

LA GOBERNANZA REGIONAL DEL COVID-19 EN LA UNIÓN EUROPEA Y AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Susanne GRATIUS
Thomas LEGLER
Jessica QUEZADA

Resumen

El texto explora las respuestas regionales en Europa y América Latina/Caribe al desafío de salud que planteó el virus COVID-19. A tal fin, identificamos cinco desafíos de gobernanza regional y los trasladamos al ámbito de la gestión de la pandemia: información y conocimiento, normas y principios, políticas públicas, instituciones y recursos materiales. Desde una perspectiva comparada analizamos en dos secciones separadas si la cooperación regional en la UE y América Latina/Caribe aumentó (o no) en estos ámbitos. Finalmente destacamos, en un tercer apartado, las similitudes y diferencias y explicamos las causas de las trayectorias diversas de gestión colectiva de la pandemia en ambas regiones.

Palabras clave

Unión Europea, América Latina, Caribe, gobernanza regional, interregionalismo, salud pública, COVID-19.

Abstract

The text asks how Europe and Latin America/Caribbean responded to the virus COVID-19 and addressed the challenges for public health. Consequently, we identify five regional governance gaps and explore their application during the management of the pandemic: information and knowledge, norms and principles, public policies, institutions and material resources. From a comparative perspective, we analyse in a two separated sections if the regional governance in the EU and Latin America/Caribbean in these areas increased (or not). Finally, we emphasize similarities and differences and explain the causes behind the diverse evolution of the collective management of the pandemic in both regions.

Keywords

European Union, Latin America, Caribbean, regional governance, inter-regionalism, public health, COVID-19.

I. INTRODUCCIÓN

La rápida propagación de la pandemia del virus COVID-19 a partir del 2020 obligó a los gobiernos del mundo a responder a la seria amenaza de salud pública que tenía una magnitud y dimensión sin precedentes y para la cual muchos de ellos no estaban bien preparados. A pesar de que varios Estados estaban tentados a responder individualmente, autoridades en distintos continentes invocaron la arquitectura regional de seguridad sanitaria existente o crearon nuevos mecanismos institucionales y formas de cooperación y coordinación a nivel regional para afrontar este desafío de vida o muerte.

Este ha sido el caso de la Unión Europea (UE) y de América Latina y el Caribe (ALC), donde diversas organizaciones regionales han buscado emprender acción colectiva para proteger a la población del virus y frenar sus consecuencias socioeconómicas y humanitarias. Cabe destacar importantes similitudes entre ambas regiones al inicio de la pandemia. Previo a la crisis, en las últimas décadas, la UE y ALC habían construido mecanismos regionales institucionales significativos en respuesta a las amenazas de enfermedades infecciosas anteriores al COVID-19. ALC y la UE sufrían problemas del regionalismo cuando se detectaron los primeros casos de COVID-19, lo que suscitó dudas acerca de las posibilidades de emprender una acción colectiva efectiva contra el virus. En ambas zonas, los esfuerzos para promover cooperación y coordinación regional también han tenido que competir contra tendencias unilaterales y nacionalistas entre los gobiernos, especialmente durante los primeros meses de la pandemia en el caso de la UE y durante toda la pandemia en ALC.

Este artículo explora la forma en la que cada región ha intentado construir una gobernanza regional contra la pandemia, así como las razones que ayudan a explicar las diferencias en los patrones de cooperación europeos, latinoamericanos y caribeños. Conforme a Weiss y Thakur, la gobernanza global o regional puede ser concebida como un proceso político en el que diversos actores intentan resolver ciertos vacíos de gobernanza (1). De su tipología, retomamos y aplicamos cuatro brechas comunes a la problemática multidimensional de la gobernanza de la pandemia de COVID-19: información o conocimiento; normas y principios; políticas públicas; e instituciones (2). Añadimos una quinta que no está contemplada en su clasificación: una brecha material. Con ello, nos referimos a los déficits en recursos económicos y financieros que condicionan la gobernanza regional.

Como se explica a continuación, surge una historia interesante acerca de la forma en la que los esfuerzos colectivos en cada región se han dedicado a llenar las brechas de gobernanza para construir seguridad sanitaria y lidiar con la mirada de retos multisectoriales desatados por la pandemia. En este sentido, tanto la UE como el heterogéneo grupo de mecanismos y organizaciones formales e informales

(1) WEISS, T. *Global Governance: Why? What? Whither?*, Polity Press, Cambridge, 2013; WEISS, T. y THAKUR, R. *Global Governance and the UN: An Unfinished Journey*, Indiana University Press, Bloomington, 2010.

(2) Weiss y Thakur identifican un quinto vacío: cumplimiento. Debido a límites de espacio y nuestro enfoque en las brechas que son insumos esenciales para procesos de gobernanza, no incluimos la cuestión de cumplimiento en nuestro análisis.

xxde ALC, se han enfrentado a retos en común *vis-à-vis* el Coronavirus. Por ejemplo, al ser un virus desconocido con efectos potencialmente destructores para la salud humana, el COVID-19 impulsó a actores regionales a compartir información científica y médica tan pronto como estuvo disponible. Dado que pocos gobiernos han tratado con una epidemia de estas proporciones excepcionales, había una escasa experiencia previa de políticas a las que pudieran recurrir. Por consiguiente, también se volvió urgente desarrollar y promover mecanismos regionales que pudieran ayudar a llenar la generalizada brecha de políticas públicas a través de la difusión de recomendaciones internacionales. A pesar de existir una arquitectura de seguridad sanitaria en Europa y en ALC, la pandemia también desveló brechas normativas importantes y flaquezas institucionales. En ambos casos, las iniciativas regionales han buscado ayudar a países con dificultades para combatir el virus y sus diversos efectos por la escasez material, desde suministros médicos hasta financiación para programas gubernamentales pertinentes.

No obstante, esta historia es también una de caminos divergentes para resolver estas brechas, escaseces y déficits regionales de gobernanza. Por un lado, la experiencia de la UE ha sido una de un inicio lento al comienzo del brote, seguido por un claro patrón de profundización de la regionalización de los esfuerzos intergubernamentales para afrontar los retos mencionados anteriormente. Por otro lado, en ALC, no hay un perfil único o dominante de respuestas regionales; de hecho, la región se ha caracterizado por la división, fragmentación y heterogeneidad en sus respuestas.

Dividimos nuestro análisis en tres partes. En primer lugar, describimos la experiencia de la UE con la creciente regionalización de la gobernanza de la pandemia, conforme a nuestro análisis de vacíos de gobernanza. Esta misma metodología se aplicará, en segundo lugar, a los diversos, fragmentados e híper pragmáticos esfuerzos para resolver los retos y las brechas de gobernanza en ALC. Finalmente, en la conclusión reuniremos nuestros hallazgos comparativos de este ejercicio e indagaremos brevemente en las posibles causas de las trayectorias diversas de gestión regional de la pandemia en la UE y ALC.

II. LA UE ANTE LA PANDEMIA: DE RESPUESTAS NACIONALES A LA ACCIÓN COLECTIVA

En los últimos trece años, la UE ha afrontado cuatro momentos de crisis: la crisis financiera de 2008, la llegada masiva de refugiados de 2014, el Brexit en 2016 y la pandemia de COVID-19 a partir de 2020. Si las primeras tres crisis debilitaron las instituciones supranacionales y fortalecieron los nacionalismos, los populismos y la autoridad de los Estados miembro⁽³⁾, tras un primer momento nacionalista, la respuesta de la UE a la pandemia, clasificada como una crisis horizontal o multi-

(3) SALVATI, E. «Crisis and Intergovernmental Retrenchment in the European Union? Framing the EU's Answer to the COVID-19 Pandemic», *Chinese Political Science Review*, vol. 6, núm. 1, 2021, pp. 1-19.

sectorial (4), ha sido mucho más colectiva de lo esperado, sobre todo teniendo en cuenta las limitadas capacidades institucionales y escasa normatividad de la UE en materia de salud pública regional. Si en 2017, según el Eurobarómetro, ya un 60 % de los ciudadanos europeos apoyaron un mayor compromiso europeo en asuntos sanitarios, este porcentaje podría ser más elevado, dos años después del inicio de la pandemia.

A continuación, se analizarán las brechas previamente establecidas de Weiss y Thakur, cómo la UE ha llenado paulatinamente y de forma variada los vacíos de gobernanza regional que existían en un sector, la salud pública, dónde la UE tiene competencias técnicas y políticas limitadas (5). El impulso de esta gobernanza regional fue mixto: las instituciones supranacionales y particularmente la Comisión Europea, actuaron en estrecha cooperación con los Estados miembro, sobre todo con el tándem Alemania y Francia. Por tanto, la respuesta de la UE combina la gobernanza supranacional con la intergubernamental.

1. LA PANDEMIA COVID-19 EN EUROPA

En Europa, la pandemia del COVID-19 significó una profunda recesión: El PIB de la zona Euro cayó un promedio de - 8 % en 2020 (un porcentaje similar al de América Latina). Particularmente en los países del Sur como España, Italia y Portugal, se registró un importante aumento de la pobreza, la desigualdad y el desempleo. Datos preliminares de Eurostat (6) indican que el ingreso por empleo se redujo un - 7 % en la UE, pero el ingreso de los hogares se mantuvo estable. No obstante, a diferencia de ALC, donde los recursos materiales disponibles son más escasos, la respuesta de la UE a la crisis económica fue muy contundente al aprobar, tras arduos debates en el Consejo de la UE, un paquete billonario de ayudas de los que se benefician sobre todo España e Italia como los países más afectados por la pandemia.

A diferencia de las tres crisis anteriores que sufrió la UE y sobre todo la de 2008, la pandemia fue percibida como una «crisis simétrica» que afectó, en términos de riesgo de contagio y muertes, a todos los Estados miembros de la misma manera (7). Sin embargo, cabe recordar que la capacidad del sistema sanitario difiere. Según datos de la OCDE, Alemania contó en 2020 con 33,9 camas de unidades de cuidado intensivo por cada cien mil habitantes, comparado con 16,3 en Francia, 9,7 en España o 8,6 en Italia. En este sentido, la crisis reveló importantes diferencias norte-sur en cuanto a las capacidades y la cobertura universal de salud, a pesar del modelo del Estado de bienestar, que señala grandes disparidades entre los Estados miembro y una menor capacidad de aquellos países del Sur de Europa que se vieron obligados a reducir inversiones en salud pública tras la

(4) SCHMIDT, V. «Theorizing institutional change and governance in European responses to the Covid-19 pandemic», *Journal of European Integration*, vol. 42, núm. 8, 2020, pp. 1177-1193, p. 1177.

(5) GARDINI, G. L. (ed.). *The World before and after Covid-19. Intellectual Reflections on Politics, Diplomacy and International Relations*, European Institute of International Studies, Estocolmo, 2020, p. 115.

(6) <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210705-1>.

(7) ROLOFF, R. «COVID-19 and No One's World: What Impact for the European Union?», *Connections: The Quarterly Journal*, vol. 19, núm. 2, 2020, pp. 25-36, p. 32.

crisis financiera de 2008. La dimensión social débil en el proceso de integración europeo ha contribuido a consolidar estas diferencias, que en muchos casos se agudizaron a raíz de los programas de ajuste posteriores a 2008.

En este ámbito, la UE utilizó las normas e instituciones regionales a su disposición para asumir nuevas funciones y llenar los vacíos existentes de gobernanza frente a la amenaza multidimensional que representaba el Coronavirus, en cuanto a información, normas, políticas públicas, instituciones y recursos materiales. En este sentido, la Tabla 1 ofrece una sinopsis de la institucionalidad regional europea para la seguridad sanitaria que existía inmediatamente previo a la pandemia en enero 2020, en comparación con la de ALC.

Desde la llegada del virus COVID-19 a Europa a finales de 2019 y principios de 2020, la respuesta regional de la UE se puede dividir en tres períodos: 1) un momento nacionalista (enero-junio 2020), cuando los Estados miembro dominaron el debate, 2) un momento híbrido (junio-diciembre 2020), cuando las instituciones supranacionales y los Estados miembro coordinaron sus acciones y 3) un período de gobernanza regional (enero-julio 2021), cuando la Comisión Europea tomó el liderazgo en la compra y distribución de vacunas contra el COVID-19 y planteó ampliar las competencias de la UE en materia de salud en la Conferencia sobre el Futuro de Europa que se inició en 2021. En contraste con ALC, esta periodización resalta la creciente regionalización de la gobernanza frente a la problemática multidimensional de la pandemia.

Enmarcado en estos tres diferentes momentos de más o menos acción colectiva, a continuación, se presentarán y se evaluarán los avances (y retrocesos) de la UE a la hora de llenar los cuatro vacíos de gobernanza de salud pública que existían antes de la pandemia. Después de esta panorámica general, se analizarán los resultados preliminares de la gestión europea de la crisis de salud pública con base en las ideas principales del (neo)funcionalismo (8), que se retomarán en la tercera parte del artículo, la cual ofrece una comparación sistemática de las respuestas regionales a la pandemia en América Latina/Caribe y la Unión Europea.

2. UNA MAYOR COORDINACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Aunque en el marco de sus programas científicos, sobre todo Horizon 2020, que reemplazó el programa anterior, FP 7, se han financiado varios proyectos en el ámbito de la investigación sobre epidemias y virus. Antes de la pandemia, la cooperación científica y la coordinación de información sobre salud pública a nivel de la UE existía, pero no fue una prioridad. Ello cambió en solo un año y medio de pandemia que aprovechó la Comisión Europea para aprobar y poner en marcha numerosas iniciativas nuevas y proyectos, producir y financiar una multitud de publicaciones sobre el tema (9) y activar un mecanismo contra la *infodemia* o des-

(8) De autores como David Mitrany, creador del Funcionalismo que explica la integración a través de una cascada de sectores con diversas funciones o Ernst Haas y Philippe Schmitter que explican la importancia de las instituciones supranacionales como motor de la integración europea y sus *spill over, spill back o encapsulations*.

(9) <https://op.europa.eu/es/web/general-publications/covid19>.

información (manipulación mediática) para luchar contra los incontables «bulos» que generó la enfermedad del Coronavirus. Asimismo, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE) empezó a recopilar, publicar e interpretar datos de los contagios y muertes de COVID-19 en los Estados miembro de la UE que completaban las estadísticas nacionales y permite su comparación (10).

Al inicio de la crisis, cada Estado miembro seguía su propia política de información mediática y científica sobre el virus COVID-19, cuyo origen sigue siendo un misterio. En esta primera fase, la información que proporcionaba la Organización Mundial de la Salud (OMS) cobró particular valor y cuando declaró en marzo de 2020 que COVID-19 era una pandemia, la UE inició un proceso de acción colectiva que fue aumentando en la medida en la que avanzaba la pandemia, que tuvo sobre todo en los primeros seis meses efectos dramáticos en Europa y particularmente en España e Italia. En estos dos países murieron entre marzo de 2020 y junio de 2021 casi 98,000 personas de la enfermedad. Según las estadísticas de la CEPCE (11), en todo el espacio de la UE, hasta el 25 de junio de 2021, se contagiaron 25.9 millones de ciudadanos (un 7,4 % en promedio y un 8,5 % en España y Portugal) de COVID-19 y un 2,3 % de los infectados murieron de la enfermedad, porcentajes bastante inferiores a ALC.

Durante el «momento nacionalista», entre marzo y junio de 2020, en el período más crítico de la pandemia, cada país siguió los consejos de sus propios científicos y responsables de los centros nacionales de epidemias o similar, que adquirieron un protagonismo antes desconocido al informar regularmente a la población y asesorar a los respectivos gobiernos. Algunos de ellos, por ejemplo, Fernando Simón, desde 2012 director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Salud de España, o Christian Drosten, Director del Centro de Virología y responsable para COVID-19 de Alemania, se convirtieron en figuras públicas controvertidas y blancos de críticas y alabanzas en redes sociales y medios de comunicación uni-temáticos durante la pandemia.

Hasta la actualidad no existe un responsable COVID-19 de la UE o un responsable de epidemias, en contraste, por ejemplo, con el Coordinador para la Lucha contra el Terrorismo, una figura que se había creado en 2015, en el marco de la creciente acción colectiva contra esta amenaza. Esta ausencia o vacío de gobernanza refleja, diferente a un ámbito estratégico como el terrorismo, el limitado papel del Consejo de la UE en las respuestas a la pandemia y también una concepción tradicional de la seguridad del Estado en vez de una noción más amplia de seguridad humana o multidimensional que incluye nuevas amenazas como COVID-19.

El papel de la Comisión Europea se limita a algunas medidas contra la desinformación (las noticias falsas o bulos) mediante su *task force* a cargo de esta tarea que desactivó más de 700 noticias falsas e impidió su divulgación en los Estados miembro de la UE (12). Por otra parte, la Comisión Europea lanzó, en el tercer

(10) European Centre for Disease Prevention and Control. «COVID-19 situation update for the EU/EEA as of 30 July 2021», (<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>.), consultado el 31 de agosto, 2021.

(11) *Ibidem* (<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>).

(12) EUvsDisinfo, «Disinfo Database» (www.EUvsDisinfo.eu), consultado el 31 de agosto, 2021.

período de gobernanza regional, varios programas de cooperación científica para recabar más información sobre el virus.

En 2020, la Comisión financió investigaciones sobre la pandemia con mil millones de euros y anunció, el 7 de abril de 2021, que dotará otros 123 millones de Euros de su programa Horizon Europa (2021-2027) para investigaciones sobre variantes de coronavirus para prevenir, mitigar y responder a la pandemia. Además, existen otros proyectos de investigación en esta materia, de modo que la Comisión Europea movilizó cerca de 660 millones de euros en 2021 para investigar vacunas, tratamiento, pruebas y sistemas médicos contra el Coronavirus en el marco del programa científico Horizon 2020. Para coordinar los diferentes proyectos en este ámbito se creó un portal virtual común, el *European Research Area Corona Platform* (13).

3. LA LIMITADA NORMATIVIDAD EUROPEA EN MATERIA DE SALUD

La Unión Europea apenas tiene competencias en materia de salud, que sigue siendo principalmente una prerrogativa de los Estados Miembro, igual que la política social, salvo algunas estipulaciones generales y, en este caso, las regulaciones regionales en situaciones de emergencia sanitaria. La normativa sanitaria comunitaria se limita a algunas orientaciones generales, como aquellas estipuladas en el artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la UE (TFUE) que en sus apartados 1-7 garantiza «un alto nivel de protección de la salud humana» y recuerda que la acción de la UE «complementará las políticas nacionales», entre otros se ocupa de la «vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud». Esta última función de la UE justificó la acción colectiva durante la pandemia.

En el TFUE, se prevé algunas competencias de las instituciones supranacionales en materia de salud. Según el apartado 5 del artículo 168, el Consejo de la UE, el Parlamento Europeo o la Comisión: «podrán adoptar también medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas». Sin embargo, en el apartado 7 se recuerda que «La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica». Bajo este amparo jurídico, se enmarcó la actuación de la Comisión Europea durante la pandemia, mientras que el Consejo y el PE tuvieron un papel más bien secundario.

Otra normativa, activada por primera vez en la crisis sanitaria del COVID-19, es el título VII del TFUE (cláusula de solidaridad) y, particularmente, el artículo 222, que crea un mecanismo de protección civil en casos de emergencia. Inicialmente previsto para ataques terroristas, también incluía su invocación en caso de «catástrofe natural o de origen humano». Esta cláusula fue invocada por primera vez en marzo de 2020 por parte de Italia, en el momento de su emergencia nacional por el alto número de casos y muertes de COVID-19 y el reclamo de enviar material sanitario y médicos de los demás Estados miembro para afrontar la crisis nacional.

(13) <https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/opportunities/portal/screen/covid-19>.

También previo a la pandemia, la UE adoptó y actualizó, en octubre de 2013, una decisión sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud que ya existía desde 1998 y que prevé en su artículo 1 establecer «normas sobre la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta precoz en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas, con inclusión de la planificación de la preparación y respuesta en relación con estas actividades, con el fin de coordinar y complementar las políticas nacionales» (14). En situaciones de emergencia y bajo el auspicio de la Comisión Europea, un Estado miembro, como lo hizo Italia en marzo de 2020, puede solicitar la coordinación de una respuesta colectiva (medidas, información, estadísticas, vigilancia, etc.) al Comité de Seguridad Sanitaria (CSS), creada en 2001. Ello incluye la adquisición conjunta de equipos médicos, la puesta en marcha de un sistema de alerta y/o la declaración de pandemias en estrecha colaboración con la OMS.

Estas tres normativas fueron invocadas en 2020, pero no se añadieron nuevas decisiones o desarrollo normativo posteriores a la pandemia. Aunque es temprano para evaluar si esta estructura normativa a nivel comunitario se modificará como consecuencia de la crisis sanitaria, cabe destacar que la UE aprovechó al máximo el escaso margen jurídico de la Comisión Europea y otras instituciones en el ámbito de salud pública para activar las pocas instituciones que la UE había creado en este ámbito. De hecho, la Comisión Europea se perfiló como principal órgano supranacional y máxima autoridad coordinadora durante la pandemia, sobre todo por la iniciativa de su presidenta, Ursula von der Leyen, que, en cada momento, actuó en estrecha cooperación con los Estados miembro, principalmente con Francia y Alemania (15). La Comisión Europea y el eje Alemania-Francia actuaron como motor de la respuesta colectiva de la UE ante la pandemia, un liderazgo que no estuvo exento de críticas (16), pero que ayudó a cohesionar la UE.

4. POLÍTICAS PÚBLICAS REGIONALES FRENTE A RESPUESTAS NACIONALES Y LOCALES

En un primer momento nacionalista entre marzo y junio de 2020, prevalecían claramente las diversas políticas públicas de cada Estado miembro, en principio, sin ningún tipo de coordinación. Fue en este período que Alemania anunció que no exportaba ningún tipo de equipo sanitario (mascarillas para el personal médico o respiradores solicitados por España e Italia) a otros Estados miembro de la UE, aludiendo a necesidades nacionales. Otros Estados como Polonia o Hungría seguían los pasos de Alemania. Tampoco se coordinaban las políticas fronterizas y cada país abría o cerraba fronteras, según la emergencia sanitaria en cada momento. Asimismo, en este primer momento de «choque», China fue prácticamente la

(14) Decisión n.º 1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo del 22 de octubre de 2013 sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión n.º 2119/98/CE.

(15) Anterior a ser presidenta de la Comisión Europea, Ursula von der Leyen había sido ministra de varias carteras durante el Gobierno de Angela Merkel.

(16) KURAS, P. «The Aristocratic Ineptitude of Ursula von der Leyen», *Financial Times*, 30 de abril 2021.

única fuente para recibir equipo sanitario que escaseaba sobre todo en Europa del Sur, a precios exorbitantes. Tampoco existían estadísticas comunes para registrar en una base de datos común los contagiados y víctimas de la epidemia.

Con algo de retraso, la Comisión Europea amenazó con sancionar Alemania y aquellos países que no exportaban equipos sanitarios, poniendo fin a este «momento nacionalista». Además, el 8 de abril de 2020, se creó un Centro de Coordinación de Equipos Médicos que facilitó la localización de suministros sanitarios disponibles, como kits de pruebas, respiradores, etc., para distribuirlo entre los países de la UE. De forma bilateral, se impuso la solidaridad, por ejemplo, al trasladar pacientes de COVID-19 de desbordados sistemas sanitarios de Italia o Portugal a Alemania. Asimismo, en esta primera fase, la Comisión Europea organizó cuatro concursos públicos colectivos para adquirir material sanitario que fue temporalmente exento de restricciones aduaneras (17).

En este primer período, sin coordinación formal, solo por imitación, la denominada política de *copycat* (18), el aprendizaje social colectivo conllevó a adoptar confinamientos, cierre de colegios y medidas de distanciamiento social y de higiene en casi todos los Estados miembro de la UE, con la excepción de Suecia y Croacia, que optaron por políticas menos restrictivas para controlar el virus. De hecho, fue la primera vez que una situación de emergencia eliminó los derechos y libertades fundamentales, algo que apenas fue cuestionado en el espacio de la UE, aunque las medidas restrictivas como confinamientos, cierres de colegios y similares tuvieron una mayor aceptación en España, Italia o Francia (donde la letalidad fue mayor) comparado con países del Norte de Europa, principalmente Alemania, Dinamarca o Suecia (que no confinó la población) y donde la aprobación fue menor (19). Ante la competencia exclusiva de los Estados miembro, las regulaciones de los Estados de Alarma o de Emergencia necesarias para implementar dichas medidas extraordinarias se adoptaban a nivel nacional y, posteriormente en las fases dos y tres, se delegaron competencias a nivel local. Por ejemplo, desde septiembre 2020, las Comunidades Autónomas en España adoptaron las políticas restrictivas como toques de queda y limitar los aforos que consideraban oportunos, según la evolución de la pandemia.

En la fase dos entró en acción la Comisión Europea, que coordinó las políticas de frontera con los Estados miembro, elaborando orientaciones colectivas mínimas para la apertura y cierre de la UE dentro y fuera de Europa. No obstante, durante esta fase dura de la pandemia, la coordinación fue mínima y la situación un tanto caótica perjudicando la imagen de la UE en el exterior (20). A partir de este segundo período, la UE empezó a adoptar diversas medidas conjuntas (repatriaciones de otros países, exigencia de cuarentenas o pruebas COVID-19, etc.) para controlar

(17) GARDINI, G. L. (ed.). *The World before and after Covid-19. Intellectual Reflections on Politics, Diplomacy and International Relations*, European Institute of International Studies, Estocolmo, 2020, p. 116.

(18) KRASTEV, I. «Copycat Coronavirus Policy will soon come to an end», *Financial Times*, 7 de abril de 2020.

(19) SABAT, I. «United but divided: Policy responses and people's perceptions in the EU during the COVID-19 outbreak», *Health Policy*, núm. 24, 2020, pp. 909-918, p. 911.

(20) SALVATI, *op.cit.*

sus fronteras (21). Asimismo, el Consejo de la UE adoptó un *Joint European Roadmap* para levantar gradualmente las medidas excepcionales (22). Otra iniciativa de la Comisión Europea que entró en vigor en julio de 2021 fue el certificado COVID-19 Digital de la UE que permite, con algunas excepciones, viajar por el espacio europeo. No obstante, ante el nuevo aumento de contagios en muchos países europeos, que incluían también a personas vacunadas con la dosis completa, durante el verano de 2021 la gestión de la pandemia retornó en gran parte a fórmulas nacionales para gestionar las fronteras y la administración de vacunas.

Por tanto, en cuanto a las políticas públicas contra la epidemia prevalece claramente la acción de los Estados miembro, debido a las competencias casi exclusivas que tienen en esta materia. En muchos casos se aplicó el principio de subsidiariedad anclado en el TFUE que prevé que las respuestas deberían emanar desde el nivel más pertinente de gobernanza, según el ámbito de competencias compartidas entre la UE y sus Estados miembro, con una gran variedad entre países: desde el relevo de competencias al gobierno local en los casos de Alemania y España hasta decisiones más nacionales en Estados menos descentralizados como Francia. En el primer período de la pandemia y hasta la aprobación y compra colectiva de vacunas, las instituciones supranacionales se limitaron principalmente a coordinar y orientar las políticas diseñadas y aprobadas en sus Estados miembro en diferentes niveles de gobernanza. Así, se comprobó una vez más la gobernanza multinivel que caracteriza la UE. Fue a partir del período dos y tres que la Comisión Europea y agencias comunitarias empezaron a orquestar una política común para hacer frente al virus que, tras algunos momentos puntuales difíciles, convergió en una exitosa estrategia de coordinación de fronteras mediante el certificado COVID-19 de la UE, la distribución colectiva de vacunas y una campaña de vacunación que logró en prácticamente todos los países de la UE bajar las incidencias.

5. INSTITUCIONES COMUNITARIAS FORMALES E INFORMALES ANTES Y DESPUÉS DEL COVID-19

A pesar de las limitadas competencias comunitarias en este sector, previo a la pandemia ya se habían creado varias instituciones europeas en el ámbito de la salud pública. Las dos principales, la Agencia Europea de Medicamentos EMA y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE), adquirieron un mayor protagonismo durante la crisis. Una Comisaria de Seguridad Alimentaria y Sanitaria y un Comité de Seguridad Sanitaria (CSS), integrado por los ministros de salud de los Estados miembro, complementan el cuadro institucional europeo en esta materia.

La pandemia no añadió más instituciones formales, pero en 2020 se creó un equipo asesor de respuestas al coronavirus lanzado e integrado por la presidenta de la Comisión Europea, Ursula von der Leyen, y cinco Comisarios. Dicho foro coordina las acciones colectivas en diversos ámbitos, desde el control de fronteras hasta el envío de equipos sanitarios frente a la pandemia, y su existencia está condiciona-

(21) ALEMANN, A. «The European Response to COVID-19: From Regulatory Emulation to Regulatory Coordination?», *European Journal of Risk Regulation*, núm. 11, 2020.

(22) ALEMANN, *op.cit.*

da a la duración de la pandemia. Tiene un carácter *ad hoc* de emergencia y, en principio, no está previsto su «institucionalización» a largo plazo.

Tabla 1. *Instituciones de la UE en materia de salud*

Institución	Creación y sede	Funciones	Integrante(s)
CEPCE.	2005, Estocolmo.	Vigilancia de epidemias, medidas preventivas, asesoramiento, recopilar e interpretar datos.	290 funcionarios.
CSS.	2001.	Coordinación y concertación, adopción de medidas colectivas	Ministros de Salud.
Comisaria de Seguridad Alimentaria y Sanitaria		Voz colectiva de la UE en esta materia.	Desde 2019 Stella Kyriakidis.
EMA.	1995, Amsterdam.	Aprobar y comprobar nuevos medicamentos	Funcionarios.
Equipo Respuesta al Coronavirus.	2020.	Coordinación y concertación, proponer medidas.	Presidenta de la CE y 5 Comisarios/as.

Fuente: elaboración propia con base en la página web de la UE.

Aunque no se crearon nuevas instituciones, se ampliaron las competencias del CEPCE mediante la adopción el 11 de noviembre de 2020 de una reforma de su Reglamento (CE) de 2004, que fortalece su acción en todos los ámbitos de vigilancia, prevención, interpretación y recopilación de datos. Por otra parte, cabe destacar que la Comisaria para la Seguridad Alimentaria y Sanitaria, Stella Kyriakidou de Grecia, no tuvo ningún papel público durante la pandemia y no se aumentaron o cambiaron sus competencias, pero forma parte del equipo de respuestas al Coronavirus bajo el liderazgo de la presidenta de la Comisión Europea, Ursula von der Leyen (23).

En el tercer período de máxima acción colectiva, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) con sede en Ámsterdam, creada en 1995, adquirió un nuevo protagonismo en términos del proceso de aprobación para las nuevas vacunas contra el COVID-19. Autorizó la vacuna de la empresa británica-sueca AstraZeneca que fue la primera que circuló en el espacio europeo gracias a un contrato con la Comisión Europea, quien se hizo cargo de las compras colectivas en esta última fase de la pandemia. Posteriormente, la EMA aprobó las vacunas de Pfizer y Moderna y, en abril de 2021, la monodosis de Johnson & Johnson. Cabe resaltar que AstraZe-

(23) KURAS, *op.cit.*

neca y Pfizer eran las únicas dos vacunas que se habían creado con participación de Suecia en el primer caso y Alemania en el segundo.

Diferente a EE. UU. o China, la UE no llegó a producir su propia vacuna al nivel comunitario y dependía de las importaciones que en un segundo momento de la crisis se dificultaron por la escasez de la oferta. Esto último llegó a generar un conflicto jurídico entre AstraZeneca y la Comisión Europea debido al incumplimiento del contrato por parte de la empresa británica-sueca. Asimismo, conllevó críticas por parte de la ciudadanía y algunos Estados miembros sobre la lenta y mala gestión de la campaña de vacunación por parte de la Comisión Europea y particularmente su presidenta (24). Como consecuencia de este caso ante los tribunales y problemas de salud (trombos) vinculados con la vacuna de AstraZeneca, la Comisión Europea dejó de suministrar dicha vacuna y la reemplazó con las otras tres. Este conflicto y la oferta colectiva inferior de la Comisión Europea a los precios dispuestos a pagar de Estados como Israel, retrasaron unos meses la campaña de vacunación que empezó a arrancar en primavera de 2021.

Con ello, la Comisión Europea y su equipo de respuesta al Coronavirus, creado en marzo 2020 entre la presidenta von der Leyen y los comisarios de gestión de crisis, Seguridad Alimentaria y Sanitaria, Política Interior, de Transportes y de Economía, asumieron los riesgos y beneficios del liderazgo en la respuesta de la UE. Su labor consistió sobre todo en la coordinación de las políticas nacionales y/o locales y la elaboración de recomendaciones.

Todo ello demuestra la preferencia y prerrogativa de gobernanza regional de la crisis por parte de la UE, lo cual dejó las organizaciones e iniciativas globales en un segundo plano. Ello resulta sorprendente y está en contradicción con el poder normativo y transformador (Roloff, 2020) de la UE que siempre ha defendido un multilateralismo eficaz que incluye una apuesta estratégica por las organizaciones internacionales. La OMS jugó un papel importante para la UE en el «primer momento nacionalista» – como guía y orientadora global – y en el «tercer período», cuando Alemania y Francia se convirtieron en una voz más activa en la OMS y sustituyeron temporalmente a un EE. UU. ausente y muy crítico de la organización durante la Presidencia de Donald Trump (25). Aunque algunos Estados miembro de la UE compartían con el gobierno de EE. UU. ciertos recelos ante una organización liderada por Tedros Adhanom, la UE no se planteó en ningún momento su salida de la OMS – organización financiada por EE. UU., el Reino Unido, China, la Fundación Gates y GAVI: La Alianza para las Vacunas, entre otros (26)– sino que optó por un papel secundario y un mayor compromiso político y financiero a partir de la segunda mitad de 2020 (27). Es también en el tercer período que la UE aumentó su cooperación internacional con GAVI y, en menor medida, con la iniciativa conjunta OMS/ONU Covax para repartir vacunas entre las regiones y países con menos recursos.

(24) KURAS, *op.cit.*

(25) SCHALK, L., JORGENSEN, K. y VAN DE PAS, R. «Loyal at once: The EU's global health awakening in the Covid-19 pandemic». *Journal of European Integration*, vol. 42, núm. 8, 2020, pp. 1145-1160.

(26) En el bienio 2018-2019, los principales contribuyentes al presupuesto de la OMS fueron EE. UU., el Reino Unido, la Fundación Bill Gates, GAVI, Alemania, agencias de Naciones Unidas, el Banco Mundial, filántropos privados como Rotary, la Comisión Europea (octavo lugar), China (15.º lugar), Canadá, Suecia (17.º lugar) y Francia (18.º).

(27) SCHALK *et al.*, *op.cit.*

6. RECURSOS FINANCIEROS: EL PLAN DE RECUPERACIÓN NEXT GENERATION EU

La UE palió el efecto económico negativo por la aprobación de un fondo de dimensiones históricas para la recuperación de Europa. A diferencia de ALC, la pandemia fortaleció la capacidad material y de gobernanza de la Unión Europea. Otra diferencia, como se verá más adelante, fue la voluntad política de trasladar la solidaridad con los países europeos más afectados en recursos económicos, ayuda logística y gobernanza colectiva liderada por la Comisión Europea.

En cuanto a la capacidad material, cabe recordar que solo dos meses después del inicio de la pandemia, en mayo de 2020, la Comisión Europea propuso un paquete financiero inédito para paliar los efectos económicos de la pandemia. El plan que luego fue bautizado de *Next Generation EU*, fue inicialmente dotado de 750 mil millones de euros entre préstamos y donaciones. Al coincidir el debate sobre el plan de recuperación post-COVID-19 con el próximo presupuesto sexenal de la UE (2021-2026), finalmente se dotaron de 806,9 mil millones de euros –un verdadero Plan Marshall europeo. Asimismo, el Banco Europeo de Inversiones (BEI) y el Banco Central Europeo (BCE) aprobaron recursos adicionales de ayuda a empresas y Estados afectados por la pandemia. Adicionalmente, en el presupuesto comunitario 2021-2027 se incluyó un considerable aumento de 1,7 mil millones de euros para el programa de salud, casi cuatro veces más que el programa anterior de 450 millones de euros.

Un año después, en mayo 2021, todos los Estados miembro habían aprobado el Plan de Recuperación para Europa (28). Sus fondos empezaron a llegar a los países cuyo plan de inversión había sido aprobado por Bruselas, entre ellos España e Italia. La aprobación de lo que algunos llamaron el primer plan Marshall para Europa fue, sin duda, un paso histórico, sobre todo teniendo en cuenta que las donaciones o «coronabonos» incluidos en el Plan habían contado durante varios meses con la férrea oposición de los cuatro «frugales», Austria, Dinamarca, Países Bajos y Suecia, así como Finlandia. A diferencia de la crisis financiera, esta vez Alemania y Francia actuaban conjuntamente y en estrecha coordinación con la Comisión Europea que había preparado el Plan de Recuperación. Fue un proceso largo pero exitoso que incluía varios meses de debate y controversias internas en varios Estados miembro. El debate estaba servido y la pandemia amenazaba a crear otra división europea.

Una primera reunión del Consejo Europeo sobre el nuevo Fondo, realizada en junio de 2020, fracasó por la oposición de los cuatro países «frugales» poniendo en jaque al proceso de integración europea y creando una nueva división norte-sur entre los países Mediterráneos y los Nórdicos. Sin embargo, a diferencia de la crisis financiera de 2008, cuando Alemania exigió a los países del Sur de Europa drásticas políticas de ajuste auspiciadas por la Troika financiera, esta vez Alemania y Francia se unieron para apoyar la iniciativa de la Comisión Europea. Finalmente, en una segunda Cumbre, celebrada del 17 al 21 de julio de 2020, el Consejo Europeo aprobó un paquete de medidas de 750 mil millones de euros para la recuperación de la UE. A esta suma hay que añadir el aumento del presupuesto sanitario

(28) https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es.

(casi cuatro veces más que los 450 millones aprobados en el ciclo anterior) y otros fondos de investigación y medidas colectivas en el ámbito de la salud pública.

Adicionalmente, el presupuesto de la UE (2021-2027) incluye fondos en el marco del programa SURE (contra el desempleo) y se creó un nuevo programa UEproSalud (Reglamento UE 2021/522) para paliar los efectos económicos de la crisis y evitar un ciclo recesivo. Estos nuevos recursos masivos reflejan un proceso de aprendizaje de la gran crisis anterior de 2008 que amenazó con romper la zona Euro. Ante el riesgo compartido, la cooperación entre Alemania, Francia y la Comisión Europea facilitó una solución financiera que años atrás no hubiera sido posible. Sin duda, fue fruto de la emergencia, pero también señala un retorno al tradicional principio de la solidaridad europea, al menos al interior de la UE. Los fondos del Plan de Recuperación formarán parte del presupuesto comunitario 2021-2027 y serán gestionados por la Comisión Europea que, con ello, gana en capacidad de gobernanza económica. Los Estados que reciben recursos tienen que comprometer un 70 % hasta 2022 y el 30 % restante hasta 2024, cuando terminará el programa. Entre otros se ha creado un nuevo programa UEproSalud y los fondos se dirigen hacia la digitalización, la recuperación económica y la transición ecológica.

Todo ello demostró la capacidad material y de gobernanza supranacional de la UE que claramente ofreció una solución regional. Sin embargo, también participó en iniciativas internacionales de las Naciones Unidas y de la OMS, tales como Covax y GAVI, aunque con menos energía y recursos que en anteriores crisis, para paliar los efectos en otras regiones como ALC, Asia y África. Asimismo, sobre todo Alemania y Francia adoptaron, en la fase tres de gobernanza regional, una política más activa en la OMS donde elevaron la «voz europea» y contrastaron su presencia y compromiso con el vacío que había dejado EE. UU. durante la Presidencia de Donald Trump (29).

7. UNA UE MÁS COHESIONADA CAMINO A UN POSIBLE *SPILL OVER*

Tras analizar estos cinco ámbitos de gobernanza regional, se podría producir un *spill over* de integración en la UE, en los términos del (neo)funcionalismo de Haas, Schmitter y Mitrany, al extender las competencias comunitarias en un nuevo sector (la salud) y ampliar las funciones y/o crear instituciones nuevas para fortalecer la coordinación europea a través del denominado *spill-over* (la expansión de la integración a otros sectores). Lo indica el paulatino proceso de llenar los cinco vacíos de gobernanza regional que hemos analizado. A raíz de ello, la salud pública ha sido incluida como sector importante en el debate ciudadano respecto a la Conferencia sobre el Futuro de Europa (30), que resumirá el proceso deliberativo en curso en 2022. Según una encuesta reciente (31), la salud es la primera prioridad (31 %) de los ciudadanos de cara al futuro de la UE, seguida por el cambio climático y el terrorismo. Un 47 % de europeos están muy satisfechos con la gestión de la pandemia por parte de la UE, un punto por encima de la evaluación nacional.

(29) SCHALK *et al.*, *op.cit.*

(30) Conference on the Future of Europe, «Prescribing a healthier future for Europeans», (<https://futureu.europa.eu/processes/Health>), consultado el 31 de agosto de 2021.

(31) European Commission, Flash Eurobarometer 494, mayo 2021.

Esta evaluación positiva coincide con el análisis, en la ya abundante literatura sobre la gestión de la pandemia por parte de la UE, donde prevalecen también las evaluaciones positivas de las respuestas colectivas de la UE ante las voces pesimistas (32). Algunos consideran que la respuesta de la UE a la pandemia ha sido «rápida y sustancial» y que «en términos comparativos, la UE es la única organización regional que ha tenido un impacto real en la lucha contra COVID-19» (33). La crisis sanitaria no solo fortaleció el regionalismo europeo, sino también ofrece la oportunidad de que la UE aumente su papel como poder normativo y transformativo a nivel global, según Roloff (34).

Sin embargo, el nacionalismo (o regionalismo) de vacunas prevalente en la UE pone en tela de juicio la credibilidad de su proyección como un poder normativo en la lucha mundial contra la pandemia. Similar a los EE. UU. y Canadá, la UE aprovechó de su capacidad material de obtener e incluso acaparar el suministro de vacunas para sus ciudadanos en cantidades muy superior a sus requerimientos, reforzando una distribución inequitativa de vacunas al nivel global, perjudicando los esfuerzos del mecanismo Covax para atender a las necesidades del Sur global y por consecuencia dejando desprotegidos a la gran mayoría de pobladores de dicha zona (35).

Respecto a su gestión regional de la crisis, las críticas se dirigen contra la insuficiente estrategia de comunicación de la UE (36) y a los primeros meses de la pandemia, cuando la UE estuvo prácticamente ausente (37), para luego desplegar nuevas normas e instrumentos y fortalecer las pocas instituciones que existían previo a la crisis de 2020. Después de una primera fase de egoísmos nacionalistas, sorprendió la flexibilidad y rapidez de la respuesta regional europea (38). El análisis previo comprobó que las respuestas iniciales eran mayormente nacionales con una reacción de gobernanza regional tardía. Este panorama se modificó en los siguientes dos períodos, el momento híbrido y el período de gobernanza regional a finales de 2020 hasta junio de 2021, cuando se lanzaron nuevos instrumentos e iniciativas de la UE.

(32) Para evaluaciones positivas del papel de la UE ante la pandemia, véase GARDINI, G. L. (ed.). *The World before and after Covid-19. Intellectual Reflections on Politics, Diplomacy and International Relations*, European Institute of International Studies, Stockholm, 2020; WOLFF, S., y LADI, S. «European Union Responses to the Covid-19 Pandemic: adaptability in times of Permanent Emergency», *Journal of European Integration*, núm. 42, 2020; Renda, A. y Castro, R. «Towards Stronger EU Governance of Health Threats after the COVID-19 Pandemic», *European Journal of Risk Regulation*, núm 11, 2020 y Schmidt, V. A. «Theorizing institutional change and governance in European responses to the Covid-19 pandemic», *Journal of European Integration*, núm. 42, 2020. Para voces críticas, véase SALVATI, E. «Crisis and Intergovernmental Retrenchment in the European Union? Framing the EU's Answer to the COVID-19 Pandemic», *Chinese Political Science Review*, núm. 6, 2021.

(33) GARDINI, *op.cit.*, p. 11.

(34) ROLOFF, *op. cit.*

(35) Véase BOLLYKY, T. J. y BOWN, C. P. «Vaccine Nationalism Will Prolong the Pandemic: A Global Problem Calls for Collective Action», *Foreign Affairs*, 29 diciembre 2020; GOSTIN, L. O., FRIEDMAN, E. A. y MOON, S. «Wealthy Countries Should Share Vaccine Doses Before It is Too Late: The Greater Good Depends on Ending the Pandemic Everywhere», *Foreign Affairs*, 19 enero 2021.

(36) GARDINI, *op.cit.*, p. 119.

(37) GREER, S. «National, European, and Global Solidarity: Covid-19, Public Health and Vaccines», *Eurohealth*, vol. 26, núm. 2, 2020, pp. 104-108.

(38) GREER, *op.cit.*, p. 106.

Las nuevas herramientas desarrolladas en estas dos fases por parte del Consejo, del Banco Central Europeo y sobre todo de la Comisión Europea para dar una respuesta colectiva a la amenaza transfronteriza de la pandemia confirman la hipótesis clásica de los (neo)funcionalistas de un *spill over* funcional que fortaleció la integración europea y no la debilitó, como predijeron algunos que analizaron los primeros momentos de emergencia sanitaria con una UE incapaz de responder (39). La coordinación, en la fase tres, entre instituciones europeas y Estados miembro refleja una respuesta mixta supranacional e intergubernamental conforme a la gobernanza multinivel que, a diferencia de América Latina y el Caribe, tiene lugar bajo el amplio paraguas de la Unión Europea.

Después de un primer momento nacionalista entre enero y junio de 2020, la crisis de salud ha acelerado un proceso de integración sanitario y financiero europeo al activarse instituciones técnicas poco usadas anteriormente y producirse, mediante la coordinación entre órganos técnicos, la Comisión Europea y los Estados miembro, un mayor empuje hacia soluciones colectivas y más gobernanza regional. Salvando las diferencias de partida en ambas regiones, este efecto coincide con la repuesta regional que constatan Ruano y Saltalamacchia (40) para algunas iniciativas de integración en América Latina, particularmente CARICOM y SICA.

III. LA GOBERNANZA FRAGMENTADA DE LA PANDEMIA EN ALC

Igual que en otras partes del planeta, los sistemas de salud nacionales y las instituciones regionales en ALC estaban poco preparados para gestionar una pandemia como la del Coronavirus. El número de muertes por COVID-19 en la región sumó más de 1,3 millones de personas a mediados de 2021, entre las regionales con las peores cifras de contagios y muertos en todo el planeta (41). Asimismo, ALC está atravesando un difícil momento económico provocado por el COVID-19 y las medidas restrictivas adoptadas para reducir los contagios. Las Naciones Unidas estiman que el COVID-19 tendrá como consecuencia una caída del PIB regional en torno al -9,1, considerando el impacto de la contracción de las exportaciones, de las remesas, el turismo y del consumo. Además, se ha registrado un aumento de la desigualdad y la pobreza (42) que, en la mayoría de los casos, no han sido solventados por los gobiernos por la falta de recaudación fiscal y la ausencia de sistemas de seguridad social efectivos.

El estado de la gobernanza regional de seguridad sanitaria en la víspera de la pandemia del Coronavirus fue el producto de una convergencia y entrelazamiento histórico de dos tendencias macro de gobernanza en décadas recientes. Por un lado,

(39) SALVATI, *op. cit.*

(40) RUANO, L. y SALTALAMACHIA, N. «Latin American and Caribbean Regionalism during the Covid-19 Pandemic: Saved by Functionalism?», *The International Spectator*, vol. 56, núm. 2, 2021, pp. 93-113.

(41) BOADLE, A. «Covid-19 deaths in the Americas may be higher than reported -PAHO», *Reuters*, 26 de mayo de 2021. (<https://reut.rs/3l0ZxNL>) consultado el 31 de agosto de 2021.

(42) NACIONES UNIDAS, *Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*, Organización de las Naciones Unidas, julio 2020, pp. 2-4, (<https://bit.ly/3yKIB2H>) consultado el 31 de agosto de 2021.

la OMS y su socio hemisférico, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fomentaron la consolidación del régimen global de seguridad sanitaria en las Américas, anclado en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de 2005. Por otro lado, desde la década de 1990 hasta el nuevo milenio, varios procesos de integración subregional empezaron a desarrollar sus propias instituciones de salud, incluyendo la Comunidad Andina (CA), el Mercado Común del Caribe (CARICOM por sus siglas en inglés), el Sistema de la Integración Centroamericana (SICA), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Mientras que algunas de estas organizaciones, tales como la OPS, CARICOM y SICA, tenían secretarías permanentes que contaban con un contingente de especialistas de salud pública competentes con considerables recursos a su disposición, así como la capacidad de servir como orquestadores de gobernanza vis-à-vis las autoridades de salud de sus Estados miembro, otros organismos como MERCOSUR y UNASUR desarrollaron acuerdos en los que el trabajo de los consejos de salud son monitoreados de cerca por autoridades inter-presidenciales (43).

Cabe notar que el COVID-19 llegó en un momento difícil de cooperación regional, reduciendo indudablemente las posibilidades de dar respuestas colectivas oportunas y efectivas frente al virus. (44) A inicios del 2020, la mayoría de iniciativas regionales o subregionales que habían sido exitosas en décadas previas estaban sufriendo un estancamiento institucional, un déficit de liderazgo, tensiones ideológicas e interpersonales entre los líderes y los gobiernos participantes, así como problemas económicos y políticos domésticos que desviaron la atención de las autoridades de la agenda regional. El desarrollo más sintomático de este estado de malestar fue la desaparición de UNASUR en 2018-2019 gracias a un intenso conflicto ideológico entre sus presidentes. La disolución de UNASUR dejó a Suramérica sin su institución más importante para combatir el virus: el Consejo Suramericano de Salud. Fue en este contexto de crisis regionalista que la arquitectura de gobernanza de salud latinoamericana tendría que formar la base sobre la cual los esfuerzos regionales llenarían las brechas de gobernanza que se detectaron cuando se detectaron los primeros casos de Coronavirus en ALC.

Sin embargo, cabe mencionar que al comienzo de la pandemia, en varios momentos las organizaciones latinoamericanas respondieron más rápido y de manera más contundente a la pandemia que los mecanismos de la UE. Por ejemplo, a finales de enero de 2020, los ministros de salud y los jefes de gobierno del Caribe ya habían puesto a trabajar a la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA por sus siglas en inglés) con el fin de preparar los planes de contingencia regionales de cara a la emergencia de salud pública. Activaron el Mecanismo de Coordinación Regional de Salud el 20 de enero de 2020 y llevaron a cabo una reunión minis-

(43) LEGLER, T. «Presidentes y Orquestadores: La Gobernanza de la Pandemia de COVID-19 en las Américas», *Foro Internacional*, núm. 2, 2021, pp. 333-385.

(44) GONZÁLEZ, G. et al. «Coyuntura crítica, transición de poder y vaciamiento latinoamericano», *Nueva Sociedad*, núm. 291, 2021; LEGLER, T. y SANTA CRUZ, A. *Dos décadas de conmovión en el orden hemisférico en las Américas*, Instituto Matías Romero, 2021; MERKE, F. et al. «Reimagining Regional Governance in Latin America», *Carnegie Endowment for International Peace*, junio de 2021; NOLTE, D. «From the summits to the plains: The crisis of Latin American Regionalism», *Latin American Policy*, núm.1, 2021; NOLTE, D. y WEIFFEN, B., *Regionalism Under Stress: Europe and Latin America in Comparative Perspective*, Routledge, Nueva York, 2021.

terial el 3 de febrero y para líderes nacionales el 1 de marzo del 2020 (45). En las primeras semanas de febrero, la OPS empezó a ofrecer talleres de capacitación para el diagnóstico y detección de COVID-19 a los funcionarios de salud pública, científicos y técnicos en el hemisferio occidental, seguido por una serie de otras actividades de capacitación en las semanas siguientes. El 26 de marzo de 2020, los líderes de América Central autorizaron, antes que la UE, un plan de contingencia regional contra el COVID-19 que asignó un papel importante al Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y la República Dominicana (COMISCA) (46).

A continuación, se subraya la divergencia entre la experiencia europea y la de ALC respecto a la gobernanza regional de la pandemia. En contraste con el caso europeo, la narrativa latinoamericana y caribeña no se puede periodizar en tres fases cronológicas de cada vez mayor regionalización de la gobernanza. Más bien, ha sido una historia llena de tendencias contradictorias y continuas de la fragmentación y hasta competencia entre respuestas colectivas, el hiper pragmatismo de los líderes y gobiernos a la luz de grandes deficiencias materiales y también de ciertas resiliencias.

1. LAS RESPUESTAS REGIONALES ANTE LA BRECHA DE INFORMACIÓN DEL COVID-19

El brote reveló rápidamente la carencia de información, conocimiento y comunicación que existía en relación con el hasta ahora desconocido Coronavirus. Por consiguiente, en una de las pocas áreas dinámicas de cooperación regional, las organizaciones interamericanas y las de ALC emprendieron una variedad impresionante de acciones ligadas a aportar información con la intención de compartir datos y las mejores prácticas disponibles.

En este sentido, la OPS se estableció como un centro clave de información y comunicaciones, incluyendo la creación del GeoHub COVID-19: Sistema de Información para la Región de las Américas. (47) Respecto a la investigación e inteligencia, la OPS creó la Red Regional de Vigilancia Genómica COVID-19, a través del cual 13 países compartieron sus secuencias genómicas de forma oportuna mediante la plataforma electrónica para compartir datos epidemiológicos de la Iniciativa GISAID. (48) Con la intención de mejorar la preparación de los países para recibir, almacenar, distribuir y administrar las vacunas emergentes de COVID-19, la OPS, en colaboración con la OMS, UNICEF, el Banco Mundial y treinta países

(45) FLETCHER-LARTEY, S., INDAR, L., DAVIDSON, T., GONZALEZ ESCOBAR, G., y ST JOHN, J. «Protecting Health Security in the Caribbean: A Coordinated Regional Response to the Novel Coronavirus Disease (COVID-19) and Other Global Public Health Threats», *International Public Health Journal*, 12, 1 (2020), pp. 33-45.

(46) Para análisis de las respuestas regionales centroamericanas y caribeñas frente a la pandemia, véase PARTHENAY, K. «Aliarse (regionalmente) contra la COVID-19: SICA y CARICOM», *Foro Internacional*, núm. 2, 2021; AGOSTINIS, G. y PARTHENAY, K. «Exploring the determinants of regional health governance modes in the Global South: A comparative analysis of Central and South America», *Review of International Studies*, 47 (4), 2021, pp. 399-421.

(47) Véase PAHO. «Geo-Hub COVID-19-Information System for the Region of the Americas», <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>, consultado el 23 de enero, 2020.

(48) Acerca de la iniciativa GISAID, véase GISAID, <https://www.gisaid.org/>, consultado 23 de enero, 2020.

de ALC, también crearon y coordinaron la herramienta de autoevaluación de la preparación para la introducción de la vacuna contra el COVID-19 (VIRAT) (49).

Por su parte, la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) lanzó una nueva red de virólogos, la Red de Expertos en Agentes Infecciosos y Enfermedades Emergentes y Reemergentes. También forjó una alianza estratégica para compartir información interinstitucionalmente e intercambiar mejores prácticas con la Comisión para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO por sus siglas en inglés). A petición de CELAC, la CEPAL creó el Observatorio COVID-19 en ALC (50). Por su parte, SICA lanzó el Observatorio Regional SICA-COVID-19 (51). La Organización de los Estados Americanos (OEA) desarrolló el Portal OEA para Consultas, Foros y Repositorio, así como la Comunidad Virtual de los Sistemas de Emergencia y Seguridad (52). El Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe (SELA) ofrece su propio repositorio de acciones medidas, políticas y mejores prácticas adoptadas por los gobiernos Latinoamericanos.

Como en otras partes del planeta, en ALC los desafíos no se limitan a llenar la brecha de información, sino a hacerlo con información fiable. Similar a Europa, la región ha estado plagada por una *infodemia*: una epidemia de desinformación acerca del Coronavirus y cómo combatirlo (53). El papel de las organizaciones regionales en este sentido se ha visto resaltado dado que, según un estudio de diez países latinoamericanos, hasta noviembre del 2020, solo un país, Argentina, había desarrollado su propia estrategia contra la desinformación (54). El papel de las organizaciones regionales se ha vuelto más vital a la luz de la información politizada y no basada en la ciencia, lineamientos y recomendaciones comunicadas por muchos gobiernos a lo largo de América.

Aun así, la OPS es el único organismo que adoptó medidas contra la desinformación. Se ha asociado con la OMS en la promoción de la Red de Información sobre Epidemias de la OMS (EPI-WIN) como una plataforma para información fiable de salud pública. También ha emprendido sus propias actividades para educar al público acerca del problema, tal como emitiendo una cartilla informativa (55). Queda por verse cuán eficaces pueden ser las medidas organizacionales ante este problema.

(49) PAHO. «PAHO urges countries to improve readiness to roll out COVID-19 vaccines», 9 de febrero, 2021.

(50) Véase CEPAL. «Observatorio Covid-19 en América Latina y el Caribe», <https://www.cepal.org/es/temas/covid-19>.

(51) Véase SICA. «Observatorio Regional COVID-19», <https://www.sica.int/coronavirus/observatorioSICACOVID19>.

(52) Véase OEA. «Portal OEA para Consultas, Foros y Repositorio», <https://www.oas.org/ext/es/principal/covid-19/Repositorio/PID/3472/CategoryID/254/CategoryName/Iniciativas-OEA>.

(53) Véase ZAROCOSTAS, J. «How to fight an infodemic», *The Lancet*, vol. 395, 29 de febrero de 2020, p. 676.

(54) COSTA HARAKI, C. «Estratégias adotadas na América do Sul para a gestão da infodemia da COVID-19», *Revista Panamericana de Salud Pública*, núm. 45, 2021.

(55) OPS «Understanding the Infodemic and Misinformation in the Fight Against Covid-19», *Pan American Health Organization*, Factsheet 5, 2020.

2. ¿HACIA UN NUEVO PROYECTO NORMATIVO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO FRENTE AL COVID-19?

En la víspera de la pandemia, ALC ya estaba involucrada en un proceso de promoción, difusión y localización de normas que la vinculó al régimen global de seguridad sanitaria coordinado por la OMS y OPS. Esta estructura normativa para la seguridad sanitaria fue anclada en el Reglamento Sanitario Internacional de 2005, un acuerdo intergubernamental histórico que ha impulsado una expansión inédita en la autoridad de estas organizaciones para coordinar los esfuerzos internacionales de la prevención, monitoreo, detección, mitigación y gestión de pandemias.

Al mismo tiempo, la expansión de la gobernanza regional de salud en décadas recientes vinculada a los procesos de integración regional dejó en duda si esta nueva arquitectura estaría integrada en la arquitectura global de la OMS, o si podría llevar potencialmente a una tensión o contestación normativa. Mientras que en algunos casos como COMISCA en Centroamérica y CARPHA en el Caribe estaba claro que las iniciativas subregionales eran congruentes con normas de seguridad sanitaria global, existía cierta retórica que sugería que la ambición de UNASUR de crear un sistema sudamericano de salud público podría implicar un proyecto normativo subsidiario que sería capaz de desafiar la hegemonía del proyecto normativo de la OMS y la OPS (56). En esta línea, Pia Riggirozzi ha dado la impresión que UNASUR y MERCOSUR intentaron construir y coordinar un proyecto de soberanía sudamericana en salud frente a la OMS, la OPS y los EE. UU (57). Aun así, en la práctica, en el nuevo milenio la OPS firmó convenios de cooperación con todas las organizaciones subregionales ligadas con los procesos de integración, incluyendo UNASUR y MERCOSUR, y de hecho cooperaron productivamente con ellos contra amenazas de enfermedades infecciosas reales, tales como A/H1N1, Chikungunya, Dengue, Fiebre Amarilla y Zika.

Después de un periodo de estancamiento en años recientes del cual no era claro que iba a extraerse, el gobierno de México en su función de presidente *pro tempore*, le dio nueva vida a CELAC, gracias al nuevo mandato para seguridad sanitaria que empezó a ejercer frente a la pandemia de COVID-19. Esta nueva encomienda, con su énfasis en buscar la autosuficiencia y las soluciones latinoamericanas y caribeñas, plantea la posibilidad de un proyecto normativo que podría enfrentarse con el de la OMS-OPS. A pesar de que los funcionarios de la OPS han atendido las reuniones de la CELAC relativas a la crisis del COVID-19, la presidencia *pro tempore* de México en CELAC 2020-2021, inspirada por la agenda de política exterior izquierdista de la administración de López Obrador, y la que sigue próximamente de manos de su aliado Argentina, tiene ambiciones para desarrollar una arquitectura regional de salud pública autónoma que potencialmente compita directamente con la de la OMS-OPS. Cabe recordar que mientras la OPS es una organización

(56) Según Amitav Acharya, la subsidiaridad normativa se trata de un proceso en el que los actores locales intencionalmente crean sus propias reglas con el fin de avanzar su autonomía frente a actores centrales más poderosos. Véase ACHARYA, A. «Norm Subsidiarity and Regional Orders: Sovereignty, Regionalism, and Rule-Making in the Third World», *International Studies Quarterly*, núm. 55, 2011, pp. 95-123.

(57) RIGGIROZZI, P. «Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina», *Análisis Carolina*, 30 de marzo de 2020, p. 6.

interamericana que cuenta con los EE. UU. y Canadá como Estados miembro, la CELAC es un foro regional creado en 2010, cuya membresía es exclusivamente latinoamericana y caribeña. Al mismo tiempo, el Foro China-CELAC ha sido utilizado para facilitar las interacciones con funcionarios chinos en temas relacionados con el Coronavirus.

La potencial acción normativa en materia de salud de CELAC se extiende a las vacunas. Mientras que a mediados de 2021 la UE había vacunado con al menos una dosis al 69.5 % de su población y había adquirido 3 mil millones de dosis (6,6 por persona) (58), la vacunación en ALC estaba lenta y desigual. Frente a la oferta inadecuada de vacunas por parte de la iniciativa COVAX, coordinada por la OMS y Gavi, la Alianza Mundial de Vacunas, los países de ALC tuvieron que buscar otras soluciones nacionales complementarias para sus necesidades. Por un lado, la mayoría de ellos intentaron adquirir vacunas de forma bilateral con EE. UU., China, Rusia y otros donantes.

Por otro lado, la CELAC asumió un protagonismo importante ante este vacío. Bajo el liderazgo de los gobiernos de México y Argentina, la organización promovió una sociedad público-privada con la farmacéutica AstraZeneca, la Universidad de Oxford y la Fundación Carlos Slim, cuyo fin era conseguir un suministro de la vacuna AstraZeneca para ALC. Ante los límites de COVAX y el nacionalismo de vacunas del Norte global, CELAC anunció, el 30 de junio de 2021, la creación de un nuevo mecanismo latinoamericano relacionado con la vacunación contra el COVID-19 denominado el Plan Integral para la Autosuficiencia Sanitaria de la CELAC. Su propósito es generar un portafolio de vacunas y apoyar su producción y distribución para ALC (59). Este Plan fue presentado formalmente de manera conjunta por CELAC y CEPAL en el marco de la sexta cumbre de CELAC el 18 de septiembre de 2021 en la Ciudad de México (60). Es de llamar la atención que ni CELAC ni CEPAL históricamente cuentan con competencia en en el área técnica especializada de vacunas, un área donde la OPS y la OMS sí llevan una larga trayectoria.

Hay que reconocer que la iniciativa de COVAX no basta para las necesidades urgentes de ALC respecto a acceder a un suministro de vacunas suficiente para inocular a su población, pero el proyecto CELAC-CEPAL de autosuficiencia regional en vacunas corre el riesgo de provocar una competencia directa con los esfuerzos de la OMS y la OPS, y que COVAX no tenga los fondos suficientes para adquirir los dos mil millones de vacunas que se habían proyectado. También potencialmente coadyuve al florecimiento del nacionalismo o regionalismo de las vacunas y que se exacerbara aún más la desigualdad en la distribución mundial de las vacunas. A pesar de lo anterior, COVAX propone distribuir 280 millones de vacunas en ALC para fines de 2021 (61).

(58) MERELI, A. «Poor countries will have to wait for Covid-19 vaccine leftovers until 2023», *Quartz*, 8 de junio de 2021. (<https://bit.ly/2Vgaemw>), consultado el 28 de agosto, 2021

(59) Secretaría de Relaciones Exteriores, «México y CELAC impulsan la autosuficiencia de vacunas en América Latina y el Caribe», *Secretaría de Relaciones Exteriores*, Comunicado n.º 177, 15 de abril de 2021. (<https://bit.ly/2Vj50GP>), consultado el 28 de agosto, 2021

(60) CEPAL. *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe*, Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021.

(61) HARRISON, C. «What is COVAX and what does it mean for Latin America?», *Americas Society Council of the Americas*, 7 de junio de 2021. (<https://bit.ly/2WPfVsF>), consultado el 28 de agosto, 2021

Cabe notar que la iniciativa CELAC-CEPAL, que potencialmente marginalice a la OPS en materia de vacunas, convergió temporalmente con una aclaración provocativa que hizo el presidente mexicano Andrés Manuel López Obrador en un discurso para conmemorar el 238 aniversario del nacimiento de Simón Bolívar en julio 2021. López Obrador aprovechó la ocasión para proponer que no se descartara la sustitución de la OEA por un nuevo organismo regional semejante a la Unión Europea que fuera «verdaderamente autónomo (y) no lacayo de nadie...» (62) Por lo tanto, es posible que el proyecto CELAC-CEPAL para una gobernanza latinoamericana y caribeña de vacunas más autónoma encaje dentro de una estrategia geopolítica y normativa más amplia de cortar los lazos con la arquitectura de la OEA y el Sistema Interamericano.

No obstante, los impulsos normativos e ideológicos arriba mencionados, la vacunación en ALC ha sido determinada en gran medida por el hiper pragmatismo de los Estados, su capacidad diplomática y sus recursos. La capacidad material ha sido muy desigual: Por una parte, en agosto 2021, el 72.8 % de la población chilena recibió por lo menos una dosis; por otra parte, Haití inoculó a menos del 1 % de sus habitantes y Guatemala solo al 10 % (63). China y Rusia han aprovechado su posición para llevar a cabo una «diplomacia de vacunas» efectiva en ALC ofreciendo las vacunas producidas en sus países como donaciones o a un bajo costo (64), las cuales generan problemas a la hora de viajar al exterior, ya que, por ejemplo la UE, no reconoce estas vacunas. Por otra parte, para agosto 2021, Estados Unidos solo había donado 34 millones de vacunas a ALC (con una población de 667 millones), pero se comprometió a seguir donando dosis (65). Por último, cabe mencionar que Cuba está desarrollando su propia vacuna que solo es reconocida en la isla y que se pretende exportar a otros países de la región.

3. LA FALTA DE ANTECEDENTES EN MATERIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS

De la misma forma en la que el COVID-19 presentó a los países de ALC desafíos enormes en términos de una brecha de información, también carecían de experiencia previa en cuanto a políticas comunes que sirvieran de base para desarrollar respuestas efectivas a una pandemia de esta magnitud. Más allá de los parámetros inmediatos de salud pública, la pandemia desató un daño socioeconómico sin precedentes, así como retos políticos y de seguridad que provocaron una urgente necesidad de llenar la plétora de brechas de políticas públicas.

(62) LÓPEZ OBRADOR, Andrés Manuel. «Discurso del presidente Andrés Manuel López Obrador en el 238 Aniversario del Natalicio de Simón Bolívar, desde el Castillo de Chapultepec, 24 julio de 2021». (<https://lopezobrador.org.mx/>).

(63) RITCHIE, H. *et al.* «Coronavirus Pandemic (COVID-19)», *Our World in Data*, 2020. (<https://bit.ly/3jLEjDZ>), consultado el 28 de agosto, 2021

(64) CHARLES, J. y HALL, K. «U. S. to send vaccines to Latin America, Caribbean as COVID cases and deaths are surging», *Miami Herald*, 3 de junio de 2021. (<https://www.miamiherald.com/news/nation-world/world/americas/article251869743.html>), consultado el 28 de agosto, 2021

(65) HARRISON, C. «Tracker: U. S. Vaccine Donations to Latin America», *Americas Society Council of Americas*, 24 de agosto de 2021. (<https://bit.ly/3jN937A>), consultado el 28 de agosto, 2021.

Varios esfuerzos colectivos, comúnmente en la forma de coordinación interinstitucional, surgieron en el nivel regional para encarar este desafío. La OPS unió fuerzas con la CEPAL para promover recomendaciones de políticas y mejores prácticas a través de una serie de áreas temáticas afectadas por el brote. La CEPAL se volvió un conducto clave y repositorio de análisis de políticas que se enfocaban en proporcionar recomendaciones con respecto a las ramificaciones económicas y sociales de la pandemia. CELAC también abordó las brechas en políticas públicas relacionadas con la autosuficiencia alimenticia, al establecer vínculos con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y CEPAL.

Un caso interesante de improvisación fue el de la conversión del Grupo de Trabajo Conjunto de Cumbres (GTCC) en un mecanismo interamericano importante de coordinación entre gobiernos y organizaciones multilaterales frente a la pandemia. Creado originalmente como un mecanismo para apoyar el proceso de las Cumbres de las Américas, en abril 2020 fue recobrado por su troika actual (Panamá, Perú y Estados Unidos) y la OEA para fomentar el intercambio de políticas, mejores prácticas e información entre los países del hemisferio y trece instituciones interamericanas e internacionales. Durante el 2020, el GTCC tuvo cuatro reuniones virtuales de alto nivel para abordar varios temas relacionados con la pandemia.

4. IMPROVISACIÓN INSTITUCIONAL Y POSIBLE COMPETENCIA INTERINSTITUCIONAL

Similar al caso de la UE, ALC tenía una arquitectura de gobernanza de seguridad sanitaria regional antes del comienzo de la pandemia del COVID-19 (véase tabla dos). Tal y como en la experiencia europea, este aparato institucional evolucionó respondiendo a una serie de amenazas de enfermedades infecciosas durante el nuevo milenio. Algunas de éstas fueron globales, tales como SARS, A/H1N1 y Ébola; otras fueron más endémicas de ALC, incluyendo Chikungunya, Dengue y Sika (66). Por consiguiente, a partir del comienzo de la pandemia, se han llenado algunas brechas institucionales sobre esta arquitectura existente. En algunos casos, en lugar de fomentar mayor cooperación interinstitucional en una causa común, este proceso, que ha resultado ser sumamente político, potencialmente haya desatado una competencia entre organizaciones.

(66) Para un buen panorama de la arquitectura latinoamericano y caribeño de seguridad sanitaria antes de la pandemia de COVID-19, véase BUSS, P. y TOBAR S. «Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America and the Caribbean», *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, 26 de abril de 2018.

Tabla 2. *Arquitectura regional para la seguridad sanitaria (2020)*

Unión Europea	América Latina y el Caribe
<p>Agencia Europea de Medicamentos (EMA) (1995).</p> <p>Comité de Seguridad Sanitaria (CSS) (2001).</p> <p>Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CEPCE) (2005).</p> <p>Artículo 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) (2007).</p> <p>Artículo 222 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) (2007).</p> <p>Dirección General de Protección Civil y Ayuda Humanitaria de la Unión Europea (DG ECHO) (2009).</p> <p>Mecanismo de Protección Civil de la Unión Europea (2001 –reformado en 2013)–.</p> <p>Grupo «Protección Civil» (PROCIV) del Consejo Europeo (2013).</p> <p>Centro de Coordinación de la Respuesta a Emergencias (CCRE) (2013).</p> <p>Cuerpo Médico Europeo (2014).</p> <p>Decisión N°1082/2013/UE del Parlamento Europeo y del Consejo – sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y por la que se deroga la Decisión N°2119/98/CE.</p> <p>Sistema de Alerta Precoz y Temprana SAPT (2013).</p> <p>Acuerdo de adquisición conjunta de contramedidas médicas (2014).</p> <p>Reglamento 2016/369 del Consejo de la Unión Europea relativo a la prestación de asistencia urgente en la Unión.</p>	<p>OMS/OPS: Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) – Oficina Sanitaria Panamericana (1952) – Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública (2000) – Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (GOARN) (2000).</p> <p>SEGIB: Programa Iberoamericano para el Fortalecimiento de la Cooperación Sur-Sur (PIFCSS) (2007) – Red de Autoridades en Medicamentos de Iberoamérica (RedEAMI) (1997).</p> <p>PM: Sistema Mesoamericano de Salud Pública (SMSP) (2011) – Instituto Mesoamericano de Salud Pública (2009).</p> <p>SICA: Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (Comisca) (2003) – Secretaría Ejecutiva del Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (SE-COMISCA) (2007).</p> <p>CARICOM: Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) (2011) – Mecanismo de Coordinación Regional para la Seguridad Sanitaria (2017).</p> <p>CAN: Organización Andina de Salud Hipólito Unanue (ORAS CONHU) (1971).</p> <p>OTCA: Comisión Especial de Salud de la Amazonía (CESAM) (1988).</p> <p>Mercosur: Reunión de Ministros de Salud de Mercosur (RMS) (1995)– Subgrupo de Trabajo sobre Salud (SGT-11) (1996).</p>

Fuente: elaboración propia de los autores.

Ha habido por lo menos tres pautas respecto a cómo responder a los retos institucionales creados por la pandemia al nivel regional. En primer lugar, con diferentes grados de efectividad, se invocó una parte significativa de la institucionalidad regional existente. Por un lado, organizaciones como la OPS, CARICOM, y SICA con mandatos de salud pública anteriores a la pandemia estuvieron a la altura de las circunstancias, aunque con recursos limitados (67). Como ya se señaló, otros mecanismos, tales como el GTCC, se reinventaron para tener un papel modesto en la gestión colectiva de la pandemia. Por el otro lado, MERCOSUR, con importantes antecedentes de gobernanza frente a amenazas de enfermedades infecciosas previas, pero con una fuerte dinámica inter-presidencial, no ha logrado tener un papel más contundente a causa de las tensiones debilitantes entre sus líderes nacionales, particularmente entre el Presidente argentino Alberto Fernández y su homólogo brasileño Jair Bolsonaro.

En segundo lugar, también hubo brechas institucionales que requerían improvisación o innovación para corregirse. En este sentido, el Foro para el Progreso de América del Sur (PROSUR) intentó llenar parcialmente el vacío que dejó el colapso de UNASUR y sus instituciones de salud. PROSUR es un grupo de países suramericanos que fue formado por gobiernos de derecha en marzo de 2019 y que tenía la intención de ser el sucesor de UNASUR. No obstante, tenía una visión ideológica más restringida e intencionalmente antagónica frente a los gobiernos de izquierda antidemocráticos como Venezuela (68). PROSUR se distinguió en el contexto suramericano por ser el mecanismo que coordinó el cierre de las fronteras y las restricciones para viajar entre sus Estados miembro al inicio de la pandemia. También es la entidad que más ha reunido a las y los jefes de Estado para abordar temas relacionados con COVID-19; para marzo 2021, había organizado seis reuniones virtuales de presidentes. Sin embargo, a pesar de estas interacciones de alto nivel y la creación de una serie de mesas de trabajo, aún no se ve un impacto más tangible de la acción PROSUR en la lucha contra la pandemia, más allá de las medidas coordinadas entre sus miembros al principio del brote.

En tercer lugar, como ya se comentó previamente, otras iniciativas institucionales contribuyeron a una dinámica competitiva entre organizaciones. La expansión del mandato de CELAC y más recientemente la CEPAL, para incluir por primera vez la gobernanza de la seguridad sanitaria retó a la OPS, el actor que continúa siendo dominante en la cooperación técnica y científica. La incursión de CELAC en esta área corre el riesgo de enfrentar el Sistema Interamericano con las organizaciones de ALC, y con desatar una competencia multilateral innecesaria en un contexto de recursos escasos y en el que la OPS ha tenido que liderar con serios problemas de sub-financiamiento para cumplir sus mandatos.

Finalmente, la discusión anterior de los esfuerzos para hacer frente a los vacíos de información, normas y políticas públicas indica que la rápida transformación de la pandemia, desde una emergencia de salud pública de interés internacional hasta una crisis multidimensional y multisectorial incomparable, ha sido un poderoso impulso para la improvisación institucional. Esto, a su vez, ha colocado las diver-

(67) Legler, 2021, *op cit*; Parthenay, 2021, *op cit*; Agostinis y Parthenay, *op cit*.

(68) Al momento de escribir este artículo, PROSUR contaba con ocho Estados miembro: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Guayana, Paraguay y Perú.

sas instituciones regionales con competencias en el área de seguridad sanitaria dentro de un complejo de regímenes en expansión continua (69).

5. EL GRAN RETO DE SUPERAR LOS DÉFICITS MATERIALES ANTE EL COVID-19

La experiencia de ALC con la pandemia de COVID-19 ha reafirmado la importancia que tienen las aportaciones materiales, tales como el acceso al crédito internacional, medicinas, vacunas, recursos y equipos médicos, o la disponibilidad de capital humano altamente capacitado, para la construcción de la gobernanza sanitaria efectiva. Como es característico del Sur Global, los países de ALC han tenido que superar dotaciones financieras, de recursos humanos o de capacidades industriales limitadas para enfrentarse a los múltiples desafíos sanitarios y no-sanitarios de la pandemia.

Varios factores han complicado los esfuerzos individuales y colectivos de los países de ALC de obtener suficientes recursos para poder luchar contra el Coronavirus. Años de agendas neoliberales enfocadas en recortar gastos en toda la región dejaron la infraestructura de salud pública local y nacional hueca y fragmentada, exacerbando el ya desigual acceso a la atención sanitaria en sociedades asimétricas con altos niveles de pobreza (70). Las medidas de mitigación efectivas contra el COVID -19 debían superar años de infrafinanciamiento en salud pública en los países cuyos gobiernos tenían poco presupuesto para afrontar una pandemia de las dimensiones de COVID-19.

Por si fuera poco, la brecha material que enfrentaban los países de ALC evolucionó y se expandió. Por ejemplo, la pandemia evolucionó desde un costoso problema de salud pública hacia una crisis humanitaria multifacética aún más cara que requirió un gasto público aún mayor para afrontar el daño socioeconómico y humanitario causados debido a las medidas restrictivas como controles fronterizos y prohibiciones de viaje. Los déficits materiales se agravaron por los graves choques de suministro globales resultantes, lo que dificultó a los gobiernos individuales, particularmente en estados débiles como Haití, adquirir medicamentos y equipo médico, así como bienes no sanitarios en los mercados internacionales.

Las organizaciones regionales y bancos de desarrollo intentaron estar a la altura de las circunstancias, ofreciendo diversas formas de apoyo para ayudar a los países de ALC a enfrentar su déficit material. Por ejemplo, la OMS y la OPS, así como mecanismos como la Red Interamericana de Compras Gubernamentales, buscaron fortalecer el poder de mercado de los países de América facilitando y financiando la mancomunación de su demanda y sus compras. En este sentido, la OPS actuó como un intermediario a nombre de sus Estados miembro a través de su Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública de la OPS. La organización también aprovechó su Fondo Rotatorio para que fuera utilizado como mecanismo de adquisición de vacunas para el COVID-19 a través del mecanismo COVAX de la OMS.

(69) Para el concepto de complejos de regímenes, véase ALTER, K. J. y RAUSTIALA, K. «Rise of International Regime Complexity», *Annual Review of Law and Science*, núm 14, 2018, pp. 329-349.

(70) LUPIEN, P. *et al.* «Early COVID-19 policy responses in Latin America: a comparative analysis of social protection and health policy», *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 2021.

La OPS también demostró ser un valioso proveedor de equipos y suministros médicos. De acuerdo con un comunicado de prensa oficial, en 2020, «... La cooperación técnica de la OPS a los países y la compra de suministros y equipos esenciales incluyó 119 cargamentos de equipo de protección personal a 34 países, 21,4 millones de pruebas por PCR de COVID-19 para 36 países y territorios, y más de 224 capacitaciones acerca de pruebas, seguimiento y cuidado de pacientes.» (71)

Hubo una respuesta inédita de los bancos regionales de desarrollo en apoyo a las necesidades materiales de sus Estados miembro. En 2020, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) otorgó 21.600 millones de dólares en financiamiento como respuesta a la pandemia (72); del mismo modo, en 2020, el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF por sus siglas en inglés) aprobó una línea de crédito de 300 millones de dólares (73). El Fondo Financiero para el Desarrollo de los Países de la Cuenca de la Plata (FONPLATA) amplió el crédito 600 millones de dólares (74), el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE) ha comprometido 3,06 millones de dólares para el Programa de Emergencia de Apoyo y Preparación ante el COVID-19 para el 2021 (75), y, finalmente, el Banco de Desarrollo del Caribe (BDC) ha aprobado un paquete financiero para subsanar las consecuencias de la crisis del Coronavirus (76).

Sin embargo, a diferencia de la situación europea, donde la UE fue capaz de satisfacer la mayoría de las necesidades materiales de los Estados miembro a través de sus instituciones técnicas y financieras afiliadas, la arquitectura regional de ALC no puede cubrir por sí misma todas las demandas materiales asociadas con la pandemia de los países de ALC. Por lo tanto, las organizaciones regionales y los bancos de desarrollo han sido solo una parte de la red de donantes y acreedores a los que los gobiernos han acudido.

Sin duda, esta realidad ha sentado las bases de un impulso de gobernanza multinivel entre los países de ALC que incluye cruciales lazos globales, que es menos evidente entre sus homólogos europeos. Es decir, las vastas necesidades de los primeros, que no pueden satisfacerse plenamente en la región, han obligado a muchos gobiernos a adoptar posturas pragmáticas. Por una parte, este pragmatismo ha significado obtener apoyo material tanto a nivel regional como global. La ardua búsqueda que los gobiernos han enfrentado para obtener vacunas durante 2021 es

(71) OPS. «PAHO Raises \$263 million in 2020 to fight COVID-19 in the Americas», *Pan American Health Organization*, 12 de enero de 2021.

(72) BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. «El BID aprueba récord de US\$21.600 millones en préstamos en 2020», *Banco Interamericano de Desarrollo*, 21 de diciembre de 2020 (<https://bit.ly/3zMuV8L>), consultado el 28 de agosto, 2021

(73) BANCO DE DESARROLLO DE AMÉRICA LATINA. «CAF apoyará la vacunación y el fortalecimiento del sector salud de América Latina con USD 1.000 millones», *Banco de Desarrollo de América Latina*, 2 de marzo de 2021. (<https://bit.ly/3kV5POS>), consultado el 28 de agosto, 2021

(74) «Fonplata logra bonos de 223 millones para la reactivación de países miembros», *Swissinfo.ch*, 4 de febrero de 2021. (<https://bit.ly/2WR6Jn1>), consultado el 28 de agosto, 2021

(75) BANCO CENTROAMERICANO DE INTEGRACIÓN ECONÓMICA. «BCIE ante COVID-19», Banco Centroamericano de Integración Económica, 30 de marzo de 2020. (<https://www.bcie.org/bcie-ante-covid-19>), consultado el 28 de agosto, 2021

(76) BANCO DE DESARROLLO DEL CARIBE. «CDB's response», Banco de Desarrollo del Caribe, 2021. (<https://www.caribank.org/cdbs-response-covid-19-pandemic>), consultado el 28 de agosto, 2021.

un ejemplo perfecto. Por otra parte, estos mismos gobiernos han adoptado estrategias de cooperación no solo al nivel regional, sino también bilaterales, multilaterales, transnacionales y público-privadas para subsanar sus deficiencias materiales. Aunado a las formas de asistencia multilateral mencionadas anteriormente, los Estados de ALC también han recurrido a formas bilaterales de ayuda, particularmente de Estados Unidos y China, en un momento en el que ambos países han canalizado buena parte de su creciente rivalidad hacia el hemisferio occidental con la «diplomacia de los cubrebocas.»

IV. CONCLUSIONES

La UE y ALC han utilizado diferentes mecanismos y fórmulas para llenar las brechas de gobernanza sanitaria regionales durante la pandemia de COVID-19, con semejanzas y diferencias en sus pautas regionales. Se movilizaron instituciones u órganos técnicos antes mucho menos relevantes, como la CEPCE en el caso de la UE o la OPS en el de ALC. En ambas regiones se produjo un primer momento nacionalista al inicio de la crisis, pero posteriormente, la UE y ALC tomaron caminos diferentes para responder a los desafíos que plantea la pandemia. Estas divergencias reflejadas en la tabla 3 se deben sobre todo a las respectivas trayectorias supranacionales (UE) e intergubernamentales (ALC) de los procesos de integración, así como las diferentes capacidades de coordinación y de disponibilidad de recursos materiales en cada región.

Tabla 3. *Comparación de la gestión regional en la UE y ALC en las seis brechas*

Brechas de gobernanza	UE	ALC
Información	Sin red de expertos UE, estadísticas comunes de la CEPCE, coordinación regional (CE) contra la desinformación	Red de expertos a nivel hemisférico y regional; Observatorio COVID-19 CEPAL y SICA, escasa coordinación regional contra la desinformación, salvo la OPS
Normas	Persistente defensa de la soberanía administrativa en salud pública; explotación y actualización de normas y principios vigentes	Continuidad en la estructura normativa para la seguridad sanitaria; posible nuevo proyecto de soberanía sanitaria regional en materia de vacunas por medio de CELAC y CEPAL

Brechas de gobernanza	UE	ALC
Políticas Públicas	Gestión común de fronteras, compra colectiva de vacunas a través de la Comisión Europea, pasaporte vacuna COVID-19	Asesoría política e intercambio de políticas públicas entre instituciones regionales (CELAC, CEPAL), hemisféricas (OPS, OEA, GTCC) y globales (OMS)
Instituciones	Órganos técnicos como CEPCE y similar actuaron en coordinación con la Comisión Europea, Estados miembro (Consejo) y BCE (PE ausente)	El tradicional dominio de órganos técnicos de la OMS y la OPS fue desafiado por la CELAC y la CEPAL con un solapamiento parcial de competencias y acciones
Material	Regionalización y autosuficiencia regional en términos de paquetes de rescate de préstamos y donaciones para paliar los efectos de la pandemia	Estrategias pragmáticas y multinivel (regional y global) de los Estados de ALC para resolver sus amplias necesidades para apoyo material: asistencia bilateral de EE. UU., China y Rusia; ayuda del Fondo Estratégico de la OPS y los bancos regionales de desarrollo (BID, BDC, CAF, BCIE, FONPLATA); COVAX - OMS

Fuente: elaboración propia.

Aunque la UE y ALC coinciden en su afán de buscar respuestas colectivas a la pandemia, divergen en cuanto a los instrumentos e instituciones regionales de gobernanza empleados frente a la pandemia. Después de las primeras reacciones nacionalistas al principio del brote, en la UE ha predominado una respuesta híbrida, entre supranacionalidad e inter-gubernamentalidad. La UE ha utilizado su institucionalidad supranacional y sobre todo a la Comisión Europea para asumir -en estrecha coordinación con los Estados miembro que preservan soberanía en este ámbito- un liderazgo regional en la crisis sanitaria.

En contraste, en ALC, la gobernanza regional, en el marco del persistente estancamiento en muchos de sus proyectos regionalistas, ha sido fragmentada, con diversos grados de eficacia y más limitada en sus alcances que el caso europeo, gracias a la escasez relativa de recursos económicos y financieros a su disposición.

Mucho más marcada que en la UE, la gobernanza latinoamericana y caribeña está insertada en una arquitectura interamericana históricamente dominada por EE. UU. y la global, anclada por la OMS y su socio hemisférico, la OPS. Mien-

tras que en la UE el regionalismo ha prevalecido ante la gobernanza global sanitaria en la que apenas participa, en ALC ocurrió lo contrario, en gran medida gracias a la debilidad y división entre las organizaciones regionales y subregionales, particularmente en Sudamérica (MERCOSUR y PROSUR).

En ambos casos, pero con diferente intensidad, China ha jugado un papel importante, en la UE como suministrador de material médico y sanitario al inicio de la pandemia y en América Latina, mediante su diplomacia de los cubrebocas, como importante proveedor de estos materiales y de vacunas en todas las fases de la crisis. Después de la falta de liderazgo por parte de EE. UU. en el hemisferio mientras Donald Trump todavía era presidente, el gobierno de Joe Biden ha procurado levantar el perfil de dicho país, incluyendo la donación de vacunas, sobre todo a México. El gran peso de actores externos y globales marca un importante contraste con la UE, cuya regionalidad resultó más sólida y resiliente en esta situación de emergencia que en crisis anteriores. No obstante, resulta sorprendente que la UE careció de material sanitario y de vacunas propias, lo cual le obligó a comprar en el exterior, algo que tiene en común con ALC. Asimismo, la fuerte respuesta regional de la UE a la pandemia se realizó en detrimento de la gobernanza global y de la búsqueda de soluciones internacionales.

Comparada con una ALC sin *actorness* ante las tensiones ideológicas dentro de la CELAC, la salida de Brasil de esa entidad, y un déficit de liderazgo al nivel regional, a pesar de algunos conflictos y críticas, la UE está saliendo fortalecida de la pandemia. Paradójicamente, la UE ha resultado tener más «actorness» en un ámbito (la salud) donde tenía competencias limitadas previo al brote, que durante la crisis financiera donde tenía mayores competencias y se impusieron fórmulas unilaterales forzadas desde una posición de poder de Alemania, algo que no se repitió durante la pandemia en la que prevaleció la solidaridad.

Por tanto, el historial de la acción colectiva en la UE y en ALC contra la pandemia revela un contraste importante respecto a los fundamentos normativos e institucionales de las preferencias de gobernanza regional. En la UE, ha habido un patrón más o menos consistente y coherente en el que los Estados miembro continúan protegiendo la soberanía administrativa de los sistemas de salud pública nacional, pero aceptan la acción colectiva de instituciones supranacionales, sobre todo de la Comisión Europea, que asumió el liderazgo y del Consejo Europeo que aprobó el paquete financiero más importante en la historia de la UE. Aunque todavía no se han delegado competencias nacionales a entidades supranacionales, esta cuestión formará parte de la agenda futura de la UE.

También hay importantes contrastes en términos de la institucionalidad regional para la seguridad sanitaria. Mientras que la UE estableció una serie de instituciones regionales más unificada y coherente bajo su estandarte de protección contra la amenaza transfronteriza de enfermedades contagiosas, en ALC emergió un aparato institucional más complejo, superpuesto y fragmentado que incluye diversas organizaciones y mecanismos. En este caso, puede ser descrito como un complejo de regímenes de seguridad sanitaria regional, más que un régimen regional complejo o único. Por tanto, ALC ha exhibido un escenario mixto en cuanto a la gestión de la crisis, cuyo denominador común ha sido el predominio del interpresidencialismo: la proyección regional de la autoridad presidencial y la toma de decisiones interpresidenciales a través de las plataformas regionales, interamericanos, foros y organizaciones internacionales. Esta gobernanza multinivel (nacio-

nal, subregional, regional, hemisférico y global) condujo en algunos ámbitos a acciones coordinadas y en otros provocó un solapamiento de funciones, la politización de las respuestas y la rivalidad entre instituciones. Por consiguiente, la gobernanza regional de ALC tiende a fortalecer la soberanía ejecutiva de los presidentes, pero permite una coordinación a nivel de órganos técnicos, sobre todo en el seno de la OPS y, en otros ámbitos, de la CEPAL y en mucho menor medida de la CELAC.

Así, las organizaciones regionales intergubernamentales relativamente débiles coexisten con otras organizaciones y bancos de desarrollo interamericanos y globales que cuentan con capacidad y recursos considerables para ser orquestadores de gobernanza sanitaria regional. En las subregiones de Centroamérica y el Caribe, las agencias de salud pública COMISCA y CARPHA son valoradas en reconocimiento de la capacidad limitada que tienen los países pequeños y débiles que forman su membresía para brindar seguridad sanitaria de forma individual. En estos dos casos, se fortaleció la cooperación regional como fórmula para negociar con entidades internacionales. Ello contrasta con la profunda crisis del regionalismo sudamericano, en parte por la mencionada tensión ideológica entre los presidentes. De manera similar, la OPS y varios bancos de desarrollo regionales han sido sorprendentemente resilientes y han tenido un papel importante como orquestadores de gobernanza. En contraste con la dinámica de regionalización más uniforme de la UE, en ALC ha predominado el hiper pragmatismo, donde los gobiernos toman medidas unilaterales, bilaterales, subregionales, hemisféricas y globales a menudo de forma simultánea para afrontar sus necesidades urgentes ante la pandemia.

La gestión regional de la crisis de COVID-19 en Europa, en comparación con América Latina y el Caribe, señala también las grandes capacidades materiales e institucionales de la UE a la hora de responder a emergencias, en este caso con un fondo billonario sin precedentes en una crisis más simétrica que no solo afectó al Sur de Europa, sino también a Alemania y Francia. La forma en la que la UE y la ALC solventaron sus brechas materiales ha reforzado un contraste clave en el patrón general de la gobernanza de la pandemia en cada región. En el caso de la UE, la capacidad de satisfacer gran parte de las diversas necesidades materiales de sus Estados miembro a través de sus propias instituciones definitivamente ha ayudado a fortalecer la regionalización de la gobernanza en esa región. En ALC, el hecho de que los gobiernos frecuentemente han tenido que recurrir a otras regiones y entidades extra-regionales para obtener los bienes, servicios y crédito que necesitan denota que la gobernanza de la pandemia no ha ayudado a reavivar proyectos regionales en un contexto ya plagado de divisiones y fragmentación antes del brote.

Finalmente, las dos regiones difieren en cuanto a su relación con los organismos y agencias del sistema de la ONU. ALC centró en gran medida las respuestas a la pandemia en las iniciativas de Naciones Unidas y sobre todo la OMS y su socio regional OPS. A diferencia de ALC, sobre todo al inicio de la crisis, la UE tuvo en cuenta algunas recomendaciones internacionales para luego enfocarse casi exclusivamente en fortalecer su propia gobernanza regional, potencialmente en detrimento de las organizaciones internacionales y sus iniciativas que jugaron un papel secundario, lo cual revela la preferencia del regionalismo ante la gobernanza global por parte de la UE y un cierto egoísmo en cuanto a la distribución (regional) de las vacunas, a costa de los países en vías de desarrollo incluyendo ALC.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEMANN, Alberto «The European Response to COVID-19: From Regulatory Emulation to Regulatory Coordination?», *European Journal of Risk Regulation* 11(2), 2020.
- ALTER, Karen y RAUSTIALA, Kal. «Rise of International Regime Complexity», *Annual Review of Law and Social Science*, núm. 14, 2018.
- AGOSTINIS, Giovanni y PARTHENAY, Kevin. «Exploring the determinants of regional health governance modes in the Global South: A comparative analysis of Central and South America», *Review of International Studies*, 2021.
- ACHARYA, Amitav. «Norm Subsidiarity and Regional Orders: Sovereignty, Regionalism, and Rule-Making in the Third World», *International Studies Quarterly*, núm. 55, 2011.
- BANCO DE DESARROLLO DE AMÉRICA LATINA. «CAF apoyará la vacunación y el fortalecimiento del sector salud de América Latina con USD 1.000 millones», *Banco de Desarrollo de América Latina*, 2 de marzo de 2021. (<https://bit.ly/3kV5POS>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- BANCO DE DESARROLLO DEL CARIBE. «CDB's response», Banco de Desarrollo del Caribe, 2021. (<https://www.caribank.org/cdbs-response-covid-19-pandemic>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- BANCO CENTROAMERICANO DE INTEGRACIÓN ECONÓMICA. «BCIE ante COVID-19», Banco Centroamericano de Integración Económica, 30 de marzo de 2020. (<https://www.bcie.org/bcie-ante-covid-19>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. «El BID aprueba récord de US\$21.600 millones en préstamos en 2020», *Banco Interamericano de Desarrollo*, 21 de diciembre de 2020. (<https://bit.ly/3zMuV8L>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- BERGMANN, Max. «Europe's Geopolitical Awakening: The Pandemic Response Rouses a Sleeping Giant», *Foreign Affairs*, 2020.
- BLAR. «Special Issue: Covid-19 in Latin America and the Caribbean», *Bulletin of Latin American Research*, 39: S1, 2020.
- BOADLE, Anthony. «Covid-19 deaths in the Americas may be higher than reported -PAHO», *Reuters*, 26 de mayo de 2021. (<https://reut.rs/3l0ZxNL>), consultado el 31 de agosto, 2021.
- BOLLYKY, Thomas J., y BOWN, Chad P. «Vaccine Nationalism Will Prolong the Pandemic: A Global Problem Calls for Collective Action», *Foreign Affairs*, 29 diciembre de 2020.
- BUSS, Paulo, y TOBAR, Sebastián. «Health Diplomacy in the Political Process of Integration in Latin America and the Caribbean», *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health*, 26 de abril de 2018.
- CEPAL. *Lineamientos y propuestas para un plan de autosuficiencia sanitaria para América Latina y el Caribe*, Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2021.
- CHARLES, Jacqueline y HALL, Kevin. «U. S. to send vaccines to Latin America, Caribbean as COVID cases and deaths are surging», *Miami Herald*, 3 de junio de 2021. (<https://www.miamiherald.com/news/nation-, world/world/americas/article251869743.html>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- CONFERENCE ON THE FUTURE OF EUROPE. «Prescribing a healthier future for Europeans», (<https://futureu.europa.eu/processes/Health>), consultado el 31 de agosto de 2021.
- GARDINI, Gian Luca (ed.). *The World before and after Covid-19. Intellectual Reflections on Politics, Diplomacy and International Relations*, Estocolmo: European Institute of International Studies, 2020.
- COSTA HARAKI, Cristianne. «Estratégias adotadas na América do Sul para a gestão da infodemia da COVID-19», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, 2021.

- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. «COVID-19 situation update for the EU/EEA as of 30 July 2021». (<https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>), consultado el 31 de agosto, 2021.
- EUvsDISINFO. «Disinfo Database», ([www. EUvsDisinfo.eu](http://www.EUvsDisinfo.eu)), consultado el 31 de agosto, 2021.
- FLETCHER-LARTEY, Stephanie *et al.* «Protecting Health Security in the Caribbean: A Coordinated Regional Response to the Novel Coronavirus Disease (COVID-19) and Other Global Public Health Threats», *International Public Health Journal*, 12, 1, 2020.
- FONPLATA. «Fonplata logra bonos de 223 millones para la reactivación de países miembros», *Swissinfo.ch*, 4 de febrero de 2021. (<https://bit.ly/2WR6Jn1>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- GISAID. <https://www.gisaid.org/>, consultado 23 de enero, 2020.
- GOSTIN, Lawrence O., FRIEDMAN, Eric A., y MOON, Surie. «Wealthy countries should share vaccine doses before it is too late: the greater good depends on ending the pandemic everywhere», *Foreign Affairs*, 19 enero de 2021.
- GREER, Scott. «National, European, and Global Solidarity: Covid-19, Public Health and Vaccines», *Eurohealth*, vol. 26, núm. 2. 2020.
- GONZÁLEZ, Guadalupe *et al.* «Coyuntura crítica, transición de poder y vaciamiento latinoamericano», *Nueva Sociedad*, núm. 291, 2021.
- HARRISON, Chase. «What is COVAX and what does it mean for Latin America?», *Americas Society Council of the Americas*, 7 de junio de 2021. (<https://bit.ly/2WPFVsF>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- «Tracker: U. S. Vaccine Donations to Latin America», *Americas Society Council of Americas*, 24 de agosto de 2021. (<https://bit.ly/3jN937A>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- KRASTEV, Ivan. «Copycat Coronavirus Policy will soon come to an end», *Financial Times*, 7 de abril de 2020.
- KURAS, Petra. «The Aristocratic Ineptitude of Ursula von der Leyen», *Financial Times*, 30 de abril de 2021.
- LEGLER, Thomas. «Presidentes y orquestadores: la gobernanza de la pandemia COVID-19 en las Américas», en *Foro Internacional LXI*: 2 (cuad. 244), 2021.
- LEGLER, Thomas y SANTA CRUZ, Arturo. *Dos décadas de conmoción en el orden hemisférico en las Américas*, Instituto Matías Romero, 2021.
- LÓPEZ OBRADOR, Andrés Manuel. «Discurso del presidente Andrés Manuel López Obrador en el 238 Aniversario del Natalicio de Simón Bolívar, desde el Castillo de Chapultepec», 24 julio de 2021. (<https://lopezobrador.org.mx/>).
- LUPIEN, Pascal *et al.* «Early COVID-19 policy responses in Latin America: a comparative social protection and health policy», *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, 2021.
- MERELI, Annalisa. «Poor countries will have to wait for Covid-19 vaccine leftovers until 2023», *Quartz*, 8 de junio de 2021 (<https://bit.ly/2Vgaemw>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- MERKE, Federico *et al.* «Reimagining Regional Governance in Latin America», *Carnegie Endowment for International Peace*, 2021.
- MILET, Paz y BONILLA, Adrián (eds.). «América Latina y el impacto de la pandemia del COVID-19», *Pensamiento Propio*, 25.
- NACIONES UNIDAS. *Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe*, Organización de las Naciones Unidas, julio de 2020, pp. 2-4 (<https://bit.ly/3yKIB2H>), consultado el 31 de agosto, 2021.

- NOLTE, Detlef. «From the summits to the plains; The crisis of Latin American Regionalism», *Latin American Policy*, núm.1, 2021.
- NOLTE, Detlef y WEIFFEN, Brigitte. *Regionalism Under Stress: Europe and Latin America in Comparative Perspective*, Routledge, Nueva York, 2021.
- NUEVA SOCIEDAD. «América Latina en el mundo del coronavirus», *Nueva Sociedad* 287 (número especial), 2020.
- PAHO. «Geo-Hub COVID-19-Information System for the Region of the Americas», <https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/>, consultado el 23 de enero, 2020.
- «PAHO urges countries to improve readiness to roll out COVID-19 vaccines», 9 de febrero 2021.
- PARTHENAY, Kevin. «Aliarse (regionalmente) contra la COVID-19: SICA y CARICOM», *Foro Internacional*, núm. 2, 2021.
- RENDA, Andrea y CASTRO, Rosa. «Towards Stronger EU Governance of Health Threats after the COVID-19 Pandemic», *Journal of Risk Regulation*, 11, 2020, pp. 273-282.
- RIGGIROZZI, Pía. «Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina», *Análisis Carolina*, 30 de marzo de 2020.
- RÍOS, Jerónimo. «La inexistente respuesta regional a la COVID-19 en América Latina», en: *Geopolítica: Revista de Estudios de Espacio y Poder*, 11 (especial), 2020.
- RITCHIE, Hannah *et al.* «Coronavirus Pandemic (COVID-19)», *Our World in Data*, 2020. (<https://bit.ly/3jLEjDZ>), consultado el 28 de agosto, 2021
- ROLOFF, Ralf. «COVID-19 and No One's World: What Impact for the European Union?», *Connections: the Quarterly Journal* 19(2), 2020.
- RUANO, Lorena y SALTALAMACCHIA, Natalia. «Latin American and Caribbean Regionalism during the Covid-19 Pandemic: Saved by Functionalism?», *The International Spectator*, vol. 56, num. 2, 2021.
- SABAT, Iryna *et al.* «United but divided: Policy responses and people's perceptions in the EU during the COVID-19 outbreak», *Health Policy*, 24, 2020.
- SALVATI, Eugenio. «Crisis and Intergovernmental Retrenchment in the European Union? Framing the EU's Answer to the COVID-19 Pandemic», *Chinese Political Science Review* 6 (1), 2021, pp. 1-19.
- SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES. «México y Celac impulsan la autosuficiencia de vacunas en América Latina y el Caribe», *Secretaría de Relaciones Exteriores*, Comunicado n.º. 177, 2021. (<https://www.gob.mx/sre/prensa/mexico-y-celac-impulsan-la-autosuficiencia-de-vacunas-en-america-latina-y-el-caribe?state=published>), consultado el 28 de agosto, 2021.
- SCHALK, Louise; JORGENSEN, Knud y VAN DE PAS, Remco. «Loyal at once: The EU's global health awakening in the Covid-19 pandemic». *Journal of European Integration*, 42 (8), 2020.
- SCHMIDT, Vivien A. «Theorizing institutional change and governance in European responses to the Covid-19 pandemic», *Journal of European Integration* 42 (8), 2020.
- OPS. «PAHO raises \$263 million in 2020 to fight COVID-19 in the Americas», *Pan American Health Organization*, 12 de enero de 2021.
- «Understanding the Infodemic and Misinformation in the Fight Against Covid-19», *Pan American Health Organization*, Factsheet, 5, 2020.
- WEISS, Thomas. *Global Governance: Why? What? Whither?*, Polity Press, Cambridge, 2013.
- WEISS, Thomas y THAKUR, Ramesh. *Global Governance and the UN: An Unfinished Journey*, Indiana University Press, Bloomington, 2010.
- WOLFF, Sarah y LADI, Stella. «European Union Responses to the Covid-19 Pandemic: adaptability in times of Permanent Emergency», *Journal of European Integration*, núm. 42, 2020.
- ZAROCOSTAS, John. «How to fight an infodemic», *The Lancet*, vol. 395, 29 de febrero de 2020.