

Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente

Alicia Stolkiner

El hombre está siempre, pues, más acá y más allá de lo humano, es el umbral central por el que transitan incesantemente las corrientes de lo humano y lo inhumano, de la subjetivación y de la desubjetivación

Giorgio Agamben^[1]

He aquí el punto central de esta práctica, de este objeto de la modernidad y de esta rareza de los tiempos: de lo que se trata cuando se abordan los derechos humanos es de la vida y de las maneras de vivirla, de las ideas que se asocian a ella y de sus modos de producción y reproducción....

Marcelo Raffin^[2]



Parque de la Memoria
(Los nombres de las víctimas del terror de estado)
Buenos Aires, 2007. Foto: res

Introducción

En la última década, el retorno al discurso de los derechos humanos en el campo de la salud tendió a reemplazar los enfoques tecnocráticos centrados en costo-efectividad del período anterior. El enfoque de derechos en las políticas públicas, basado en la normativa internacional sobre derechos sociales, influyó en la estrategia de atención primaria en salud (APS) impulsando el retorno a su sentido inicial, garantista del derecho a la salud^[3]. A su vez, los derechos humanos en su proceso de globalización o mundialización, vuelven a ocupar un lugar preponderante en los documentos de la Organización Mundial de la

Salud (OMS) y en el enfoque de los gobiernos.

Esta revitalización de los derechos humanos es contemporánea a la deslegitimación discursiva del neoliberalismo. También acompaña la existencia de gobiernos con propuestas críticas al modelo hegemónico de los años 90s, la aparición de nuevos reordenamientos geopolíticos y el impacto en los países centrales de la crisis del capitalismo mundializado. En este proceso coexisten, por un lado, las tendencias a la configuración de sociedades más justas, y por otro la búsqueda de un nuevo discurso de legitimación del poder ante la pérdida de consenso del discurso neoliberal. La doble faceta de la incorporación política de los derechos humanos obliga a analizar con detenimiento en qué discursos y propuestas se inscriben.

Alicia Stolkiner. Profesora titular e investigadora de salud pública y salud mental, Universidad de Buenos Aires; coordinadora del Equipo Auxiliar de la Justicia, CONADI, Secretaría de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Argentina.
Correo electrónico: astolkiner@fibertel.com.ar

El derecho a la salud ha sido una de las premisas de la medicina social latinoamericana y ésta ha cumplido un papel en la tarea teórica y política de

deconstruir los postulados de los discursos dominantes en el campo de la salud. Creo que corresponde aplicar el tamiz del análisis crítico a este proceso actual. Se trata de un proceso necesario porque el constructo “derechos humanos” entraña, en sí, en su origen y en su potencialidad, una paradoja que permite situarlo tanto del lado de las políticas transformadoras como de las de dominación.

Comenzaré por explicitar algunas preguntas y objetivos que guían esta presentación. Las preguntas son: ¿En qué esquemas de producción de sentido y en qué proyectos posibles se inscribe hoy el enfoque de derechos humanos? ¿Qué lugar ocupan o pueden ocupar los derechos humanos como idea fuerza en los movimientos sociales y populares? ¿Cómo se relacionan con el debate sobre el derecho a la salud?

Para aproximarme a algunas respuestas me propongo analizar críticamente la categoría “derechos humanos” y enmarcar en ello “derecho a la salud”. También es un objetivo de esta presentación historizar brevemente y problematizar la evolución de las prácticas de derechos humanos en América Latina y analizar los obstáculos y potencialidades de garantía del derecho a la salud en el escenario latinoamericano de la primera década del siglo XXI.

El ejercicio pleno de los derechos humanos es una idea-fuerza que puede sostener prácticas antagónicas con el proceso de objetivación universal inherente a la fase actual del capitalismo, que se manifiesta también en el campo de la salud. Pero también el discurso de los derechos humanos reaparece en algunas propuestas como construcción de una nueva configuración de sentido para legitimar el poder. Con este carácter paradójico debe ser abordado el objeto.

Tomaré como referencia la producción en equipo de las investigaciones que he dirigido en los últimos 15 años. En ellas la accesibilidad, el derecho a la salud y la subjetividad han sido ejes conceptuales permanentes.^[4]

Luces y sombras de un objeto paradójico: los derechos humanos

Los derechos humanos son un producto de una determinada configuración histórica en el que se reflejan las condiciones de poder en que se gestaron: el campo de representaciones de la modernidad occidental. Se desarrollaron en distintos momentos históricos e incluyen concepciones potencialmente antagónicas. Es cuestionable que la existencia de generaciones de derechos –primera, segunda y tercera generación– sea una evolución sin cortes y rupturas, dado que suponen un cambio de concepciones implícitas.

En el inicio, los derechos civiles individuales de cumplimiento negativo contenían las ideas de aquéllos que constituyeron el mundo moderno y, por ello, la potencialidad de la exclusión de algunas “formas humanas”, a pesar del discurso de la universalidad. Es así que quedaron muchas veces exceptuados los “distintos” que no respondían al modelo de occidental, varón, adulto y burgués – propietario que gestó la idea.^[5] También la idea de derechos individuales obstaculizó el desarrollo de conceptos de derechos colectivos o de comunidad.

La noción tiene un claro origen ligado a la instalación del capitalismo y un doble eje en la cuestión de la libertad y de la dignidad humana. Alrededor del concepto de libertad como autonomía del sujeto con respecto la comunidad y, básicamente, al estado, se fundamenta el pensamiento del liberalismo, centrado en el individuo y en un concepto esencialista de libertad. Desde otro enfoque se trata de la forma jurídica de una voluntad de lo colectivo. Al respecto, dice Michel Foucault,

... tenemos, por lo tanto, dos concepciones absolutamente heterogéneas de la libertad, una concebida a partir de los derechos del hombre, y otra percibida sobre la base de la independencia de los gobernados que tienen un origen histórico diferente y conllevan una heterogeneidad, una

disparidad que, a mi entender, es esencial. En relación con el problema actual de lo que se denomina derechos humanos bastaría con ver dónde, en qué país, de qué manera, se les reivindica, para advertir que, de vez en cuando, se trata en efecto de la cuestión jurídica de los derechos del hombre y en otros momentos... es la reivindicación de la independencia de los gobernados.^[6]

Con respecto al concepto de dignidad humana se abre también una doble vía: la esencialista, que se fundamenta en un concepto universal de lo humano y la que, cuestionando la idea de universalidad, plantea la diversidad de concepciones de la dignidad humana y, a la vez, reivindica los derechos humanos como una praxis y una idea fuerza que puede extenderse de manera emancipatoria y cosmopolita. Existe, también, un debate en la bioética actual que considera prescindible el concepto de dignidad humana y lo subsume a la autonomía de los individuos. Volveremos sobre ello con respecto a su relación con decisiones de salud.

Boaventura de Souza Campos cuestiona la idea de universalidad, a la que considera una característica cultural de occidente, y plantea que los derechos humanos pueden ser concebidos como un localismo globalizado o, por lo contrario, como una forma de cosmopolitanismo. Para poder operar como una forma cosmopolita y contrahegemónica de globalización, afirma, deben ser reconceptualizados como multiculturales y, a la vez, superar el enfoque relativista.^[7] En oposición a la idea de universalidad ejemplifica con la existencia de distintos regímenes de derechos humanos^[8] y propone diálogos transculturales de problemas isomórficos. A la idea de relativismo contraponen la propuesta de desarrollar criterios procedimentales transculturales para distinguir entre políticas de regulación y de emancipación, dado que todas las culturas tienen un concepto de dignidad humana y que todas son incompletas y problemáticas en esta concepción, considera necesaria una construcción transcultural. No obstante, queda pendiente cómo se fundamenta la idea de derechos igualitarios si se rompe con el esencialismo universalista del concepto de dignidad. Sobre esto quisiera retomar

un eje central de la teoría de Marx: el del proceso de fetichización.

En trabajos anteriores,^{[9][10]} he abordado el antagonismo central de nuestra época: la tensión entre la tendencia a la “objetivación” y la tendencia a la “subjetivación”. La tendencia a la objetivación condice con un rasgo estructural inherente la forma mercantil, tal como lo desarrolla Marx al abordar el fetichismo de la mercancía en *El Capital*. Se trata de ese curioso efecto estructural por el cual las relaciones sociales *aparecen* como “relaciones propias de cosas entre personas y relaciones sociales entre las cosas.”^[11] Se trata de que lo que se intercambia es siempre e inevitablemente *tiempo de vida*. Arjun Appadurai^[12] define la situación mercantil en la vida social de cualquier cosa, como la situación en la cual su intercambiabilidad (pasada, presente o futura) por alguna otra cosa se convierte en su característica socialmente relevante. Aclara que hay objetos en cuya “naturaleza” está el ser mercancías y otros (objetos o seres) que devienen tales pese a que no fueron producidos para el intercambio mercantil. En esta última categoría podríamos incluir la vida humana misma. En la extrema mercantilización de nuestra época todo lo que tiene sentido para la vida humana, e inclusive los seres humanos o sus órganos, pueden adquirir “situación mercantil” o sea, ser colocado en el lugar de “cosa”, objetivado en función de la producción de ganancia, este proceso está en el núcleo de los fenómenos de objetivación.

El fenómeno de la objetivación se extiende más allá de la intercambiabilidad concreta de cada caso para transformarse en prácticas desubjetivantes que anulan el sujeto de derecho, por eso, lo antagónico de la objetivación es la vigencia efectiva de los derechos. El paradigma de la objetivación, la metáfora de toda objetivación, es la anulación del sujeto en los dispositivos del Terror de Estado, que se materializa en el campo de concentración; esto establece una continuidad entre terror y mercantilización.

Curiosamente, desde una perspectiva filosófica idealista y esencialista Kant también define la dignidad como la no intercambiabilidad mercantil:....

Las cosas –dice Kant– tienen precio, pero el hombre, en cambio, tiene dignidad. Lo que tiene precio es intercambiable, puede ser mercancía, servir de medio para otros fines. La dignidad del hombre implica, por el contrario, que todo ser humano sea fin en sí mismo, insustituible, nunca intercambiable ni tomado como objeto o cosa, como instrumento o mercancía.^[13]

Si no definimos la dignidad de manera esencialista, pero consideramos necesario mantener el concepto, debemos reconocer que su límite es el de la objetivación y que se viola la dignidad cuando aquello que se liga a la vida adquiere “condición mercantil”, se subsume la vida a la ganancia de manera directa o indirecta. De manera indirecta la objetivación ligada a lo mercantil reaparece en todos los dispositivos de dominación que sostienen la apropiación de la vida y la naturaleza en aras de la acumulación.

En la bioética actual hay una corriente que plantea la inutilidad del concepto de dignidad y reivindica exclusivamente el de autonomía, entendida como libertad del individuo en la toma de decisiones.^[14] Una posición de este tipo convalidaría, por ejemplo, que una persona elija “libremente” vender uno de sus órganos para sacar a su familia de una situación de indigencia.

Con este antecedente, incorporaré algunas consideraciones sobre el derecho a la salud. Al abordarlo debemos recordar que en el corazón de las prácticas en salud se corporiza el antagonismo entre objetivación y subjetivación. Éste atraviesa desde la relación entre los profesionales y los pacientes hasta el papel de las poblaciones en la fijación de las políticas bajo la forma de la medicalización y/o la falta de acceso a cuidados.

El debate sobre el derecho a la salud

El debate sobre el derecho a la salud incluye autores radicalmente liberales que niegan su existencia, otros que lo reducen a un mínimo “posible” o que intentan conseguir un margen de “justicia” dentro de la lógica de libertad de mercado, asignando al estado una función reguladora. Como contraparte, están las posiciones que pugnan por sistemas universales de acceso

gratuito. Actualmente, muchos de los discursos fundamentados en el neoliberalismo más radical, para el que el mercado era el mejor distribuidor y asignador de recursos, han sido reemplazados por otros que plantean la necesidad de evitar los excesos e “imperfecciones” del mercado de la salud e instalar criterios de “justicia”.^[15] En ello se fundamentan algunas de las reformas actuales; si bien el debate excede la extensión de este trabajo, merece alguna reflexión. En muchos casos se fija un tope de derechos mínimos indeclinables (un “mínimo decente”). Boaventura de Souza Campos denomina “derechos humanos de baja intensidad” a las propuestas que tratan de limitar la ampliación de derechos humanos o de su concepción, considera que éstos son la “contracara de las democracias de baja intensidad” y una “manifestación tardía de la reducción de las reivindicaciones emancipatorias de la modernidad occidental al bajo nivel de emancipación posibilitado o tolerado por el capitalismo mundial”.^[16]

El reconocimiento del derecho a la salud basado en una concepción compleja del proceso de salud-enfermedad-cuidado, requiere de una política de integralidad de derechos, también incluye *el derecho a la no medicalización de la vida*. La medicalización es inherente a la mercantilización de la salud y una faceta de la biopolítica.

Foucault sitúa el nacimiento del “derecho a la salud” en la implementación del Plan Beveridge, en Inglaterra,^[17] afirma que con éste la salud entró en el campo de la macroeconomía y que el derecho a mantenerla y restaurarla se convirtió en cuestión de estado, generando una nueva “moral del cuerpo”. Probablemente hay un sesgo al colocar como punto de partida a Inglaterra, sin considerar otras experiencias contemporáneas a ello, pero permite reconocer que la categoría “derecho a la salud” nace con los modelos de estados sociales y tiene una doble faz al incluir una política de los cuerpos. En ese artículo Foucault polemiza con la dicotomía que plantea Iván Illich entre “medicina o antimedicina”, para terminar preguntándose sobre la validez de aplicar el modelo de la medicina occidental, desarrollado a partir del siglo XVIII, a sociedades o poblaciones que no experimentaron el modelo de

desarrollo económico y político de las europeas y norteamericana.^[18]

Algunas de las propuestas actuales de reforma en salud proponen la universalización de las prestaciones médicas básicas, sin cuestionar radicalmente el modelo y el paradigma implícito. Resultan así funcionales a la “medicalización indefinida”^[19] y coherentes con la aspiración de la industria químico farmacéutica de ampliar sus mercados teniendo a los Estados, aún a los pobres, como macro compradores.

El escenario de derechos y salud en América Latina

Los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1949) integraron el discurso político del bloque capitalista durante la organización bipolar de la posguerra. Éste impuso una doble moral con respecto a ellos (por ejemplo, complicidades con dictaduras aliadas) por lo que difícilmente se los podía incluir en un ideario emancipatorio. Los movimientos revolucionarios latinoamericanos de los años 60s y 70s no los incluyeron en su discurso. No obstante, la Revolución Sandinista en Nicaragua juzgó a los criminales de la dictadura derrocada sin apelar a excepción (a ningún “estado de excepción”^[20]) del código existente y sin aplicar la pena de muerte. Se trata de un caso novedoso en regímenes revolucionarios: derecho a la resistencia sin etapa de terror. En ese mismo año (1979), en la Francia desarrollada, todavía existía la pena de guillotina heredada de la Revolución Francesa.

La crisis capitalista de mediados de los años 70s inauguró el período de endeudamiento e implementación de las políticas neoliberales en la región. El modelo de salida a ella requería de sociedades desmovilizadas y en la mayoría de los países de América Latina se logró por golpes militares que impusieron el Terror de Estado, en algunos también hubo intervenciones militares directas o indirectas de los Estados Unidos (Granada, Panamá, Nicaragua).

Es importante señalar que el Terror de Estado no es cualquier forma de violencia política, es la anulación del derecho en el espacio mismo que debiera garantizarlo, y es una forma extrema de

disciplinamiento social, cuyo paradigma es el campo de concentración y la desaparición forzada de personas,^[21] dispositivos destinados a operar sobre toda la sociedad.

Como respuesta, surgieron movimientos cuyos objetivos eran denunciar las acciones del Estado terrorista y concitar la solidaridad internacional con las víctimas, posteriormente, se abocaron a reclamar memoria y justicia. “Es posible afirmar que estos movimientos locales e internacionales de resistencia a las dictaduras del Cono Sur de América generaron una nueva configuración de la praxis de los derechos humanos no sólo en la región sino a nivel mundial”.^[22]

También, frente al daño y la exclusión producidos por las políticas neoliberales, se gestaron movimientos sociales diversos (locales y globales), cuya riqueza es su diversidad y cuyo riesgo es el encasillamiento en reivindicaciones específicas, si no tienden redes hacia propuestas políticas dirigidas a la integralidad.

La aplicación de los postulados del llamado “Consenso de Washington” se acompañó con reformas de los sistemas de salud y seguridad social, promovidas por los organismos financieros internacionales. El objetivo de mercantilización extrema de la salud requirió de un borramiento de la idea de derechos sociales y, por derivación, de derechos humanos.

En el documento del Banco Mundial (1993) que orientó la mayoría de las reformas neoliberales, no se menciona el derecho a la salud. Es notable que cuando construyeron el estadígrafo AVAD para “no tener que asignar valor monetario a la vida humana” y poder ponderar la relación costo-efectividad, reconocen haber fundamentado sus decisiones en elementos ético-valorativos, entre ellas, el valor relativo de cada año de vida y “las ponderaciones de discapacidad utilizadas para convertir la vida afectada por un caso de discapacidad a una medida común con la muerte prematura”,^[23] o sea, equivaler un discapacitado a un muerto. Dado que la herramienta sirvió para legitimar y naturalizar la negación del acceso a servicios indispensables para la sobrevivencia a personas que no pudieran comprarlos (ejemplo, quimioterapias en cánceres de alta letalidad,

terapias intensivas neonatales o cirugías cardíacas en países de ingresos bajos^[24]) es posible afirmar que subyace allí un supuesto equivalente al de “vidas que no merecen ser vividas” (*Lebensunwertes Leben*) del nazismo.

No obstante, como muestra que no hay linealidades ni determinaciones absolutas, en Brasil y con el impulso del movimiento de salud colectiva, se estableció la salud como derecho constitucional y se fundó el Sistema Único de Salud (SUS), que aspira a prestaciones universales y gratuitas.

El escenario de la primera década del siglo XXI es altamente complejo, el estado de guerra constante ha llevado la lógica del Estado de excepción a un nivel global en la lucha contra “el terrorismo” y/o el narcotráfico; simultáneamente, hay una expansión de la idea y de la construcción jurídica de derechos, aspirando a compromisos de los Estados.

En América Latina coexisten gobiernos innovadores con fuerte anclaje popular y que reconocen derechos de sectores largamente excluidos, con otros económicamente heterodoxos o neokeynesianos y otros más que mantienen políticas ortodoxas y alineamiento con los Estados Unidos, esto marca una alta polarización entre países y dentro de cada uno de ellos, pero inaugura posibilidades inéditas. Hay también un nuevo realineamiento geopolítico que se manifiesta en organismos económicos y políticos (Mercosur, ALBA, UNASUR) y para algunos países hubo un ciclo económico de crecimiento.

En Bolivia y Ecuador las nuevas constituciones incluyeron una categoría de innegable riqueza y construcción multicultural: “el buen vivir” o *sumak kawsay* (en quechua). Se trata de una innovación en el campo de las representaciones de derechos que algunos consideran un nuevo paradigma jurídico y que innegablemente contiene una representación distinta del sujeto. Pone en primer lugar la armonía y la solidaridad por sobre la acumulación, la competencia y el mercado. Se incluye, además, la innovación de incorporar derechos de la naturaleza.

América Latina cuenta, además, como herramienta con una producción original de pensamiento y prácticas en salud colectiva y medicina social, con ellas debemos enfrentar el desafío de garantizar el derecho a la salud, sin que al hacerlo se reproduzca el núcleo mercantilizante y objetivante del proceso de medicalización. También debemos tender a su incorporación indispensable en una política de integralidad de garantía de derechos.

Se trata de un doble desafío porque implica cambios políticos sociales y económicos generales y, a la vez, requiere de transformaciones en un campo específico que tiene actores y resistencias propias. El discurso de “la tercera generación de reformas”, que plantea una nueva articulación entre Estado y mercado, se traslada a la salud y sustenta modelos de APS que sin tener las restricciones de la selectiva y enunciando garantía de derechos, mantienen implícita la lógica de producción de ganancia de las propuestas anteriores. También, por otra parte, en el corazón de estas prácticas y de las comunidades, surge la potencialidad de construir y ejecutar nuevas formas de abordar colectiva y solidariamente los procesos de salud -enfermedad - cuidado.

La medicina social latinoamericana, como praxis, establece una articulación profunda con las praxis de derechos humanos emancipatorias. Cada práctica en salud debe propender a la subjetivación. Esto va desde las acciones singulares cotidianas de relación de los profesionales y el equipo de salud con las personas, hasta la formulación e implementación de políticas.

Referencias

- [1] Agamben, Giorgio (2009). *Lo que queda de Auschwitz. El archivo y el testigo. Homo sacer III*, Ed. Pre-Textos, España, p. 142.
- [2] Raffin, Marcelo (2006). *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*, Editores del Puerto, Buenos Aires, p. 53.
- [3] Ase, Ivan y Jacinta Burijovich (2009). “La estrategia de atención primaria en salud: progresividad o regresividad en el derechos a la salud? *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 5, núm. 1, enero – abril, pp. 27-47.

[4] Se trata de proyectos financiados por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires y por el IDRC de Canadá.

[5] Raffin, Marcelo. (2006). *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*, Editores del Puerto, Buenos Aires, p. 2

[6] Foucault, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, pp. 61-62.

[7] De Souza Campos, Boaventura (1998). "Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos", capítulo 10, en *De la mano de Alicia-Lo social y lo político en la posmodernidad*, Siglo del Hombre Editores, Facultad de Derecho Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes, Bogotá. pp 345-367

[8]. De Souza Campos, Boaventura (1995). "Toward a new Common Sense Law", *Science and Politics in the Paradigmatic Transition*, New York. Routledge, 614 pgs

[9] Stolkiner, Alicia (2001). "Antagonismo y Violencia en las formas institucionales" en Cecilia Moise-Rosa Mirta Goldstein (compiladora), *Pensando la institución*, Ed. El Escriba, Buenos Aires, pp 125-134.

[10] Stolkiner Alicia y Pamela Garbus (2009). "Derechos humanos y salud mental", en J.C. Fantin y Pablo Fridman Bioética (compiladores), *Salud mental y psicoanálisis*, Buenos Aires, pp 171-187.

[11] Marx, Karl (1975). *El Capital. Crítica de la economía política*, Editorial Siglo XXI, 4ª Edición, p. 70.

[12] Apparudai Arjun (1991). *La vida social de las cosas-perspectiva cultural de las mercancías*, Ed. Grijalbo, México.

[13] *Diccionario latinoamericano de bioética*, <http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/documentos-publicaciones-en-bioetica.html>, p. 277. (10/7/09)

[14] Macklin, R. (2003). "Dignity is a useless concept: It means no more than respect for persons or their

autonomy", *British Medical Journal*, núm. 327, pp. 1419-20

[15] Vélez Alba Lucía (2010). "La protección de la salud en la filosofía liberal", *Revista Hacia la promoción de la salud*, vol. 15, núm. 1, (en prensa).

[16] De Souza Campos Boaventura (1998). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos", capítulo 10, en *De la mano de Alicia-Lo social y lo político en la posmodernidad*, Siglo del Hombre Editores, Facultad de Derecho Universidad de los Andes, Ediciones Uniandes, Bogotá, pp. 355

[17] Foucault Michel (2008). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *La vida de los hombres infames*, Ed. Altamira, Buenos Aires, p. 69.

[18] Foucault Michel (2008). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *La vida de los hombres infames*, Ed. Altamira, Buenos Aires, p. 71.

[19] Foucault Michel (2008). "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", en *La vida de los hombres infames*, Ed. Altamira, Buenos Aires, p. 75.

[20] Agamben Giorgio (2004). *Estado de excepción*, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires.

[21] Stolkiner Alicia (2008). "Consecuencias actuales del terrorismo de Estado. Nuevos debates y desafíos teóricos", en *Acompañamiento a testigos y querellantes en el marco de los juicios contra el terrorismo de Estado. Estrategias de intervención*, Colección Derechos Humanos para Todos, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, Buenos Aires.

[22] Raffin Marcelo (2006). *La experiencia del horror: subjetividad y derechos humanos en las dictaduras del Cono Sur*, Editores del Puerto, Buenos Aires, p. 208.

[23] Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington, p. 93.

[24] Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington, p. 119.

