

EPISODIO 23: DESCOLONIZACIÓN, LOCALIZACIÓN Y OMS

LA HISTORIA IMPORTA PARTE I

Traducido de la versión inglesa por Trint. La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.

Garry Aslanyan [00:00:05] Hola y bienvenidos al podcast Global Health Matters. Soy su anfitrión, Garry Aslanyan. Me alegra que hayas sintonizado la tercera temporada del podcast. Sé que cuesta creerlo, ¡pero aquí estamos! Para comenzar esta temporada, voy a dar un paso atrás en el pasado y analizar el valor y los méritos de entender la historia de la salud mundial. Nos centraremos en las narrativas y exploraremos los puntos de vista y las prioridades que han dado forma a la historia de la salud mundial, con un enfoque particular en la Organización Mundial de la Salud. Mis invitados para este episodio son dos renombrados estudiosos de la historia de la salud mundial. Sanjoy Bhattacharya es el director de la Escuela de Historia y profesor de Historia Médica y de la Salud Global en la Universidad de Leeds en el Reino Unido. Anne-Emanuelle Birn es profesora de Estudios del Desarrollo Mundial y de Salud Global en la Universidad de Toronto (Canadá). Hola Sanjoy. Hola Anne-Emanuelle.

Sanjoy Bhattacharya [00:01:11] Hola Garry.

Anne-Emanuelle Birn [00:01:12] Hola Garry.

Garry Aslanyan [00:01:12] Bienvenido al programa. Empecemos. Sanjoy y Anne-Emanuelle, ¿por qué importa la historia?

Sanjoy Bhattacharya [00:01:20] Así que, Garry, la historia importa porque, para mí, nos permite entender mejor cómo estamos hoy aquí y cómo podemos funcionar de manera mejor y más inclusiva. Todas las instituciones tienen una larga historia, y esa larga historia ha determinado las negociaciones entre asociaciones complejas y organizaciones complejas, y la forma en que operamos hoy en día está profundamente determinada por esas negociaciones a largo plazo, lo cual es histórico. Así que la historia importa.

Garry Aslanyan [00:01:57] Y Anne-Emmanuelle, ¿qué hay de ti?

Anne-Emanuelle Birn [00:01:59] Solo para basarnos en eso. Podemos pensar en el papel de la historia de cuatro o cinco maneras. Para quienes estén interesados en determinados lugares, instituciones, profesiones, etc., la historia es muy importante para construir una identidad, saber quién eres y entender, como ha dicho Sanjoy, las trayectorias pasadas. También es muy importante en momentos de reforma o cambio. Por eso, cuando hay una nueva política o un cambio más global, como el final de la Guerra Fría, estos momentos se vuelven extremadamente importantes para entender lo que ha sucedido antes y qué camino podría trazarse hacia el futuro. También es extremadamente importante en momentos de crisis. Por eso, en determinados momentos en los que algo cambia de repente, nos ayuda a lidiar con las incertidumbres. Y, finalmente, podemos pensar en la historia como una especie de ventana a la sociedad en general.

Garry Aslanyan [00:03:16] ¿Podría darnos una breve descripción de la historia de la salud mundial y sus momentos clave?

Anne-Emanuelle Birn [00:03:21] En cuanto a las historias de salud mundiales, creo que aquí hay varios puntos relacionados. En primer lugar, se trata de un término relativamente nuevo. En el siglo XIX, la arena que evolucionó o estalló, transformada en historia de la salud mundial, comenzó en un contexto muy particular, el del imperialismo, particularmente europeo, pero también norteamericano y el crecimiento de la empresa colonial. La salud y la medicina desempeñaron un papel muy importante, por lo que uno de los primeros precursores, por así decirlo, de la historia de la salud global, fue la medicina colonial. Luego hubo una especie de cambio hacia la medicina tropical y aquí no se habló de la salud tropical, sino que se reetiquetó para las llamadas regiones tropicales del mundo, que en realidad se superponían en muchos sentidos con las partes del mundo que habían sido colonizadas. En el siglo XIX, esta nueva nomenclatura de la medicina tropical realmente tenía que ver con la idea de crear algo extraño que también fuera una amenaza. Y esto fue en gran medida una invención. Había que crear la noción de los trópicos para poder tener la medicina tropical, pero también la idea de que estas partes del mundo amenazaban a Europa y al poder imperial. Así que tenemos toda esta recreación, y luego, a principios del siglo XX, tenemos una especie de rebautizo en la salud internacional. La idea se basaba en parte en las conferencias sanitarias internacionales, pero también en tratar de pensar en la salud en diferentes partes del mundo sin necesariamente la capa colonial e imperial. Así que tenemos esta transición, que realmente despegó después de la fundación de la Organización Mundial de la Salud, esta idea de la salud internacional, la salud entre los países, a través de la toma de decisiones a veces colectiva, pero también muy influenciada por el orden mundial, en ese caso, la Guerra Fría. Y, mucho más recientemente, tenemos el resurgimiento de esta idea de salud global después de la Guerra Fría, que algunos sostienen que es más o menos una continuidad de la salud internacional con asimetrías de poder en diferentes partes del mundo. Otros lo ven como una oportunidad para destacar la equidad, la inclusión y realmente incluir a partes de lo que antes se llamaba el Tercer Mundo, tal vez muchos utilizan el mundo con mayoría del Sur Global, a la toma de decisiones en torno a las actividades de salud que podrían afectar a todo el mundo o, sin duda, a las relaciones entre los países.

Garry Aslanyan [00:06:54] A menudo abordamos las lecciones del pasado con gran confianza y queremos aplicarlas a nuestros contextos actuales, a las situaciones e intervenciones de salud. ¿Hay algún peligro al hacerlo?

Sanjoy Bhattacharya [00:07:08] Así que para mí, no hay una narrativa histórica, y Emanuelle nos lo acaba de contar con mucha fuerza, pero siempre he tenido una visión diferente, en el sentido de que cuando intentamos luchar por la equidad y utilizamos la historia para la equidad, también somos cómplices de no escuchar voces alternativas. La resistencia que siempre ha existido, desde el momento en que comenzó el colonialismo, a las narrativas dominantes que los imperios intentaron imponer o las organizaciones trataron de imponer. Así que no hay una narración histórica. También está la narración de los colonizados. También está la narración de la resistencia. Aquí es donde, para mí, el estudio de la implementación de la historia es muy importante. Entonces, la pregunta que me haces a Garry es ¿de qué historia estamos hablando? ¿Estamos hablando de la historia del colonizador y de las lecciones del colonizador? ¿Hay peligros en la implementación? Absolutamente. Pero también diría que hay peligros en implementar las historias de la élite. Y las historias radicales que solo tienen en cuenta las voces de unos pocos son tan elitistas como, digamos, que la historia está siendo creada por fuerzas colonizadoras de cualquier forma o tamaño. Sin embargo, si analizamos historias de implementación y complejidad que utilizan múltiples voces para analizar múltiples experiencias, es posible que haya lecciones que transferir, siempre y cuando seamos conscientes de que la política, la economía, los determinantes sociales y los determinantes culturales de la salud cambian de un contexto a otro. Sin embargo, las narrativas dominantes escritas en las ciudades metropolitanas por nosotros, historiadores de élite sentados en ciudades maravillosas y universidades maravillosas, tenemos que

trabajar arduamente para que esa historia sea aplicable a la implementación de políticas. Porque si no lo hacemos, formamos parte del mismo grupo de élite. Solo estamos hablando en diferentes cámaras de eco. Esa es mi opinión al respecto.

Anne-Emanuelle Birn [00:09:12] Con la pandemia de la COVID-19, algunos sectores tenían la expectativa de que la historia ayudaría a abordar, resolver, arrojar luz sobre el curso de la pandemia, etc. Como primer comentario general, estoy totalmente de acuerdo con Sanjoy en que la historia es incapaz de hacer ningún tipo de predicción precisa y podría decirse que ni siquiera puede brindar consuelo en medio de las vicisitudes, las soledades y las experiencias divididas de la pandemia. Y podría decirse que las perspectivas históricas no pueden resolver las tensiones sociales, políticas y de otro tipo que la respuesta a la COVID-19 sigue generando. La historia no puede predecir ni liberar, y cada pandemia se ha producido en configuraciones sociales, políticas y culturales particulares. Así que no hay receta, ¿verdad? La expectativa era que la historia proporcionara una receta. Dicho esto, las voces históricas que atrajeron una enorme atención fueron las que se basaron en experiencias europeas y norteamericanas sobre la peste, la gripe, etc., y se convirtió en todo un desafío para los historiadores que trabajaban desde otras perspectivas, en otras partes del mundo, conseguir al menos un nivel global para tratar de interceder en esas discusiones. Así que tenemos todo este tipo de historias falsas sobre lo que iba a suceder en función de las experiencias particulares de, por ejemplo, Gran Bretaña, Alemania o los Estados Unidos, etc. Y uno de los problemas de estos intentos de universalizar cómo comienzan y terminan las pandemias y cuál es el arco o el drama de cómo se desarrollan, es que alimentan la persistencia de enfoques y creencias erróneos sobre las pandemias actuales. Así que hay unas declaraciones muy preocupantes, por así decirlo, sobre Melinda Gates al principio de la pandemia, cuando Guayaquil se enfrentaba a una terrible crisis. No había suficientes ataúdes, por ejemplo, y había cuerpos literalmente alineados en la calle. Sin embargo, Melinda Gates dijo entonces: «Mira lo que ha pasado en Guayaquil con cuerpos alineados en las calles, exactamente lo mismo va a pasar en África». Y continuó diciendo: «Esto es a lo que nos enfrentamos en el resto del mundo». Y este era un enfoque muy basado en recetas, un enfoque imperial para entender la pandemia sin tener ni idea de lo que estaba sucediendo. De hecho, en muchos sentidos, el África subsahariana fue el papel protagonista más importante. Los CDC de África, por ejemplo, al crear una plataforma compartida para comprar equipos de protección personal, kits de pruebas, etc. Todo esto para decir que necesitamos entender las pandemias, en primer lugar en su especificidad, pero también en términos de historias muy diferentes en diferentes lugares, y el tipo de suposiciones a las que se prestan algunas de estas grandes narrativas históricas es muy problemático.

Sanjoy Bhattacharya [00:13:26] Hay múltiples narraciones históricas sobre cualquier aspecto de las pandemias globales. Así que si dices que la COVID estuvo influenciada por alguna narración histórica, yo diría que un grupo de interés que se acercó inmediatamente y dijo: Oh, tenemos lecciones que ofrecer, fueron los erradicadores de la poliomielitis, porque dijeron: oh, mira, hemos creado todas estas estructuras para la erradicación de la poliomielitis y podemos dar lecciones y podemos hacer que estas estructuras ayuden a administrar la vacuna contra la COVID y cosas así. Pero el problema pasó entonces a ser que no había una narración histórica. Había una narración histórica en Ginebra. Había una narración histórica en Seattle. Y luego, si uso el ejemplo de la India, había múltiples narraciones históricas en la India. Sin embargo, cuando se utilizó esa narrativa para justificar la utilidad de la iniciativa de erradicación de la poliomielitis en relación con lo que estaba ocurriendo durante la pandemia de la COVID, lo que se descartó fue un historial de implementación, porque eso, al final del día, era lo que realmente resultaba útil sobre el terreno. No fueron las grandes palabras que se dijeron en Seattle y Ginebra, sino más bien las historias de implementación en la India. Esas lecciones y esas experiencias se pusieron en práctica en relación con la COVID y su vacunación contra ella. De nuevo, lo que quiero decir es que no hay una narración histórica. Cada historia tiene múltiples narraciones

históricas. Nosotros, como historiadores, podemos empoderar las voces de la élite. Sin embargo, cuando se trata de la implementación, son las historias de implementación sobre el terreno las que suelen ser más poderosas que las grandes palabras que dicen las élites, que a menudo no conocen el contexto. Así que la historia importa, pero siempre tenemos que preguntarnos qué historia importa porque hay varias historias.

Garry Aslanyan [00:15:24] Entonces, Sanjoy, ¿qué pasa con la historia de la OMS como organización? Y creo que ya lo mencionó en su respuesta anterior. ¿Qué importancia tiene la historia de la OMS tal como la conocemos y la entendemos hoy?

Sanjoy Bhattacharya [00:15:39] Así que, para mí, la OMS no es solo Ginebra, la OMS son todas las oficinas regionales por igual. Así que cuando miro a la OMS, no me concentro solo en los debates, las discusiones y las personas que dicen cosas o hacen cosas en Ginebra. Esa es una parte muy importante de la historia, pero para mí, la historia de la OMS es un mosaico (?) y si es un rompecabezas de 100 piezas, 20 piezas de ese rompecabezas son Ginebra, las otras piezas son las oficinas regionales. Así que luego estudio lo que está sucediendo a nivel regional, veo cómo se entienden, negocian y luego implementan las políticas normativas sugeridas desde Ginebra a nivel regional. No estoy diciendo que las regiones estén libres de elitismo, pero si se tiene una región, una historia de la OMS de abajo hacia arriba, se convierte en una historia muy diferente a la que suelen publicar las principales editoriales occidentales, que luego entran en nuestro sistema educativo y luego se enseñan de manera absolutamente incuestionable. Así que si analizamos la historia de abajo hacia arriba de la OMS, donde se centran las oficinas regionales, diría que en realidad se obtiene una historia de la salud internacional y mundial mucho más descolonizada y democrática que si miraras a Ginebra y dijeras que todo lo que está sucediendo en la salud mundial o internacional ocurre debido a cosas que están sucediendo en Ginebra. Sostengo que no lo son. Sostengo que lo que está sucediendo responde mucho más a lo que se está discutiendo y negociando a nivel regional.

Garry Aslanyan [00:17:21] Vale. Sí. ¿Anne-Emanuelle?

Anne-Emanuelle Birn [00:17:23] De hecho, iría más allá. Creo que, de alguna manera, solo mirar las oficinas regionales realmente reduce lo que sucede en un país por país y también ofrece alternativas a esas oficinas regionales. Si nos fijamos en entornos como Brasil a principios de la década de 2000, la Organización de Estados Sudamericanos intentó crear un circuito diferente que no tuviera que pasar por la OMS, sino que pudiera participar en la cooperación sanitaria más allá de la OMS, pero que, en última instancia, influyó en la OMS, por lo que se convirtió en un bloque electoral muy importante, por ejemplo. Y creo que también es extremadamente importante analizar algunos de los esfuerzos de Cuba, o muchos de los esfuerzos de Cuba, en materia de cooperación Sur-Sur. Por lo tanto, entender a la OMS es también entender dónde la OMS está ausente. Y esos silencios o esas ausencias en realidad nos permiten entender aún más cómo la Organización, sus oficinas regionales y sus oficinas nacionales no son el lugar donde se lleva a cabo toda la acción.

Garry Aslanyan [00:18:46] Así que si tuviéramos que analizar la historia a través de ciertos logros, Sanjoy, tenías un artículo en el que reflexionabas sobre la erradicación de la viruela y destacabas las funciones no reconocidas de, digamos, los trabajadores de salud de primera línea en las comunidades. Entonces, ¿qué tipo de lecciones puede ofrecer esta historia de implementación a los debates actuales sobre cómo mejoramos la salud mundial, incluida la mejora del trabajo de las organizaciones involucradas?

Sanjoy Bhattacharya [00:19:21] Así que para mí, Garry, la tecnología es importante, pero las manos que sostienen la tecnología son mucho más importantes. Así que, para mí, la tecnología no es la respuesta a todos los problemas de salud globales a los que nos enfrentamos hoy en día. Se trata de desarrollar los recursos humanos adecuados, de movilizar a los equipos adecuados, de garantizar que esos equipos empoderados tengan conexiones respetuosas y equitativas con las comunidades. Si se pone todo eso en su lugar, entonces creo que la historia de la erradicación de la viruela, tal como yo la veo, mi narración histórica, hay lecciones que transferir. Y esa lección es simplemente la siguiente: que los miles de funcionarios de los CDC estadounidenses que afirman haber erradicado la viruela son una narrativa falsa. Porque sí, entraron y salieron de los países e hicieron cosas, pero no implementaron cosas en el día a día durante las muchas décadas que se necesitaron para erradicar la viruela. Ese trabajo lo realizaron cientos de miles de trabajadores nacionales y locales, muchos de los cuales eran mujeres, muchos de los cuales no hablaban inglés, muchos de los cuales escribieron los informes y los análisis sobre cómo mejorar las cosas en idiomas distintos del inglés, y que a menudo fueron olvidados por los cronistas que los CDC de los Estados Unidos y el gobierno de los Estados Unidos emplearon después de la erradicación de la viruela para escribir supuestamente la historia definitiva de la erradicación de la viruela. Así que esos trabajadores de primera línea, digamos que esos 100 000 trabajadores en comparación con los 1000 trabajadores internacionales, fueron los verdaderos héroes y heroínas de la erradicación de la viruela, porque enseñaron a las fraternidades internacionales y mundiales cómo adaptar algunas ideas desarrolladas a nivel central sobre cómo utilizar la vacunación, con quién hablar, qué determinantes sociales y qué determinantes culturales tener en cuenta, y muchos de estos funcionarios, debemos recordar, recibían pagos de las arcas nacionales.. En realidad, sus salarios no los pagaban los organismos internacionales, sino las arcas nacionales. Sin embargo, cuando se calculan las contribuciones a la erradicación de la viruela, estas inversiones nacionales, enormes inversiones nacionales en la erradicación de la viruela, a menudo ni siquiera se tienen en cuenta en las cifras cuando se hacen grandes afirmaciones sobre quién contribuyó a la erradicación de la viruela. Lo que sí puedo decir sin lugar a dudas es que, después de examinar los archivos del personal de muchos miles de trabajadores, los CDC estadounidenses en la India nunca pagaron sus salarios a ninguno de ellos. Así que, en algún momento, también debemos reconocer al Gobierno de la India por la erradicación de la viruela. Y eso es lo que quería decir con los actores no reconocidos, no solo los trabajadores sobre el terreno, sino también las personas que también pagan salarios. El Sur Global, no me gusta ese término, pero si hablamos en términos de países de ingresos bajos y medianos y de la erradicación de la viruela, no éramos solo un agujero negro en el que se estaba invirtiendo dinero de los países de altos ingresos para poder erradicar la viruela, sino que estos países estaban invirtiendo en los marcos de inmunización que erradicaron la viruela. Colaboraron en pie de igualdad en la erradicación de la viruela. No eran mendigos. Contribuyeron en pie de igualdad. Y eso es lo que quise decir en ese artículo de The Lancet.

Garry Aslanyan [00:22:53] Gracias por eso. Anne-Emmanuelle, echemos un vistazo a otro acontecimiento histórico, que fue la famosa Conferencia de Alma-Ata de 1978, que sigue siendo un punto de inflexión clave. De hecho, tuve la suerte de asistir a la celebración de los 40 años de esa conferencia, que ahora se llama Almaty. Entonces, desde su punto de vista, ¿qué nos revela la historia de esta conferencia y cómo influye en los esfuerzos actuales en torno a la cobertura sanitaria universal?

Anne-Emanuelle Birn [00:23:31] Por lo tanto, esta también es una cuestión compleja. Hay muchos mitos en torno a la conferencia de Alma-Ata y algunas de las tensiones que Sanjoy planteó sobre quién cuenta la historia, qué tipo de fuentes, etc. son un gran problema. En realidad, solo fue hace muy poco, y me dediqué a tratar de entender la historia de fondo del país anfitrión, que nunca había sido examinada. Y eso sigue siendo una especie de historia de arriba hacia abajo. Pero, ¿cuáles eran los

intereses de las autoridades soviéticas al organizar la conferencia? ¿Cuáles fueron algunas de las tensiones que surgieron? ¿Cuál fue el papel del famoso Halfdan Mahler tanto en su apoyo como en su inquietud no solo por la Declaración en sí, sino también por que se citara el hecho en la Unión Soviética? ¿Qué significaría eso en el contexto de la Guerra Fría, etc.? Ahora, Alma-Ata ha sido una piedra de toque muy importante para muchos activistas de la salud. Y una en particular, y me considero una activista académica, se ha convertido en una forma muy importante de revivir algunas de las aspiraciones que se articularon en la Declaración en torno a la equidad y la responsabilidad de los gobiernos nacionales y las enormes desigualdades dentro de los países, pero especialmente entre ellos, etc. Y todos estos son temas de justicia social muy importantes. Pero creo que también es crucial no exagerar sobre Alma-Ata de múltiples maneras. En primer lugar, hasta qué punto fue realmente un punto de inflexión es un interrogante, en parte debido a lo que acabamos de oír, la erradicación de la viruela. Los últimos seis o siete años en que se llevó a cabo ese esfuerzo se desarrollaron exactamente al mismo tiempo que la planificación de Alma-Ata, etc. Así que esa es una cuestión. Otra es que se desarrolló de manera muy diferente en las diferentes regiones. Y la mayoría de los países levantaron la mano, no hubo una votación formal, pero sí muchos aplausos a favor de la Declaración en ese momento. Pero lo que eso significaba, por ejemplo, en particular en los países de América Latina, Brasil, Uruguay, Colombia, todos esos países bajo dictaduras o gobiernos muy represivos. Y esos gobiernos dijeron: sí, unámonos al tren y apoyemos a Alma-Ata, pero para las personas sobre el terreno, para los trabajadores de la salud que luchaban por la liberación, en realidad significaba una atención médica primitiva o una atención médica barata, sin tener en cuenta las necesidades locales y las desigualdades dentro de los países, etc. Por otro lado, en ciertos lugares, los ejemplares que se desarrollaron, Sri Lanka es uno de esos escenarios. Alma-Ata también fue extremadamente importante en Tailandia. Así que todo se desarrollaba de manera muy diferente en diferentes lugares y había muchas dificultades tanto en la sede de la OMS como en las oficinas regionales, lo que significaría. Por lo tanto, el debate sobre la cobertura sanitaria universal también es bastante tenso, se desarrolla de manera muy diferente en los diferentes países y entre Ginebra y, debo decir, Washington, porque el Banco Mundial ha estado muy involucrado. Y uno de los grandes problemas tiene que ver con si la atención médica universal o la cobertura sanitaria universal son las que abren la puerta a los seguros privados, a los actores privados, etc. Ya sea que realmente se trate de un solo nivel de atención con un proveedor público, con una financiación pública, o se trate de una olla de pescado muy diferente, como parece estar desarrollándose. Pero, de nuevo, podemos ver cosas que se ven muy diferentes en diferentes lugares. Por lo tanto, no me queda más que decir que hay diferencias reales entre las aspiraciones y la forma en que se desarrollan las cosas sobre el terreno y quiénes son la variedad de actores, tanto a nivel local como mundial, dentro y fuera de lo que llamaríamos el sector de la salud mundial, que están influyendo en la forma en que esto se implementa y aborda.

Garry Aslanyan [00:28:34] Este año, 2023, es un año histórico para la Organización Mundial de la Salud. La OMS celebra su 75 aniversario. Anne-Emmanuelle, ha escrito varios artículos sobre los factores que dieron forma y están configurando a la OMS. Desde su punto de vista, ¿cuáles son las fuerzas actuales predominantes que influyen en la agenda actual y futura de la Organización?

Anne-Emanuelle Birn [00:29:03] Bueno, por supuesto, la OMS se ha visto influenciada por el orden mundial en general, ya sea la Guerra Fría y las luchas que tuvieron lugar, las tensiones en torno a Alma-Ata, la descolonización, etc., etc. Pero también tuvo lugar en la época a la que acabo de referirme, el auge de la fase neoliberal del capitalismo, en la que algunas de las aspiraciones de la OMS y sus Estados miembros, a veces en colaboración con el UNICEF, de tener una lista de medicamentos esenciales, por ejemplo, o un código de conducta ética sobre los sucedáneos de la leche materna, para que no se produjera ninguna especulación en términos de tecnologías, productos farmacéuticos, etc. Por lo tanto, ese pasado ha influido en gran medida en las formas en que la OMS ha podido responder

en algunos de sus puntos de maniobra. Así que en el contexto de la década de 1990, con las restricciones reales del presupuesto de la OMS, esto significó recurrir a actores privados, actores filantrópicos, etc. Pero esta es también una época en la que, en última instancia, surgen alternativas a la OMS. He aludido antes a las iniciativas de cooperación Sur-Sur que en realidad están eludiendo a la OMS, en gran parte porque la OMS ha estado bajo el yugo o la ahoga de la llamada financiación destinada a fines específicos, según la cual la gran mayoría de su presupuesto, alrededor del 80%, lo deciden realmente los donantes, ya se trate de los países más grandes o de asociaciones entre el sector público y el privado. Así que actores privados, corporaciones, fundaciones, etc. Por lo tanto, creo que cuando analizamos el futuro de la OMS, debemos analizar a todos estos actores y no solo la forma en que están configurando la agenda de la OMS, sino también por qué, en el período reciente, estas diversas alternativas a la OMS han surgido precisamente por las restricciones que se han impuesto al menos a la sede de la OMS, sino que, en muchos sentidos, también influyen en la forma en que las oficinas regionales pueden participar.

Garry Aslanyan [00:31:53] Y Sanjoy tú, como alguien que ha estudiado la historia de la OMS, ¿qué dos o tres aspectos de la historia de la organización deberían utilizarse para seguir evolucionando y mirar hacia su futuro?

Sanjoy Bhattacharya [00:32:07] Por eso, cuando se estableció formalmente la OMS en 1948, el organismo que la ayudó a crearse no solo estaba compuesto por personas de países de altos ingresos, sino también por movimientos nacionalistas que lideraban la descolonización. Así que en 1948, para mí, la OMS era una enorme fuerza democrática. Representó un desafío activo al imperialismo. Era un organismo antiimperialista de un tipo nunca antes visto, en el que todos los países que salieron del Imperio Británico en el sur de Asia tenían un voto cada uno, lo que equivalía al voto único que tenía Gran Bretaña, el antiguo gobernante colonial. Este fue un cambio radical en la forma en que se iba a gestionar la salud internacional. En este nuevo modelo, los países recientemente descolonizados eran importantes, un nuevo tipo de oficina regional, la primera oficina regional fue la Oficina Regional del Sudeste Asiático, era importante y eso es lo que me entusiasmó cuando se eligió a la DG Tedros, porque la DG Tedros inmediatamente dijo: «Tenemos que involucrar más a los países. Tenemos que prestar más atención a los requisitos regionales». Así que creo que hay una conexión entre esa poderosa historia inicial de la OMS cuando nació, para mí como fuerza antiimperial, y el potencial democratizador de algunos de los mensajes actuales del DG Tedros, en los que se refiere constantemente a la importancia de la acción a nivel nacional. Así que sigo esperando. En el momento en que llegó al poder, dijo: «Debemos tener nuevos términos de referencia en los que debemos hacer que la participación a nivel nacional sea muy importante». Espero que esto se haga realidad porque esa política contemporánea en relación con la creación de una planificación de abajo hacia arriba y la asignación de recursos de abajo hacia arriba para las principales campañas puede beneficiarse tanto de ese sueño inicial de empoderamiento a través de la salud, que de esta nueva infraestructura que la OMS representó en 1948. Creo que hay posibilidades fantásticas para que el mundo sea valiente y conecte esas historias con las visiones de la democracia en el siglo XXI y, luego, conectarlas. Creo que hay grandes posibilidades.

Garry Aslanyan [00:34:43] Muchas gracias a los dos, Sanjoy y Anne-Emmanuelle, por este debate de hoy.

Anne-Emanuelle Birn [00:34:49] Muchísimas gracias.

Sanjoy Bhattacharya [00:34:50] Gracias.

Garry Aslanyan [00:34:51] La historia es multifacética y, como escuchamos en este episodio, puede tener un aspecto ligeramente diferente según las narrativas que se consideren, la forma en que se interpreten los eventos históricos y las contribuciones que se acrediten. Lo mismo ocurre con el historial de salud mundial. Personalmente, me llamó la atención la lente colonizada que Sanjoy usó para estudiar la Organización Mundial de la Salud y la riqueza que surgió al comprender los acontecimientos que ocurrieron a nivel nacional y regional. Sentí que había mucha sabiduría en las palabras de Anne-Emanuelle. Para todos los que queremos aprender del pasado, es importante no ver la historia como una receta que pueda aplicarse directamente en el presente o en el futuro sin tener debidamente en cuenta el contexto y la cultura en los que tuvieron lugar estos eventos. En este 75 aniversario, quiero expresar mis felicitaciones a todos los colegas que trabajan en la OMS, en diferentes capacidades y en diferentes países. Para mí, la OMS y su historia significan una demostración de lo que es posible cuando las naciones se unen con un propósito común. Nuestro futuro depende de cómo nos esforcemos por lograr la equidad uniendo la ciencia, la investigación, la innovación y las asociaciones. Si la OMS no existiera, tendríamos que inventarla.

Ebere Okereke [00:36:34] Hola. Me llamo Ebere Okereke. Soy especialista en salud mundial y trabajo con el Instituto Tony Blair para el Cambio Global y África (CDC). Me gusta escuchar Global Health Matters porque me gusta la perspectiva que Garry adopta al entrevistar a sus invitados. Mi episodio temático favorito fue el debate sobre la descolonización de la salud mundial con Catherine Kyobutungi y Agnes Binagwaho. Pero todos los temas son interesantes y me aseguro de escuchar cada nuevo episodio cuando se publica. Garry, gracias por este excelente podcast.

Garry Aslanyan [00:37:12] Gracias Ebere por enviar un mensaje tan positivo y por ser un oyente tan fiel. Para obtener más información sobre el tema tratado en este episodio, visita la página web del episodio, donde encontrarás lecturas adicionales, notas del programa y traducciones. No olvide ponerse en contacto con nosotros a través de las redes sociales o el correo electrónico con sus reflexiones y por qué cree que la salud mundial es importante.

Elisabetta Dessi [00:37:37] Global Health Matters es una producción de TDR, un programa de investigación con sede en la Organización Mundial de la Salud. Garry Aslanyan es el presentador y productor ejecutivo. Lyndi Van Niekerk, Maki Kitamura y Obadiah George son productores técnicos y de contenido. Los diseños de edición, difusión, web y redes sociales de los podcasts son posibles gracias al trabajo de Chris Coze, Elisabetta Dessi, Izabela, Suder-Dayao y Chembe Collaborative. El objetivo de Global Health Matters es crear un foro para compartir perspectivas sobre cuestiones clave que afectan a la salud mundial. Envíenos sus comentarios y sugerencias por correo electrónico o mensaje de voz a TDRpod@who.int y asegúrese de descargar y suscribirse siempre que reciba sus podcasts. Gracias por escuchar.