEC”, y “La ANSEA y el regionalismo abierto en Asia-Pacífico”. Actualmente es directora de la *Revista de Relaciones Internacionales*, profesora de la FCPys adscrita al Centro de Relaciones Internacionales, y responsable del PAPIIT IA300421 “Las relaciones económicas transpacíficas y México en el marco de los efectos de la pandemia COVID-19 (2020-2022)”. Es integrante del Pacific Economic Cooperation Council (PECC), y candidata a investigadora nacional del Sistema Nacional de Investigadores.



## Otras obras del Programa de Estudios Cambio Mundial, Globalización y Desarrollo

María Esther Morales Fajardo y Cecilia Cadena-Inostroza, coords. 2021  
*¿Redes o gobernanza? Experiencias de colaboración entre actores*  
(CRIM-UNAM)

María Esther Morales Fajardo y Leobardo de Jesús Almonte, coords. 2015  
*Inversión extranjera directa en América Latina: una revisión en los albores del siglo XXI*  
(CRIM-UNAM; Bonilla Artigas)

Merizanda Ramírez Aceves y Morales Fajardo, María Esther. 2015  
*Manual para la elaboración de trabajos de investigación de licenciaturas en Ciencias Sociales y Humanidades*  
(CRIM-UNAM)

Prudenzio Óscar Mochi Alemán y Cristina Girardo. 2018  
*Otros desarrollos, otra cooperación: retos y perspectivas de la cooperación internacional*  
(CRIM-UNAM)

Prudenzio Óscar Mochi Alemán y Cristina Girardo. 2015  
*Debates y prácticas sobre desarrollo y cooperación desde las organizaciones de la sociedad civil*  
(CRIM-UNAM)



La primera edición de *Contención y mitigación de la COVID-19 en Asia del Pacífico*, coordinada por Juan Felipe López Aymes, Carlos Uscanga, Pablo Henri Ramírez Didou y Juan José Ramírez Bonilla, y editada por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, se publicó en formato PDF en septiembre de 2022. En la composición se utilizaron las familias tipográficas Adobe Caslon Pro de 8, 9 y 12 pt y Lato de 8, 10 y 12 pt. Cuidado de la edición y lectura de pruebas finas: Perla Alicia Martín Laguerenne; corrección de originales y lectura de pruebas: Marcela Moreno Espinoza y Darbo Scalante; diseño tipográfico, diagramación y formación: Irma G. González Béjar.

La coordinación editorial estuvo a cargo del Departamento de Publicaciones y Comunicación de las Ciencias y Humanidades del CRIM-UNAM.





Wuhan 13200 kms

Corea del Sur 10700 kms

Seúl 10700 kms

Seúl 10700 kms

Japón 10700 kms

Holanda 9245 kms



Wuhan 13200 kms

Corea del Norte 3000 kms

Seul 10700 kms

Japon 10700 kms

Holanda 9215 kms



En 2020 la humanidad enfrentó el desafío de salud más grande en varias generaciones: la pandemia de la COVID-19 ocasionada por el SARS-CoV-2. La búsqueda individual y colectiva de respuestas para solucionarla produjo numerosos casos de éxito que contrastan con aquellos que, por error, negligencia o impericia, han sufrido grandes pérdidas. En esta obra colectiva se seleccionaron ocho gobiernos de la región asiática del Pacífico: China, Corea, Japón, Malasia, Singapur, Tailandia, Taiwán y Vietnam, los cuales se distinguen por la efectividad de sus programas y acciones para hacer frente, contener y administrar la emergencia sanitaria. Cada investigación aporta elementos interesantes a nuestro conocimiento sobre las condiciones sociales, políticas y de salud en Asia del Pacífico, las cuales coadyuvan a explicar la eficacia de las estrategias y medidas seguidas. Este es el primer libro en su tipo, escrito en español por especialistas en la región y con un enfoque multidisciplinario que la UNAM presenta a la comunidad académica, la sociedad y la política en México y América Latina.

