

## ¿Quién tiene esa salud?: análisis deconstructivo de la definición de salud<sup>1</sup>

Maribel Vargas Rivas<sup>2</sup>  
Carmen Muñoz Muñoz<sup>3</sup>

### Resumen

Este artículo presenta una aproximación crítico-filosófica desde el enfoque deconstructivo de Jacques Derrida a la definición actual de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud, examinando los antecedentes y el contexto histórico en que fue creada, que explica su ambigüedad y reduccionismo, pero sobre todo la exclusión colonizadora, sexista y elitista que denota. Además, se discute la universalidad de esta definición y su institucionalización, desde donde se desprende la cuestión de la destinación, es decir el 'privilegio' o el 'derecho a' la salud.

**Palabras clave:** Salud, Organización Mundial de la Salud, Derrida, Deconstrucción, derecho a la salud.

## Who has that health?: a deconstructive analysis of the definition of health

### Abstract

This article presents a critical-philosophical approach from Jacques Derrida's deconstructive approach to the current definition of health proposed by the World Health Organization, examining the background and historical context in which it was created, which explains its ambiguity and reductionism, but above all the colonizing, sexist and elitist exclusion that it denotes. Furthermore, the universality of this definition and its institutionalization is discussed, from which the question of destination, that is, the 'privilege' or the 'right to' health, arises.

**Keywords:** Health, World Health Organization, Derrida, Deconstruction, right to health.

**Recibido:** 24 de diciembre de 2024

**Aceptado:** 7 de julio de 2025

---

<sup>1</sup> Este trabajo se realizó gracias a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo (ANID) por el financiamiento de estudios de posgrados de la autora principal y el Fondecyt de Iniciación N°11230516 de la co-autora.

<sup>2</sup> Licenciada en Ciencias de la Ocupación-Terapeuta Ocupacional. Universidad Austral de Chile. Académica en la Universidad Santo Tomás, Sede Osorno, Escuela de Terapia Ocupacional; Estudiante del Doctorado en Ciencias Humanas, mención discurso y cultura, Universidad Austral de Chile. [mvgas55@santotomas.cl](mailto:mvgas55@santotomas.cl).

<sup>3</sup> Doctora en Ciencias en Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana – México. Académica del Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. [cgmuno@uach.cl](mailto:cgmuno@uach.cl).

## Introducción

Este texto es una aproximación crítico-filosófica, con un enfoque deconstructivo, a la actual definición del concepto de *salud* propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1948, y da cuenta de la dificultad de identificar aquellas categorías que establece, así como a su uso, ya sea como referente conceptual o valórico, en la práctica sanitaria. El abordaje de aquello que denomina bienestar en todas las dimensiones de la vida ha sido tema de debate en múltiples ocasiones. Sobre esto, la reflexión que este texto propone sigue el ejercicio que realizó Jacques Derrida (2023) en su ensayo *Privilegio o del Derecho a la Filosofía* donde desarrolla el problema del lenguaje como medio de acceso al conocimiento y reflexiona sobre la multiplicidad de significados que se pueden extraer del enunciado 'derecho a la filosofía. De esta premisa se derivan las preguntas que nos aproximan a la definición de salud, la que al estar propuesta por la OMS es la única validada universalmente. Desde ahí repensar las implicancias que esta definición tendrá en la vida y en las experiencias de los individuos como forma de abordar el 'derecho a la salud' que de ella se deriva, con el propósito de preguntarnos: ¿quién o quiénes tienen acceso a esa *salud*?, ¿Quién o quiénes la legitiman? ¿Cómo se institucionaliza? y ¿cuáles son sus límites?

Relevamos, entonces, la cuestión de la *destinación*, ¿quién tiene derecho a esa salud? Se atraviesa un cuestionamiento a las instituciones que definen la norma de lo que es la salud y de lo que no es materia de salud. En este sentido, es importante cifrar el punto histórico-conceptual dado por la definición de salud que rige a los estados miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) desde el año 1946. Desde ese hecho, ocurrido en New York, en la constitución de la OMS, han pasado más de 70 años y la definición continúa sin ser modificada oficialmente, no obstante sus múltiples críticas (Navarro, 1998; Alcántara, 2008).

Así, este artículo tiene como objetivo fundamentar la importancia de un abordaje crítico a la actual conceptualización de salud propuesto por la OMS, desde un enfoque deconstructivo, para lo cual se revisa el contexto histórico en que fue redactada la definición vigente y cómo se desprende de ahí la cuestión del derecho a la

salud, así como los efectos que comporta que la OMS sea ‘la institución’ validada para dirigir los procedimientos oficiales de decibilidad asociados a ella.

### **1. La propuesta conceptual de un ideal**

Una revisión bibliográfica de las actas de los primeros diez años de funcionamiento de la OMS (1958), permite el acceso a las condiciones históricas que fueron el contexto de la creación de la Organización, bajo el alero de la ONU, con el propósito de dar respuesta a las tensiones y preocupaciones de post guerra de fines de los años 40. Estos configuraron el paradigma que rige sus principios constitutivos hasta hoy. Alejada de las recientes tendencias neoliberales de ultraderecha que cada vez con más fuerza se muestran contrarias a estos organismos mundiales<sup>4</sup>, este ensayo se construye desde una perspectiva crítica, que valoriza el aporte de los mismos a la paz y a la salud pública, especialmente en torno a la vigilancia epidemiológica reciente y a las normativas en salud, sin desconocer la tensión que se establece en el cruce de estos intereses técnicos con los lineamientos de instituciones como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional, sus políticas macroeconómicas y los efectos sobre las estrategias sanitarias globales (Schieber, 2006). De aquí es que resulta necesario subrayar que pensar lo que la salud significa en la vida de las personas no es un asunto que atañe solo a la medicina sino también a la política y sobre todo a la economía. En torno ‘a’ y ‘por’ la salud se organiza nuestra vida, desde lo más íntimo y cotidiano e individual a aquellos fenómenos de resorte colectivo, social, económico e incluso, espiritual. Y es que luego de la irrupción del virus SARS-CoV-2 que dio origen a una pandemia mundial que nos angustió colectiva e individualmente por sus dramáticos efectos sanitarios, humanitarios, afectivos y

---

<sup>4</sup> BBC News Mundo (7 julio 2020). Estados Unidos se retira de la OMS: Trump notifica oficialmente a Naciones Unidas de la salida de su país. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-53329647#:~:text=El%20presidente%20de%20Estados%20Unidos,un%20a%C3%B1o%20en%20ser%20efectiva>.

económicos, la preocupación por la salud se ha vuelto más que nunca una inquietud de primer orden político y personal.

La manera en que una crisis sanitaria desencadenó un mecanismo de fuerzas técnicas y económicas, dada la mundialización de la vida, nos interpela aun políticamente y es motivo de análisis críticos de autores contemporáneos relevantes, como Jean-Luc Nancy (2020) y Giorgio Agamben (2020). Ya transcurridos años desde que la OMS declaró el término de la pandemia, la sensación es que la salud ya se inmiscuyó profundamente en nuestra vida, siendo el mejor de todos los motivos para justificar las operaciones de control que la rigen y la organizan.

La definición de Salud fue declarada por la OMS en su constitución el 22 de Julio de 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Esta se define de la siguiente manera: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1958, p. 459)<sup>5</sup>.

El problema de hacer una definición de nociones que atañen a la vida es que estas no se pueden capturar en una forma fija o estable. En ellas siempre hay algo que desborda y escapa por todos lados. No obstante, lo anterior, es esta definición la que se encuentra a la base de nuestro paradigma social, organizando hegemonícamente nuestras instituciones y políticas sociales. ¿Es entonces esta idea de salud la que se enseña en todas las aulas de formación académica y clínica y la que se cita oficialmente en todos los textos públicos y legales? ¿Es esa conceptualización la que luego subyace a todas las prácticas clínicas de los profesionales del sistema de salud de Chile y el mundo?

## **2. Breve revisión histórica que explica el concepto de salud y su alcance totalitarista**

---

<sup>5</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (51 estados pertenecientes a la ONU y 10 estados adicionales que adhieren a ella).

A lo largo del siglo XIX, el mundo occidental experimentó grandes cambios. La revolución industrial, con su creciente comercio marítimo conectó a las grandes potencias del mundo y trajo consigo la necesidad de una cooperación internacional en asuntos de salud para atender las consecuencias de una muy incipiente globalización. En 1851 se celebró la primera ‘Conferencia Internacional Sanitaria’ en la ciudad de París, debido a un brote de cólera y a las preocupaciones sobre la propagación de enfermedades que se producían como consecuencia del comercio fluvial de la época. Este hito es el registro del primer escenario en que se piensa al mundo como un ‘uno’ y aparece la noción de ‘un solo mundo’ siendo ‘la salud’ el motor que dinamiza esta nueva visión. No obstante, para los precursores de este movimiento internacional pro-salud, ese ‘mundo’ era exclusivamente europeo (OMS, 1958).

Algunos países, no europeos, se sumaron a estos espacios de discusión internacional como por ejemplo Cuba, que en su proceso de independencia del imperio español reforzó la preocupación por las enfermedades transmitidas por los colonizadores a su población, como ocurrió también con el caso de la propagación de fiebre amarilla, que llegó hasta Estados Unidos (E.E.U.U), causando la muerte de miles de personas. Para proteger la salud y la economía de su población, E.E.U.U, que ya tenía poder político e influencia internacional significativa, estableció una cooperación con el territorio cubano y junto a otros estados recientemente independizados, creó la Oficina de Salubridad de las Repúblicas de América que posteriormente se convirtió en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuya sede quedó establecida en Washington, D.C., funcionando como representante de todo el continente, en las Conferencias Internacionales de Salubridad (que más adelante se convertiría en la OMS) (OPS, s.f.).

Este dato histórico muestra que la coordinación territorial en salud en Latinoamérica surgió en gran medida por el poder político y económico de E.E.U.U. Lo que resulta difícil de determinar, por la falta de registros, es el grado de participación real que los representantes de los nuevos estados latinoamericanos tenían efectivamente en esos nuevos espacios técnico-políticos, ¿eran realmente

representantes de las necesidades y deseos de sus pueblos? La historia nos hace suponer que no obstante sus recientes 'independencias', varios países Latinoamericanos continuaron dirigidos por colonizadores europeos y/o por las castas oligarcas de descendientes directos de ellos por varias décadas más.

Lo que sí resulta claro en la revisión de la historia de los modelos sanitarios, es que la mirada de los estados europeos hacia las necesidades de salud de la población estuvo lejos de ser respuesta a una preocupación por el bienestar del pueblo. Las primeras estrategias del sanitarismo (aproximadamente desde 1830) fueron llevadas a cabo en la búsqueda del control y la disminución de la mortandad y la enfermedad. De esta manera favorecer el incipiente desarrollo del modelo capitalista, que requería mano de obra en la industria y un mayor crecimiento de la población, con el fin de contar con insumos vivos para un futuro ejército sano y numeroso en un entorno asfixiado por el expansionismo territorial. Las ideas de Johan Peter Frank, como pionero de la medicina social se registran desde 1780, cuando propagó el vínculo indisoluble entre la muerte y la enfermedad con las condiciones de vida y la pobreza, que no obstante el impacto social que levantaron, sucumbieron tempranamente ante el poder que vio como amenaza su lectura sobre las responsabilidades del estado en la solución de los problemas sociales, la mantención de los pobres y el cuidado de los ciudadanos, y que ponía a la medicina en una arena política que delineara la responsabilidad estatal (Medina-De la Garza y Koschwitz, 2011; Rose, 2002)

A partir de 1900, en Europa se llevaron a cabo varias conferencias internacionales con objetivos sanitarios limitados a la necesidad de suprimir los obstáculos que se oponían a los transportes comerciales y a la defensa del continente contra las pestilencias exóticas de los nuevos mundos (OMS, 1958). Se implementó de manera sistemática en varios países la estrategia de *policía médica*, como hecho concreto en la administración de la preocupación que los estados tenían sobre sus ciudadanos, mediante reformas que integraran el humanismo y la justicia social para contar con súbditos fuertes y sanos que abrieran paso al desarrollo, a costa del control de sus cuerpos y la vulneración de su autonomía.

Ya en 1907, se estableció la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) para coordinar temas de salud mundial, la cual presentó algunos problemas de liderazgo que reflejaban la importancia política que adquirió la salud en medio de la tensión creciente entre los países europeos de la época que, sin más, terminó por decantar en el primer conflicto bélico mundial. Al término de esta Primera Guerra Mundial, la OIHP quedó bajo la autoridad de la Sociedad de las Naciones, creada por el Tratado de Versalles de 1919 que fijó los términos de la paz, y se organizaron comités especializados para temas de salud, mortalidad infantil y desnutrición que, sin embargo, con el inicio de la Segunda Guerra Mundial, fueron suspendidas porque se consideró que la OIHP no estaba preparada para abordar los problemas de salud causados por el conflicto bélico. El resultado fue la creación de una nueva organización internacional centrada en la salud y bajo la autoridad de la recientemente creada Organización de las Naciones Unidas (ONU), que reemplazó a la Sociedad de las Naciones. Así, en 1946, la ONU convocó una conferencia en la ciudad de París para crear la Organización Mundial de la Salud (OMS):

La evolución de las actividades internacionales en materia de salud pública entró, por consiguiente, en una nueva fase crítica cuando los gobiernos y los pueblos, animados por el deseo de reconstruir la paz mundial sobre bases sólidas, buscaban al propio tiempo en los recursos de la ciencia los instrumentos necesarios para alcanzar ese fin (OMS, 1958, p. 38)

Resulta importante resaltar, para el análisis crítico de este texto, que la comisión compuesta por 16 miembros representantes de distintos países, estuvo integrada únicamente por varones. De hecho, a lo largo de toda la historia de las coordinaciones internacionales, nunca se mencionó el nombre de una mujer. Las propuestas de esta comisión fueron presentadas a la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York el mismo año (1946) y, basándose en estas propuestas, se redactó y adoptó oficialmente la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. El documento que emanó, fue firmado por representantes de 51 países miembros de la

ONU y de otras 10 naciones<sup>6</sup>. En dicho documento se establecen las funciones y principios de la organización, siendo el primero la definición de qué es salud para ellos y, por lo tanto, para el mundo. Se declara la expectativa de acción internacional para la difusión amplia de esta noción, de manera que alcanzara a todos los pueblos y constituyera así una condición fundamental: el logro de la felicidad, la paz, las relaciones armoniosas y la seguridad, especialmente en un escenario de extrema vulnerabilidad y horror mundial, para los países protagonistas del peor desastre bélico de la humanidad.

### **3. El sentido de la filosofía de Jacques Derrida y la deconstrucción para la definición de salud**

La propuesta analítica de Jacques Derrida viene del tránsito epistemológico que su filosofía hereda de Kant, quien afirma que el *locus* de la producción del conocimiento y de los significados deja de ser las operaciones de la mente y pasan a ser las de la locución de la lengua, considerándolas como históricas y socialmente construidas. Esto es lo que llamó ‘quid facti’ o ‘la cosa de facto’, que se refiere a la realidad, los hechos empíricos y los conceptos concretos que cambian con el tiempo. A diferencia de ‘quid juris’ o ‘la cosa de la jura’ referido a la conservación de las cosas como permanentes y trascendentales. De esa semilla filosófica kantiana se nutre el pensamiento deconstructivo de Derrida (1986), al decir en su libro *De la Gramatología* que “no hay fuera del texto” (“*il n’y a pas de hors-texte*”), es decir que lejos de negar la existencia de un contexto, el autor francés afirma que no se puede aislar al texto de este, porque él es sin-borde. No existe una separación de un adentro y afuera del texto, pues ambos están indisolublemente enmarañados (Loriga, 2020).

Los conceptos de texto o de contexto para Derrida no se excluyen entre sí, no se diferencian entre ellos, como no se separan del mundo, la realidad o la historia. El texto no se limita a lo que está contenido en un libro en una biblioteca; abarca todo

---

<sup>6</sup> Todos los estados miembros de la Naciones Unidas, así como los diez países no miembros que participaron de la firma de la constitución se detallan en el anexo 4 del documento de actas de la OMS (1958).



aquello que tiene significado y que es susceptible de ser interpretado. Por lo tanto, la realidad es accesible, pero siempre de manera incompleta a través del texto que porta ya su contexto, inseparables, formando su adentro-afuera.

En oposición a la ilusión de la fenomenología de Husserl, que busca acceder a una presencia total de los fenómenos, Derrida propone el ‘pensamiento de la Huella’. Reconoce en el proyecto de deconstrucción la importancia de la ausencia o de la imposibilidad de acceder directa y completamente a las cosas (Loriga, 2020). Así, Derrida abandona cualquier referencia a un *centro* o *sujeto* como origen privilegiado para conocer un fenómeno (Santiago, 2015). Por esto, leer un texto requiere considerar que se lee también un contexto ilimitado, siendo preciso prestar aguda y amplia atención a él, lo que implica movimientos constantes de recontextualización. Cada vez que se lee, el ejercicio implica volver a contextualizar. Esta idea de ‘movimiento incesante’ del contexto, refleja bien el pensamiento de Derrida, ya que demuestra que los cimientos de la realidad de los conceptos, aquellos que se creían sólidos y estables, son más bien movedizos. A esos cimientos Derrida los ve como posibilidades de desbordamiento de los márgenes. Ese sentido inmutable del cimiento como lugar en el que comúnmente nos apoyamos, lugar seguro e inamovible, ahora se presenta como lugar de deslizamiento, de exceso. Por tanto, ya no hay una delimitación que lleva consigo la existencia de un más allá del concepto, un más allá del texto, como un afuera, sino que ahora los cimientos movedizos o lugares de exceso habilitan siempre la posibilidad de dejarse leer en un adentro que es a la vez su afuera de eso que se reconocía como una superficie significativa imitada y definida (Santiago, 2015). Los edificios de las ideas fijas se desmoronan. A la noción de verdad la asecha algo extraño, otra cosa desconocida e inaccesible y, evidenciar esto, es el análisis que Derrida llama deconstrucción.

Por lo anterior, intentamos hacer un cuestionamiento sistemático de los discursos que se desprenden de la noción de salud registrados en las actas de las coordinaciones internacionales y en la posterior declaración de la constitución de la OMS. De ahí que analizar la actual definición de salud no puede ser un ejercicio que la

considere un enunciado fijo e inmóvil y separado de su momento de enunciación, sino más bien abordarla con un enfoque deconstructivo que la considere como texto cuyo contexto siempre nuevo resulta preciso considerar. Esto quiere decir que con el ejercicio de deconstrucción no buscamos revisar los cimientos firmes e históricos como sentido único, sino pensar estos bajo el vector de lectura derridiano como márgenes siempre en exceso. Pensar el adentro-afuera de esa definición oficial de salud, para desmantelarla, sin intenciones de hacerla pedazos, anularla, negarla o destruirla (en el sentido Heideggeriano de destrucción del cual la deconstrucción huye). Hacer más bien como el golpe de diapasón que Nietzsche propone en su 'filosofía a martillazos'. El golpe que se le da al concepto no es seco como un martillo, sino suave, proveniente de un aparato pequeño que provoque una vibración capaz de meterse entre las raíces que anclan el sentido y significado del concepto al terreno solido de la verdad y esperar su tambaleo. Es posible que el edificio del concepto caiga por su propio peso o no, lo importante es que la vibración entre en su cuerpo y deje asomarse sus propias contradicciones.

#### **4. La Salud como definición: dos problemas:**

El esfuerzo por revisar las condiciones históricas en las cuales la definición de salud fue concebida nos ayuda a leer su sentido como texto, que arrastra o más bien que se excede hacia el contexto del que es huella y que transparenta una matriz de problemas históricos de su tiempo, de los cuales daremos cuenta brevemente posicionándonos en los dos más evidentes: En primer lugar, es concebida en un contexto social heredero de un foco en el interés económico del siglo pasado, y que en su tiempo busca la estabilización y el orden mundial normativo. En segundo lugar se reconoce, también por su recorrido histórico, que arrastra consigo una matriz colonial, elitista y con sesgo de género aún en nuestros tiempos.

#### **4.1 Primer problema: Foco en la producción**

Como primer problema, se reconoce lo que ya fue mencionado en la breve revisión historiográfica del apartado anterior; históricamente las coordinaciones internacionales que concibieron por primera vez al mundo como un 'uno' homogéneo se originaron en torno a la salud no solo con fines sociales y plurales, sino sobre todo por la preocupación de resguardar que los problemas de salud que se derivaban de la expansión comercial y del mercado fluvial se detuvieran, generando así una mantención eficiente de la actividad económica. Era necesario una población sana para sostener la fructifica economía del momento:

Tal era la situación cuando en 1851 la primera Conferencia Sanitaria Internacional abrió una nueva era de acción internacional en materia de salud pública. No fue éste, sin embargo, un ejemplo aislado de cooperación internacional, sino más bien uno de los numerosos síntomas de un nuevo movimiento universal nacido en una época de nacionalismo, como complemento necesario del extraordinario desarrollo que el intercambio y el comercio internacionales alcanzaban merced al progreso de los medios de comunicación y de transporte. (OMS, 2014, p.5)

Si bien esta preocupación inicial de las coordinaciones en torno a la salud de los grandes países del mundo evolucionó hacia abordajes más sociales a comienzos del siglo XX, como secuela de la Primera Guerra Mundial y durante el periodo anterior a la Segunda, la conexión entre salud y productividad, heredada de su origen, continuaba vigente. Ese periodo de entre guerras fue un momento en que, por una parte, las ciencias de la ingeniería, la física y la química enfrentaron la exigencia de avanzar en tecnologías de destrucción, mientras que a las ciencias biológicas y de la salud se les demandaba desarrollar diversas formas de intervención para mejorar el cuerpo y la mente de aquellos que iban a la batalla y los que regresaban de ella con secuelas.

Es en este contexto, por ejemplo, que nace la disciplina de la Terapia Ocupacional (T.O), en EEUU, por la necesidad de atender a los heridos de la primera guerra mundial con mayor rapidez y efectividad, considerando no solo el componente físico afectado tras la guerra, sino también el daño emocional y psicológico que los

hombres traían. Así, la enfermera Susan Tracy redacta un texto donde describe las actividades manuales y artísticas que ella seleccionaba específicamente para cada paciente en su rehabilitación, lo que luego sería considerado como el primer libro de rehabilitación de Terapia Ocupacional (Durante, 2001). Lo que se buscaba en ese momento, urgentemente, era la reinserción de los hombres secuestrados al campo laboral y así recuperar la mano de obra perdida y retomar la funcionalidad y productividad normal. A los hombres de ciencia no sólo se les pidieron artefactos de guerra siempre más perfectos; se esperó de ellos que estudiaran también los factores fisiológicos y psicológicos que podían aumentar o disminuir el rendimiento de los hombres (OMS, 1958, p. 37).

#### **4.2 Segundo problema: Su carácter excluyente**

Como segundo problema de la definición de salud de la OMS —y en este asunto es donde más se sitúan las críticas contemporáneas— es que ella porta un carácter abstracto, ambiguo e imposible de asignar a un sujeto concreto: (la definición de salud) asume que hay un consenso universal sobre lo que significan los términos claves de la definición (...) Esta universalidad, sin embargo, es apolítica y ahistórica (Navarro, 1998, p. 1).

Luego de la segunda Guerra Mundial, el desgaste, las tensiones y el temor de un tercer conflicto, impulsó la creación en 1945, de la ONU que pasa a ser la organización mediadora y conciliadora a nivel mundial, dando respuesta a la necesidad de la época. Lo que conocemos entonces como definición de salud de la OMS es en realidad el primero de otros ocho principios declarados como básicos “para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos” (OMS, 2014, p. 1). A partir de esta declaración de la OMS lo que el documento deja ver son las (sin duda buenas) intenciones de la organización de iniciar bien intencionados principios de unificación e igualdad para el mundo, que funcionen como convocantes y que sirvan para reconstruir y generar sentido de armonía y pertinencia, sin más distinciones entre los poderes que concentraban los estados en medio de la guerra fría.

Esta definición redactada por la OMS resultaba marcadamente progresista para la época, al considerar la salud no solo como un fenómeno somático y psicológico, sino también como una variable social (Navarro, 1998). Ya pasados más de setenta años de su enunciación se vuelve tan general que resulta indeterminada, cuyo uso práctico nos obliga a transformarla a la hora de pensarla situada en un caso particular. Esto es lo que Derrida (2023) nombra como problemática de la objetividad, que deviene del proyecto de homogeneización bien intencionado de la época, pero que no resulta posible de sostener por tantos años.

En un sentido podríamos afirmar que no hay mucho que reprochar a esta definición de salud ya que es propuesta como un principio, y como tal responde a esa naturaleza abstracta que se espera de todo principio. Sin embargo, el problema se identifica en la ambigüedad desprendida de su redacción, ya que si bien se presenta como principio, se enuncia como definición siendo histórica y mundialmente considerada como tal (Herrero, 2016; Navarro, 1998; Alcántara, 2008); esto se evidencia en la expresión 'la salud es' (hacemos hincapié en el uso del verbo 'es'):

Los estados parte de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, 1958, p. 459)

Lo que reprochamos aquí es que, en su pretensión de ser un principio, que responde a los valores de una organización, en realidad es propuesta y usada por la OMS como una definición (esto se puede corroborar en la actual página web de la organización). Al presentarse como tal, esta definición no resulta operativa, asimilable, ni práctica y no permite su asignación a un sujeto de derecho. Como lo profundizaremos más adelante, el derecho si bien ha sido siempre tomado como sustantivo en el territorio conceptual de lo legal, a partir de la invitación de Derrida (2023) en el libro *Del derecho a la filosofía* este análisis considera al derecho como un adverbio, es decir, como una dirección, lo derecho es lo directo. Así, entender que

quiere decir esa salud esa definición de salud, nos permitiría poder ir ‘directamente’, tener derecho a ella.

A través de Derrida (2023) —citando a Kant— podemos decir que lo que aquí se podría llamar problemático es aquello que se nombra como ‘completo bienestar’. Esto es lo que incumbe al derecho, a la dificultad de ir derecho a ese bienestar. En el texto de la definición de salud ese bienestar, como sistema esbozado a priori, se vuelve inevitablemente homogéneo y por tanto jamás específico. Esto obliga a un abordaje desde las divergencias, a considerar los derechos relacionados con las reales experiencias, como casos singulares relegados a aplicaciones particulares, observaciones anexas, y/o anexos específicos al texto (a la definición) y esta tarea le queda a cada localidad, inclusive como veremos más adelante, a cada vida.

Hasta aquí, reconocemos en este segundo problema, que no tenemos acceso directo (derecho) a esta salud, es decir, lo que la definición logra no es incluir, sino todo lo contrario, visibiliza lo que excluye. Aquí queremos extraer tres grandes exclusiones que la definición arrastra: un vector colonizador, clasista y patriarcal posible de extraer a través de la revisión histórica de su creación.

#### **4.2.1 Las tres exclusiones**

Derivada de su origen colonizador, y tal como lo transparenta la historia de las coordinaciones internacionales de fines del siglo XIX que ya revisamos en detalle y que la propia constitución de la OMS trae consigo, se puede concluir que desde su origen la salud se pensó desde los países con gran influencia política y económica, países colonizadores que desde 1800 en adelante se organizaron para el beneficio del mundo occidental. Se configura así una definición que trae consigo un vector colonizador. Una referencia de esto se encuentra en las actas de las primeras conferencias:

(...) el mundo en que pensaban los precursores del movimiento internacional pro salud pública era ante todo el mundo europeo, para el cual los pueblos de las Américas eran como parientes lejanos, mientras las demás partes habitadas del

globo vivían completamente aisladas de esa nueva era de progreso material, o no tenían con ella otro contacto que el aportado por las potencias europeas colonizadoras. (OMS, 1958, p. 4)

Luego de esta primera época, para la constitución de la OMS que define la salud, se puede revisar que los países participantes de la comisión técnica preparatoria de la conferencia internacional de la salud, que redactó el documento de base, fueron mayoritariamente países que, como ya lo destacamos, necesitaban reconstruirse de la devastación de la guerra. En menor medida hubo representantes de países no europeos y del continente africano, pero sobre todo latinoamericano que, en nuestro caso, es el que más nos compete.

Sumado a lo anterior, como lo destaca Alcántara (2008) la expresión ‘completo bienestar’ que es parte de la definición de salud, introduce el adjetivo de ‘normalidad’ en la noción y en medicina esto se suele utilizar como sinónimo de salud, siendo aquello que acostumbra a suceder en forma común y corriente, es decir el promedio o la medida estándar de una situación determinada. De allí que la idea de normalidad excluye y margina toda forma de vida diversa. Se revela así la exclusión a todo aquello que resultara fuera de la norma. Un caso evidente de esto es el de los pueblos indígenas de los diversos países de nuestro continente y sus diversas cosmovisiones que entienden la vida, la muerte y la enfermedad en relación con la naturaleza y sus ciclos de formas totalmente diferentes a los considerados por ese mundo homogenizado y occidentalizado que predominaba en el pensamiento social de los años 40.

Un ejemplo claro de esta exclusión colonial es posible de hallar en las propuestas que se han realizado desde el campo de estudios de la salud intercultural. Estos estudios críticos demuestran cómo el sistema de salud se estructura bajo el Modelo Médico Hegemónico. Este modelo se puede caracterizar como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas a las prácticas, saberes e ideologías preexistentes y dominantes en los

conjuntos sociales donde se imponen, logrando identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (Lapierre, 2023 citando a Menéndez, 1988, p.194). Desde la interculturalidad en salud esta asimetría, entre los diferentes modos de aproximarse a la salud, quedó en evidencia con mayor claridad durante la pandemia por COVID-19, como lo refuerza Reinoso-Niche (2024) quien recoge prácticas de medicina tradicional otomí que fueron efectivas para contrarrestar el coronavirus y que sin embargo no trascendieron más allá de su aplicación local por no tener validación científica.

Si bien actualmente existen en múltiples localidades iniciativas formales en el ámbito político y social para integrar y visibilizar la importancia de ampliar y diversificar la práctica clínica hacia miradas plurales e integradoras, todavía el modelo acotado de la interculturalidad no ha conseguido permear, a nivel general, el corazón de la política pública (Bustos, 2024). Por esto creemos que un aporte interesante a estas discusiones es continuar revisando las definiciones de base que la sostienen, cuyo carácter universalista continúa legitimando las desigualdades.

La segunda exclusión que identificamos en la definición de salud de 1948 es la exclusión de clase. Esta hace referencia a la limitada evidencia que existe de que efectivamente los integrantes de la comisión redactora de la constitución de la OMS hayan sido verdaderos representantes de las necesidades territoriales de los y las habitantes latinoamericanos menos favorecidos. Aunque bien nos han demostrado los estudios postcoloniales, que los habitantes más pobres, pero sobre todo los analfabetos del mundo, y todos aquellos que, habitando los márgenes de los límites de las naciones, históricamente no han sido considerados en las grandes decisiones del mundo. Este punto hace pertinente el análisis sobre la institucionalidad que subraya Derrida (2023), que busca confrontar a las disciplinas y a sus conceptos con la cuestión de ‘qué, quién y cómo’ se comprenden los propios términos de su campo. En este caso, ya que la definición existente de salud fue declarada y descrita por el único organismo validado para hacerlo, se presupone como definición científica y como tal, posible de objetivizar y aplicar a todos los grupos sociales por igual, estipulándose *per*



se, que todos son capaces de entenderla y autopercibirla en sí mismos, evitándose así el gran problema epistemológico del poder asociada a ella (Navarro, 1998).

Las relaciones de poder y la dominación económica de nuestro sistema son la fuente de las operaciones de decibilidad, es decir, de las formas consideradas correctas o válidas para nombrar los procesos vitales. Aquí inevitablemente viene a colación la noción de biopolítica que Michel Foucault “recuperó en los años 70 y sobre la cual, en las últimas tres décadas, florecieron interpretaciones” (Costa Y Rodríguez, 2017). A partir de esta dominación, que a menudo se naturaliza y rara vez se cuestiona, surge la exclusión de clase presente como problema en la definición de salud por parte de la OMS. Como lo aclaran Flavia Costa y Pablo Rodríguez (2017): no hay manejo posible sobre nuestra propia salud, si no es posible saber previamente qué quiere decir tener salud, ya que este ejercicio consciente es inseparable de una formación, de una reflexión previa que de antemano no podemos asumir que existe. Se trata siempre de un “acoplamiento entre lo que se sabe y lo que se hace con eso que se sabe. Es más: la forma y el contenido de lo que se sabe depende de lo que se hace” (Costa y Rodríguez, 2017. p.10).

En este sentido, los autores trabajan con ejemplos concretos y propios de nuestro tiempo, donde la ambigüedad de la respuesta a la pregunta sobre qué es tener salud y bienestar acarrearán consigo diversas situaciones: Problemas asociados a las exigencias mediáticas en torno a la eterna juventud y la censura de la vejez que la idea de bienestar genera en las pantallas y la publicidad; la vida fitness y la idea de capital humano asociado a ella bajo el slogan del “tú puedes”; el acceso a la biotecnología desarrollada en torno a la medicalización alimentaria para tener una “mejor salud”, entre otras. Todas ellas se pueden reconocer como situaciones estrechamente relacionadas con un discurso de la salud, producido por sus definición de base que naturaliza la permanente exigencia de obtener ese inalcanzable bienestar (Costa y Rodríguez, 2017). Llamado que no hace más que generar brechas socioeconómicas entre quienes pueden acceder a los productos y servicios que les ayuden a alcanzar esa meta siempre huidiza y quienes no.

Se subraya una tercera exclusión, la de género. En la revisión de los archivos notamos, al leer todo el recorrido histórico, que la coordinación internacional en salud hasta la constitución de la OMS no ha tenido participación oficial, ni registros de ninguna mujer. En las listas de representantes de la comisión de la constitución de la OMS no hay miembras o invitadas a las mesas de diálogo para pensar en las categorías fundantes que organizan los acuerdos comunes sobre salud a nivel internacional. Sólo será en el año 1950 que se registra por primera vez una única mujer en el registro de las actas de la OMS (1958), presentándose a Rajkumari Amrit Kaur de la India como ‘presidenta de la Tercera Asamblea’. Los nombres y cargos de cada uno de los integrantes de la comisión técnica preparatoria de la conferencia internacional de la salud, sus asesores y observadores se pueden revisar en el anexo 4 del documento de actas de la OMS (1958), y en el registro se puede corroborar que no hay participación explícita de mujeres ahí.

Sobre esta tercera exclusión cabe recordar que el ejercicio que esbozamos aquí es uno deconstructivo que nos permita, por medio de revisar los antecedentes que configuran el contexto que según Derrida es a la vez parte del propio texto, recoger datos históricos que continúan vigentes a través de la definición de salud. Si bien el problema del género ha sido abordado por la OMS y la OPS hace un tiempo, este está considerado dentro de lo que se denominan las “determinantes sociales de la salud” incorporándose a su vez la noción de “interseccionalidad” (OPS, s.f.).

Si bien todas las acciones que estas nuevas perspectivas traen a las políticas públicas en salud a nivel mundial, al igual que lo que sucede con las exclusiones anteriores, son altamente beneficiosas, pero todas ellas deben continuar siendo reforzadas, enriquecidas e incorporadas al sistema de salud normativo y para eso resulta necesario revisar sus bases fundamentales y su recorrido histórico antes de seguir añadiendo nueva complejización que sin duda enriquecen el marco. Estudios que aportan evidencias sobre esta problemática los podemos encontrar con mayor relevancia en el campo de los estudios sobre discapacidad desde donde se busca reflexionar respecto a las inequidades asociadas a la interseccionalidad entre género,

discapacidad y etnia que enfrentan sobre todo hoy las mujeres indígenas con discapacidad en el Sur Global (Lapierre, 2025).

Dentro de esto que denominamos como el segundo problema que trae consigo la definición de salud, a saber, la dificultad de comprenderla, como lo dijimos antes, lleva a la imposibilidad de acceder directamente a ella generando estas tres exclusiones detalladas brevemente aquí. Así es cómo en la búsqueda de una definición de salud que no toque las diferencias, y que resulte homogeneizante y unificadora, la OMS termina declarando un enunciado tan general y abstracto que es imposible de utilizar empíricamente, pero que sobre todo es inseparable de su momento de enunciación. Como Derrida nos alerta, el movimiento de recontextualización del texto es incesante y sin embargo el texto es siempre huella de él, el enunciado 'La salud es (...)' del 1946, traído hasta nuestros días, arrastra con él la huella de su tiempo, y sus tiempos previos, dejando ver su matriz colonizadora, sexista y elitista.

Podríamos decir aquí que existe una tercera deriva problemática de la definición de salud de la OMS que resulta interesante esbozar aquí, pero en la cual por necesidad operativa no profundizaremos. Desde los criterios de una mirada que considera a la dimensión temporal de la definición no llama la atención solo su antigüedad, ya que ha perdurado más de 70 años sin ser modificada, sino también, su carácter estático. En sí misma, la definición de salud resulta semánticamente estática. Comienza planteándose desde la expresión "La salud es un estado de...", aludiendo así a la cristalización de la experiencia, y apelando una capacidad universal de percibir e identificar un 'estado de...'. Resulta un ejercicio de reconocimiento y/o captura individual difícil, sino imposible. Sobre todo, en los tiempos actuales en que se desatan guerras en diferentes puntos del mundo, y por medio de RRSS podemos asistir a imágenes perturbadoras como es el caso de Gaza. Aquí recurrimos nuevamente a Derrida para recordar que, a través de la estrategia deconstructiva, podemos plantearnos esta doble dimensión de la salud que, por un lado, resulta necesario definir, nombrar y explicar, a la vez que, por otro lado, porta la imposibilidad de hacerlo, al encontrarse dentro del campo de la experiencia, donde: [e] agotamiento de

la multiplicidad empírica es imposible y los casos se presentan solo bajo la forma de ejemplos: pertenecen al sistema que se puede abordar, pero en absoluto alcanzar (Derrida, 2003, p. 103).

Nos mantenemos aquí en una contradicción aparentemente insuperable. Estamos ante una antinomia, ya que la salud, como experiencia, desde una perspectiva filosófica no esencialista (postestructuralista) no es dialectizable, sin embargo, desde la perspectiva biomédica y científica (entonces positivista) se la explica y se la aborda clínicamente desde su opuesto, la enfermedad y ahí es donde el problema del derecho, de la institucionalidad y de los márgenes de la experiencia aparecen con más fuerza en el debate.

### **5. Derrida: el Derecho a (...) y el Derecho de (...)**

Volvemos sobre el segundo problema de este análisis, las dificultades que se desprenden de la definición de salud en relación al derecho y, como ya lo recalcamos anteriormente, no abordándolo desde su faceta legislativa, sino desde las implicancias discursivas que tiene en la vida y en las experiencias de los individuos. Relevamos así, la cuestión de la destinación ¿Quién tiene derecho a esa salud? No en cuanto al acceso cotidiano que las personas tengan al servicio y a las prestaciones del sistema clínico, sino referido a la cuestión de quién es el sujeto de esa salud en los términos de las operaciones de decibilidad que la nombran y la definen. Lo central que hay que analizar es a quien está aparentemente destinada, o en quién se piensa cuando se define a la salud en los parámetros propuestos por la OMS. De ese análisis se desprende la cuestión del 'privilegio', siendo este para quien pueda reconocerse o sentirse incluido e incluida en ella.

Estar en salud o tener salud sería “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1958, p. 459), pero ¿quién puede decir que puede ir directo a eso, a ese estado? Acudir a la cuestión del 'derecho', para Derrida, tiene la intención de ver sus límites, confrontar esos márgenes que se desbordan, las jerarquías que lo constituyen y por tanto revelar toda su contradicción con la entendida democracia que supuestamente conjura. Es una crítica

directa al discurso del neoliberalismo y su ahora defensa al derecho de elegir, que funda, desde una perspectiva netamente jurídica su entendido sistema democrático. En la frase derecho a la salud, siguiendo a Derrida (2023) podemos decir que solo la letra *a* soporta toda la relación y señala la dirección.

Decimos tener ‘derecho *a*’ para indicar el acceso garantizado a ella, el derecho de paso, el pase, el ingreso autorizado a ese bienestar ¿Quién tiene derecho al bienestar hoy en nuestra sociedad? Porque, volviendo a lo anterior, no nos referimos solo al acceso al servicio o la atención de salud, aunque claramente no se puede separar de aquello. En lo que insistimos es que, dado que el sentido de qué es salud, escapa y desborda a todo aquello que podemos decir o nombrar, siendo aquello que va más allá de los aspectos biológicos completamente medibles, y que está en relación con lo imposible de describir, pensamos en la imposibilidad de la expresión ‘derecho a la salud’, en términos de dirección:

(...) lo que permite hacer de la palabra *derecho* un adverbio tanto como un sustantivo, (es que con ella) generaremos o reconoceremos el espacio de otra frase y entonces de otro régimen de pregunta ¿Es posible ir derecho a (...) acudir directo, directamente, sin rodeos? ¿Esta posibilidad o este poder garantizarían al mismo tiempo la inmediatez, es decir, la universalidad y la naturalidad (...)? (Derrida, 2023, p. 47)

Volvemos a la cuestión de la abstracción. Si la definición de salud es universal y por tanto abarca a todos, no habría posibilidad de identificar directamente a su sujeto de derecho. Y es que en esta imagen de ir derecho a... si se quiere ir hacia un lugar, hay que saber hacia a dónde se va, y esa es la clave para mantener la rectitud de la dirección. No tener claridad de adónde estamos yendo, vuelve al recorrido en sí mismo, al intento por ir y por llegar, su única forma de habitarla por el momento, no tenemos el ‘privilegio’ de ir directo a ella, por tanto, vagamos por el camino y a esto es a lo que se refieren Costa y Rodríguez (2017) cuando hablan de una “Salud inalcanzable”. Ante esta carrera sin fin que llevamos corriendo la autora chilena Diana Aurenque (2022) dirá que entonces “estamos enfermos”.

Por otro lado, Derrida (2023) refiere que ‘tener el derecho de decir’ es estar titulado, justificado a decir, en este caso, quien está sano y quien no, prescribiendo objetivamente la solución para ello, reestableciendo así la salud de ese ‘enfermo’. Es el título lo que da valor, lo que da el derecho de decir y con esto decidir. Si pensamos en salud y su institucionalización, pensamos inmediatamente en el sistema de salud y sus instituciones, el consultorio, el hospital, los y las profesionales, a mayor escala el ministerio de salud, etc. Sin embargo, si a cualquiera de estas entidades se le preguntase qué es salud, oficialmente todas ellas responderán con la definición de la OMS, siendo así esta organización la única institución de la salud validada para decir, nombrar la salud de manera indiscutida o científica. Recordemos que también existe la Organización Panamericana de la Salud (OPS), pero como lo revisamos en el recorrido histórico ésta es una oficina regional que responde jerárquicamente, siendo un escalón menor a la OMS, es decir funciona en el continente americano como su representante local y sobre esto:

Ambos son organismos internacionales especializados del sistema de las Naciones Unidas (...) El español es una de las lenguas oficiales en ambas (...) En vista de su posición privilegiada como organismos normativos en el campo de la salud pública internacional, ambas organizaciones son consideradas fuentes autorizadas de terminología y vocabulario especializados. Por consiguiente, mediante la publicación de documentos técnicos traducidos contribuyen activamente a la internacionalización de nuestra lengua en su esfera de especialidad. (Silva, 2008, p. 203)

La institucionalidad crea un borde, que es validado porque tiene la autoridad para hacerlo. Por esto es que resulta tan significativo conocer el origen de la institución OMS, como ejercicio analítico, porque lo que llamamos deconstrucción también es exponer la identidad institucional de quien norma. Lo que ella tiene de irreductible debe ser expuesto como tal, pero no con un afán de negar o desvalidar las contribuciones políticas y sociales que la OMS como organismo ha hecho al mundo, sino más bien como refiere Ávalos (2023) citando a Derrida, a través de un análisis

deconstructivo no dejar pasar nada por natural en ella, porque toda institución, toda relación con la institución, implica una toma de posición y de partido.

## **6. A modo de conclusión**

No nos extraña que la OMS, en su función de institución, proponga un principio como una definición, intentando singularizar a través de una abstracción. En este sistema, estamos tan acostumbrados a que el universal nos hegemonice, que llegamos al punto incluso de naturalizarlo y darlo por verdadero. Por el contrario, para Derrida el ejercicio de hacer emerger el universal a partir del singular, tiene relación con la verdadera democracia, que no se relaciona con la institución. La verdadera democracia debiera ser el diferir, donde la diversidad de las experiencias vividas haga emerger la necesidad común, y no al revés, como sucede regularmente con las instituciones, donde es la definición abstracta la que permite la identificación. Derrida enfatiza la necesidad de que desde la experiencia emerja lo común y a partir de ahí la posibilidad de llegar derecho a...

No resulta extraña la presencia de las tres grandes exclusiones que presentamos aquí, toda nuestra historia podría ser criticada desde esa perspectiva, ya que lo que siempre se consideró como norma o lo normal fue (y en términos generales continúa siendo) el hombre blanco, occidental-europeo, productivo (económica y funcionalmente) y reproductivo (cis y heteronormativo), considerándose marginal a todo lo demás. Entonces, dejar de arrastrar esa profunda dimensión institucional que resulta excluyente por proponerse universal, no debe ser un acto de negación a la OMS, sino una vía para democratizarla. Criticar el modo radical en que se ha constituido el sentido de la salud bajo la institución y singularizarla a través de nuevas prácticas que permitan una construcción situada de los propios sentidos y autopercepciones de salud, local, territorial, no es otra cosa, que legitimar y poner en primer plano las propias vivencias. Lo singular.

Finalmente, nos quedamos con la bella propuesta de Derrida (2006) sobre la necesidad de 'aprender a vivir'- Vida y salud ¿no son acaso una misma cosa? Aprender a vivir y aprender a morir estarán estrechamente relacionados. Todo eso que pasa

entre esas dos instancias, es esto que intentamos nombrar, pero que seguimos sin saber cómo ¿será salud? Si hay salud hay vida y su afuera que es siempre su adentro. La salud no será otra cosa que su exceso, lo que derrama la experiencia a través de la cual cada uno y cada una siente su propia salud, porque como dijo Nietzsche (2014):

(...) No existe una salud en sí misma, y todos los intentos por definir un asunto de este tipo han sido fracasos clamorosos. Incluso para determinar *lo que* pueda significar salud para tu cuerpo, lo que importa es tu meta, tu horizonte, tus fuerzas, de tus impulsos, tus errores y, especialmente, lo ideales y fantasmas de tu alma. Así existen incontables saludes del cuerpo; y cuanto más se permita de nuevo al hombre individual (...) cuanto más se olvide el dogma de la igualdad de los hombres, más se perderá también el concepto de una salud normal (...) tan utilizada por nuestros médicos. (p. 435)

## Referencias

- Aurenque, D. (2022). *Animales enfermos. Filosofía como terapéutica*. Santiago. Fondo de Cultura Económica.
- Agamben, G. (2020). *¿En qué punto estamos? La epidemia como política*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2781925>
- Aurenque, D. (2022). *Animales enfermos. Filosofía como terapéutica*. Fondo de Cultura Económica.
- Ávalos, C. (2023). Introducción. En J, Derrida. *Privilegio o del derecho a la filosofía*. (pp. 11-30). Valdivia: Ediciones UACH.
- Bustos, B. (2024). Aportes desde la etnografía del Estado al análisis crítico antropológico de la política de salud y pueblos indígenas en Chile. *Antropologías del sur*. 11(21), 195-219. <http://dx.doi.org/10.25074/rantros.v11i21.2661>
- Costa, F., Rodríguez, P. (2017). *La salud inalcanzable. Biopolítica molecular y medicalización de la vida cotidiana*. Buenos Aires. EUDEBA.



- Derrida, J. (1986). *De la Gramatología*. Ciudad de México: Siglo XXI Editores.
- Derrida, J. (2023). *Privilegio o del derecho a la filosofía*. Valdivia: Ediciones UACH.
- Derrida, J. (2006). *Aprender por fin a vivir. Entrevista con Jean Birnbaum*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Durante, P. (2001). Historia de la Terapia Ocupacional. En Polonio B., Durante P & Noya B. (eds.), *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional* (pp. 1-12). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Gottret, P. & Schieber, G. (2007). *Estudio del financiamiento de la salud: una guía para especialistas*. Bogotá: Banco Mundial y Mayol Ediciones S.A
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Revista Ene de Enfermería*, 10(2). <http://ene-quotenfermeria.org/ojs>
- Lapierre, M., (2025). Derechos socioeconómicos de mujeres indígenas con discapacidad: reflexiones en torno a la relación entre capacitismo, patriarcado y Colonialismo. En E. Ortega y D. Vite. *Discapacidad y feminismos: germinando perspectivas críticas y anti contracapacitistas desde América Latina*. Buenos Aires: CLACSO. Libro digital [https://www.clacso.org/grupos-de-trabajo/publicaciones/?pag=detalle&id\\_libro=4392](https://www.clacso.org/grupos-de-trabajo/publicaciones/?pag=detalle&id_libro=4392)
- Lapierre, M., (2023). La cuestión de la traducción lingüístico-cultural en las políticas sobre discapacidad en pueblos indígenas. Reflexiones en torno al mapuche kimün y el mapuzungun. En Z, Romualdo, et al. *Discapacidad en los pueblos indígenas y originarios de Abya Yala. Un giro decolonial, intercultural y crítico*. Buenos Aires: CLACSO. Libro digital <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/handle/CLACSO/248998>
- Lopera, J. (2015). El concepto de salud mental en algunos instrumentos de políticas públicas de la Organización Mundial de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), S11-S20. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.19792>
- Loriga, S. (2020). El contexto sin borde según Jacques Derrida. *Estudios Sociales*, 58(1), 119-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7622294>

- Nancy, J.-L. (2020). *Un virus demasiado humano*. Buenos Aires: Editorial La Cebra.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. En F. Martínez, *Salud Pública*. pp. 49-54. Madrid: Mc Graw-Hill.
- Nietzsche, F. (2014). *La Gaya ciencia*. Obras completas. Volumen III. Obras de Madurez I. Madrid: Editorial Tecnos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1958). Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39275>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Documentos básicos. 48º edición. [http://apps.who.int/gb/bd/s/s\\_index.html](http://apps.who.int/gb/bd/s/s_index.html)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Historia de la OPS. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). Determinantes sociales de la salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Parra, F. (2023). La estructura citacional de la (dis) capacidad. *En-claves de pensamiento*, 17(33), 1-24. <https://doi.org/10.46530/ecdp.v0i33.600>
- Rose, G. (2002). *De la policía médica a la medicina social*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Santiago, S. (2015). *Derrida glosario*. Buenos Aires: Hilo rojo Editores.
- Silva, G. (2008). OMS, OPS, DCI y CIE. En L. González & P. Hernández. (eds.) *El español, lengua de traducción para la cooperación y el dialogo*, pp. 204-205. Madrid: ESLEtRA.