

La violencia como problema de salud pública: El terrorismo de Estado en Argentina 1976-1981¹

Hugo Guillermo Spinelli

Los sacaron a las doce. A las doce y media uno de los mayordomos salió al galope por el otro rumbo. Cinco días después colocó el siguiente telegrama: Doctor Montenegro, Juez Primera Instancia, Yanahuanca: Atentamente comunícole muerte quince peones hacienda El Estribo debido infarto colectivo. Firmado: Migdonio de la Torre. - ¡Cojones ! - dijo el doctor Montenegro. Manuel Scorza - Redoble por Rancas.

- **Introducción.**

La magnitud del impacto de la violencia sobre la estructura de mortalidad de la población mundial coloca a las muertes por causas externas (MCE)¹ entre el grupo de las principales causas de fallecimiento. Según estimaciones realizadas por la OMS en The World Health Report 2001 (WHO, 2002) para el año 2000, las muertes violentas constituyen el 9.1% de las muertes mundiales, es decir 5.062.000 defunciones.

Las defunciones por violencia interpersonal representan en América Latina, para el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años, la principal causa de muerte. En nuestro país en el año 1999 las muertes por causas externas fueron responsables de cerca del 20% de los AVPP (años de vida potenciales perdidos) (MSAL, 2001). En el año 2000 resultaron ser la cuarta causa en importancia para la población total con 19.369 casos y la principal causa para el grupo etario comprendido entre los 15 y 44 años (MSAL, 2002).

Para el período comprendido entre 1980 y 1992, las tasas de mortalidad por causas violentas aumentaron para los grupos etarios de 15 a 19 años y de 20 a 29 años un 11.5% y un 9.5%, respectivamente. Asimismo la tasa de mortalidad por homicidios para la población en general, creció en ese mismo período un 166% (Mazzeo, 1992:10-12). La Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia de la Nación (DNPC) con datos relativos a la Ciudad de Buenos Aires, muestra una tendencia creciente de homicidios dolosos durante la década de 1990 (DNPC, 1999).

A pesar de su importancia, la violencia como problema sanitario sólo ha sido recientemente incorporado por la salud pública en las últimas décadas. Sin perjuicio de reconocer el avance que constituye esta aprehensión, no puede dejar de notarse la pobreza con la que se ha formalizado su instrumentación, tanto en los términos relativos al volumen de la producción científica, especialmente en Latinoamérica, como en el carácter y la profundidad de dicha producción. El problema de la violencia ha sido tradicionalmente abordado desde el ámbito sanitario a través de un enfoque "biologizante" y reduccionista, que resulta insuficiente para comprender su naturaleza eminentemente socio-cultural (Spinelli, 1998).

A pesar de lo expuesto, subsiste en la comunidad científica del sector salud una tendencia a no identificar la violencia como problema propio de su disciplina (somos conscientes de que este estado de cosas no constituye una característica excluyente de

¹ Agradezco la lectura y comentarios realizados por Marcio Alazraqui y Carlos Guevel.

nuestro país, esta puntualización tiene como objetivo ahondar en nuestra experiencia). El hecho de que no exista un análisis sanitario del evento más violento experimentado por la Argentina durante todo el siglo XX es acaso un síntoma esclarecedor a este respecto. Ante este contraste -entre la importancia de las muertes violentas y el escaso lugar que ocupan como objeto de estudio en el ámbito sanitario- sólo cabe preguntarse por las razones que sustentan la subsistencia de esta exclusión.

A continuación nos ocuparemos de analizar desde una perspectiva socio-sanitaria el hecho mencionado, a saber el impacto de la violencia, a través del indicador mortalidad, perpetrada bajo la dictadura militar del período comprendido entre los años 1976 y 1981.

- **Violencia estatal en la Argentina. El “Proceso de Reorganización Nacional”.**

El 24 de Marzo de 1976 el gobierno de Isabel Perón es derrocado por un golpe militar que bajo el mando de Juntas Militares implanta el terrorismo de Estado en la Argentina. Se inicia entonces el autodenominado "Proceso de Reorganización Nacional", - conocido comúnmente como "el Proceso". Se perpetra entonces "la más grande tragedia de nuestra historia, y la más salvaje" (CONADEP, 1999:7), entre cuyos métodos de acción los operativos de secuestro de personas se mantuvieron como una constante. Miles de personas, víctimas de secuestros y torturas llevadas a cabo por comandos de las fuerzas militares, paramilitares y policiales jamás fueron halladas, ni esclarecida su suerte, a pesar de las desesperadas búsquedas y reclamos de familiares y amigos².

En este contexto un grupo de madres de personas desaparecidas comienza a organizarse y a convocarse en la Plaza de Mayo. Eran las madres que más tarde serían conocidas mundialmente como las Madres de Plaza de Mayo. Las Madres buscaban a sus hijos: *"Todavía con toda la ilusión de encontrarlos, con toda la ingenuidad de que la Dictadura tal vez no fuera tan feroz -porque uno no creía que pudiera ser tanta la ferocidad, que la tortura fuera tan terrible. Yo creo que muy pocas de nosotras nos dábamos cuenta del horror de lo que estaba pasando, definitivamente. Todas teníamos esperanzas: los van a poner en la cárcel, los vamos a encontrar, en la comisaría, o en la cárcel, o en el ejército."* (Asociación de Madres de Plaza de Mayo, 1988).

En el año 1980, Las Madres afirman su consigna de "Aparición con Vida" de los desaparecidos. Esta consigna es sostenida no desde la esperanza crédula de encontrar a sus hijos con vida, sino como parte un reclamo en pro del esclarecimiento público de su suerte. *"Porque cuando le dieron el Premio Nobel a Adolfo Pérez Esquivel, Emilio Mignone había salido con él e iba diciendo por toda Europa que los desaparecidos estaban muertos. Y nosotras, que no es que somos ingenuas ni nos estábamos chupando el dedo, pero no queríamos darle esa posibilidad a la dictadura de que ya empezáramos nosotras a decir que estaban muertos cuando todavía nadie nos había dicho qué había pasado con ellos. Y como todavía nadie nos ha dicho qué pasó, seguimos pidiendo y reclamando esa consigna que es tan dura de mantener, y tan difícil de mantener, y que costó tanto que otros la tomaran como consigna llena de contenido y no de capricho.* (Asociación de Madres de Plaza de Mayo, 1988). Surge así la figura del "desaparecido" cargada de sentidos, como símbolo de lucha, de reclamo de verdad y justicia.

Durante el "Proceso" que se desarrolló desde el 24 de Marzo de 1976 hasta la restauración de la democracia el 10 de Diciembre de 1983 se perpetró una violación planificada y sistemática de los derechos humanos que costó la vida de miles de personas.

Distintos organismos de derechos humanos estiman que la cifra de "desaparecidos" asciende a los 30.000 casos.

Las denuncias efectuadas ante la Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas (CONADEP)³ recogieron 13.444 casos de desapariciones. De las mismas, el 70,7% de las víctimas tenía entre 21 y 35 años y el 83% tenía menos de 35 años (CONADEP, 1999:294). Es en este contexto en el cual el General Pita hablaba del "juventicidio" cometido por las máximas autoridades del Estado. A estos datos aberrantes se suman los correspondientes a las personas secuestradas y torturadas, entre las cuales también se encontraban niños (Moreno Ocampo, 1996:250,251).

Con la vuelta de la democracia el Estado inició una serie de medidas destinadas a satisfacer o limitar la demanda social de restablecimiento de la ley. De este modo, el Poder Ejecutivo impulsó los juicios contra los máximos responsables del "Proceso", en el marco de los cuales se juzgó a las primeras tres Juntas Militares y se organizó la CONADEP. No obstante las iniciativas emprendidas por el gobierno del presidente Raúl Alfonsín, desde fines de 1986, este proceso de esclarecimiento y de aplicación de la justicia se revirtió. Se produjo una reducción del alcance de las investigaciones y se dictaron las leyes de "punto final" -que fijó un plazo de sesenta días para que los jueces definieran a las personas que debían ser juzgadas- y luego la ley de "obediencia debida" dictada en el año 1987, la cual liberó a los oficiales con rango inferior a coronel de persecución penal. Esta tendencia se vio profundizada con el indulto otorgado a los generales que esperaban ser juzgados y a los condenados, por el presidente Carlos Saúl Menem, al poco tiempo de asumir su primer mandato. En 1994, el General Martín Balza, en ese momento Jefe del Estado Mayor del Ejército, reconoce ante la opinión pública la existencia de los crímenes cometidos como violaciones de los derechos humanos.

A pesar de la identificación de centenas de centros clandestinos de detención en todo el país, se menciona la existencia aproximada de 340 (CONADEP, 1999:54), las confesiones públicas de algunos responsables inmediatos de operativos de secuestro, tortura y asesinato y la autocrítica realizada por las Fuerzas Armadas en la década del noventa, los líderes del "Proceso" continúan negando hasta la actualidad los hechos suscitados bajo su mando y orden, asumiendo que se cometieron "excesos" los cuales correspondían a casos particulares, ajenos a su conocimiento.

- **El proceso y la salud pública en la Argentina.**

Es interesante rescatar las palabras vertidas por el Dr. Manuel Iran Campo, Secretario de Estado de Salud Pública durante el período comprendido entre los años 1976-1981, en relación con las políticas públicas. Según afirma, éstas son “... *un insumo fundamental para planificar las actividades (...) hacia el interior del aparato técnico-administrativo del Estado*”, continúa luego en el mismo escrito refiriéndose a las características que deben presentar las políticas públicas “*Deben referirse y estar dirigidas al país real, evitando el uso de modelos teóricos, conceptualmente impecables en algunas oportunidades, pero despegados de las costumbres, valores, tradiciones que constituyen la esencia cultural de una sociedad. Si la salud es un derecho del hombre, de todos los hombres, la única vía de efectivizarlo es mirando hacia adentro, hacia el país real, hacia todo el país. Por lo antedicho, creemos que nuestras palabras pueden tener valor en la medida que logremos expresar las características y condiciones de la experiencia que nos tocó vivir.*” (énfasis en el original) (Iran Campo, 1981:73,74). Siguiendo este hilo argumental Iran Campo hace mención al “*conflicto social abierto que adquirió*

características de inusitada gravedad, signado por una violencia desconocida en nuestro medio” y justifica esta alusión bajo el siguiente argumento “... el sector salud forma parte del sistema social global y en su interior se vieron reflejados, con inusitada gravedad, los fenómenos contextuales señalados.” (Iran Campo, 1981:74).

El Secretario de Estado de Salud Pública de la dictadura el Dr. Iran Campo al puntualizar en la necesidad de observar el *país real* y transitar por este aparente destino al hacer referencia al *conflicto social* borra de modo paradójico la figura del desaparecido. Doblemente anulado, por su "desaparición" física y por la afirmación de su inexistencia en un discurso que postula como premisa la franca objetividad.

En función de la singular coyuntura vivida en nuestro país durante los años de la dictadura, y su consiguiente violación sistemática de los derechos humanos, se puede inferir sin miedo a equivocarse que existía una deliberada intención en el ámbito oficial de ocultar los hechos que se estaban suscitando. Es evidente que las estadísticas de salud oficiales producidas durante el “Proceso” no reflejarían entonces lo que estaba sucediendo en el país.

Ahora bien, no puede decirse lo mismo respecto a las razones por las cuales los acontecimientos relativos al terrorismo de Estado en la Argentina quedaron relegados como objeto de estudio por la comunidad científico-sanitaria de la Argentina. Es decir, la comunidad científico-sanitaria en tanto tal, no abordó el problema del terrorismo de Estado como propio de la salud pública.

- **La incorporación de la violencia como problema de la salud pública.**

Tradicionalmente en el ámbito internacional los profesionales del campo de la salud pública y la medicina asistencial, no adoptaron la problemática de la violencia como pertinente dentro de su marco de acción, sin embargo a partir de la década del setenta y con mayor fuerza en la década siguiente empiezan a surgir planteos que identifican dicha problemática como propia (Koop, 1991; Rosenberg & Mercy, 1991). Tal es el caso de Armijo, (1974); Basaglia, (1978); Centerwall, (1989); Check, (1985), Franco, (1989) y Genoves, (1980) entre otros. También se encuentran algunos casos aislados en las décadas del cincuenta y sesenta, como el trabajo de Abad Gómez en 1962 (Abad Gómez, 1987).

Asimismo las organizaciones internacionales de la salud adoptaron a la violencia como un problema concerniente al ámbito de la salud pública a principios de los noventa (OPS, 1990; OMS, 1993; OPS, 1993; OPS, 1994).

Los abordajes de la violencia por parte de la salud pública y la medicina la mayoría de las veces se realizó desde un enfoque que podríamos designar como "patologizante". Esta característica, se manifiesta de modo contundente en las asimilaciones de enfermedades clásicas como la malaria o el cólera con el problema de la violencia (OMS, 1993; OPS, 1996). En este entorno la muerte es considerada como un hecho estrictamente orgánico, y por lo tanto a partir de esta premisa la violencia es reducida, para su asimilación al campo médico-sanitario, a variables biológicas. Esta postura resulta evidentemente insuficiente para la consideración de cualquier tipo de muerte analizada desde el marco de la salud pública, pero más aún cuando se trata de muertes violentas.

En relación con esto último es esclarecedora la siguiente frase de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): "Una clasificación estadística de enfermedades

debe abarcar toda la gama de estados morbosos". La frase pertenece a la introducción de la CIE-10 (OPS, 1995a:1)⁴, en ella se cristaliza implícitamente una casuística que señalaría a los estados morbosos como consecuencias de enfermedades, incluidos a los de causa violenta. De este modo la muerte es comprendida a través de una mirada "biologizante" dejando de lado su dimensión social, tan manifiesta en los casos en donde por ejemplo es el mismo Estado el perpetrador de un plan de violencia sistemática.

Respecto a la codificación de muertes violentas la CIE-10 prescribe lo siguiente: "Para los traumatismos y otras afecciones debidas a causas externas, se deben codificar tanto la naturaleza de la lesión como las circunstancias de la causa externa" (OPS, 1995b:103). Pese a lo anterior es necesario mencionar que el capítulo de la CIE-10 "Causas externas de morbilidad y de mortalidad (V01-Y98)" no ofrece un código específico que pueda ser utilizado para consignar defunciones ocurridas como consecuencia del terrorismo de Estado⁵.

A pesar de la existencia de Terrorismo de Estado en otros países antes, durante y después de lo ocurrido en Argentina, el lugar que ocupa la temática en la comunidad científica del sector salud en Latinoamérica y en el mundo, evaluado a través del análisis del espacio que se le dio en la literatura científica, es muy bajo. La tabla I fue construido en base a la búsqueda bibliográfica por Internet en las bases de datos de LILACS y MEDLINE⁶ en el mes de Febrero del 2003. En él se puede ver que la relación de palabras claves desaparecido y/o violencia estatal es mínimo en el universo de publicaciones.

TABLA N° 1										
BÚSQUEDA EN LILACS Y MEDLINE DE PALABRAS CLAVES RELACIONADAS CON LA DESAPARICIÓN FORZADA DE PERSONAS BAJO EL TERRORISMO DE ESTADO,										
PALABRAS CLAVES	VIOLENANCIA	VIOLENCIA	VIOLENCIA ESTATAL	STATE VIOLENCIA	DESAPARECIDOS	TERRORISMO	STATE TERRORISMO	GENOCIDIO	GENOCIDAS	GENOCIDAS
Nro. de publicaciones halladas en LILACS desde 1982	872	1892	1	50	1	9	0	8	2	0
Nro. de publicaciones halladas en MEDLINE desde 1966	13	35067	0	2209	1	2521	140	0	13555	23

Observación: Las palabras claves "terrorismo de Estado" y "genocidas" no tuvieron registros en ninguna de las dos bases.

Fuente: LILACS y MEDLINE a febrero de 2003

Caeríamos en una total ingenuidad si hiciéramos un llamado de atención respecto a la no incorporación de la problemática de la violencia estatal por parte de los organismos oficiales y no oficiales durante el gobierno presidido por las Juntas Militares. Es una obviedad que durante el "Proceso" operaba sobre los canales tecnoburocráticos oficiales y sobre la población en general, una fuerte interdicción que impedía dar cuenta de las "desapariciones". No obstante, que la problemática no sea retomada por la comunidad científico-sanitaria a partir del advenimiento de la democracia debería llevarnos a preguntarnos ¿el por qué?, dado que son sectores que en general se definen como científicos y no ideológicos, y que la cuantificación y los estudios de mortalidad son de larga data en su constitución como campo científico y que mas allá de la militancia política de los desaparecidos, estamos hablando de muertes⁷.

- **Aspectos técnicos del registro de defunciones en la Argentina.**

Las consecuencias del terrorismo de Estado sufridas por la sociedad Argentina deberían haberse visto expresadas en los indicadores tradicionales de mortalidad que utiliza el saber sanitario como estadística de Estado. Sin embargo, esto no fue lo que ocurrió. La interpretación es que al no estar presentes los cuerpos de los "desaparecidos" los fallecimientos no podían ser establecidos "legalmente" sin antes iniciar el proceso legal correspondiente. Si bien existía en ese entonces la legislación necesaria para establecer y certificar el presunto fallecimiento de una persona ausente, los mecanismos procesales establecidos implicaban la "disolución estadística" del caso⁸. De esta manera el impacto de la violencia estatal en la mortalidad de esos años permaneció ignorado.

Respecto a esto último es necesario dejar asentadas las siguientes aclaraciones:

1. La existencia de legislación necesaria para establecer el fallecimiento presunto de un ausente, no implica su aplicación a cada caso de ausencia, dado que al no recaer la "responsabilidad" de iniciar dicho procedimiento en el Estado, su ejecución queda librada al criterio o la necesidad de particulares⁹.
2. En el caso de haberse iniciado el proceso legal con el objeto de que se establezca el presunto fallecimiento del desaparecido y se logre un fallo declarándola, en virtud del art. 70 del decreto-ley 8204/63 referente al registro del estado civil y capacidad de las personas, entonces las sentencias (es decir, aquellas en que se declare la ausencia con presunción de fallecimiento) se inscribirán en los libros de defunciones. Sólo en virtud de la concreción de este procedimiento es posible para el Ministerio de Salud incluir estas defunciones en las estadísticas de mortalidad.

Retomando, una tarea que debió llevarse a cabo, para contribuir desde el campo sanitario a dimensionar los acontecimientos ocurridos, decidimos comparar los registros de la CONADEP con los datos de mortalidad del Ministerio de Salud de la Nación (los que incluyen todos los tipos de muertes, inclusive las ocurridas por causas externas), tomando como variables la edad, el lugar y el año de la desaparición o de la muerte.

Para comprender los resultados de este estudio es necesario señalar ciertos hechos que actúan como sesgos o sesgos potenciales, alterando la interpretación de las cifras:

- los "desaparecidos" figuran en los datos de la CONADEP por lugar de ocurrencia del hecho y no de residencia¹⁰, como se registran las estadísticas de mortalidad del Ministerio. Por lo cual la comparación con los indicadores de mortalidad no se realiza en un contexto "ideal".
- las denuncias de desapariciones ante la CONADEP representan tan sólo un tercio de las desapariciones, tal como lo señalan los Organismos de Derechos Humanos.
- la existencia de desapariciones "legalizadas", es decir aquellas en las que el cuerpo fue entregado posteriormente a los familiares y que por lo tanto fueron registradas por las estadísticas vitales no figuran entre las denuncias realizadas ante la CONADEP.
- hay casos en que los "desaparecidos" fueron enterrados como NN y por lo tanto están presentes en ambas bases de datos (son un número muy bajo).

- sólo el 49,2% de las denuncias realizadas ante la CONADEP cuenta con la información necesaria para realizar las comparaciones, en la que intervienen las variables seleccionadas, de allí que la lectura de las conclusiones debe tomar en cuenta que éstas se refieren a la situación de este grupo.

No obstante las dificultades expuestas y bajo el riesgo de ser impreciso respecto a las cifras manejadas, el impacto de la dictadura en el ámbito de la salud pública durante el "Proceso" no puede permanecer en la oscuridad. Por ello, a pesar de las restricciones creemos necesaria la realización de este trabajo.

Antes de proceder con la tarea queremos dejar inscriptas dos observaciones:

1. al asimilar desaparición a muerte no pretendemos desconocer la firme y ejemplar conducta que han llevado a cabo los organismos de Derechos Humanos exigiendo, para reconocer las desapariciones como muertes, la entrega de los cuerpos y/o el esclarecimiento público de las circunstancias y responsables de tales muertes. Coincidimos y respetamos plenamente este planteo, que no se fundamenta en la ingenuidad de esperar que los "desaparecidos" se encuentren aún con vida, sino en una postura de profunda entereza que exige la verdad;
2. tampoco pretendemos reducir la situación de los "desaparecidos" al simple papel de víctimas, olvidando la dimensión histórica de sus proyectos. Hechas estas aclaraciones, nos permitiremos la licencia de aceptarlos como muertos para demostrar el impacto de la figura del desaparecido en las estadísticas de mortalidad del país.

- **Los Desaparecidos y las estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación**

Del análisis de las variables sexo, edad, lugar y año de la desaparición, registradas en la base de datos de CONADEP (Tabla N° 2) surge como dato relevante una concentración entre 20 a 29 años de 3.857 "desapariciones", las que representan más de la mitad de los casos donde se pudo registrar esa variable (en 6.832 denuncias, es decir el 50.8% de los casos no se cuenta con datos sobre edad). Si al grupo etáreo anterior le sumamos el grupo comprendido entre los 30 y 39 años, el porcentaje se eleva al 39.9%. Al interrogarnos por la edad más frecuente, encontramos que fue la de 22 años con 470 casos (3.4%). En relación a los distritos donde se registraron los secuestros, es predominante la concentración de casos en las jurisdicciones de mayor concentración demográfica: Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Santa Fé y Tucumán. En las jurisdicciones mencionadas, se reúnen el 69.8% de las denuncias, distribuyéndose el 4.1% restante de los casos, en los cuales se cuenta con la variable lugar de ocurrencia, en las otras áreas del país. Existe un 26.1% de casos en los cuales se ignora el lugar de ocurrencia. En relación al año de desaparición, es en 1976, año del golpe militar, el momento en el que se inscribe el 43.7% de las denuncias, luego sigue en orden de importancia el año 1977 con un 30.6%.

TABLA N° 2		
DISTRIBUCIÓN DE LOS DESAPARECIDOS SEGÚN LAS VARIABLES SEXO, AÑO, JURISDICCIÓN Y EDAD		
SEGÚN SEXO		
SEXO	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAJE
Femenino	3.330	24.8%
Masculino	8.086	60.1%
Se Ignora	2.028	15.1%
Total	13.444	100.0%
SEGÚN AÑO		
AÑO	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAJE
1976	5.463	43.7%
1977	3.826	30.6%
1978	1.202	9.6%
1979	201	1.6%
Otros	1.143	1.6%
Se Ignora	1.609	12.9%
Total	13.444	100.0%
SEGÚN JURISDICCIÓN		
JURISDICCIÓN	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAJE
Buenos Aires	4.838	35.9%
Ciudad de Buenos Aires	1.986	14.8%
Córdoba	913	6.8%
Tucumán	839	6.3%
Santa Fe	606	4.5%
Mendoza	204	1.5%
Otros	556	4.1%
Se ignora	3.502	26.1%
Total	13.444	100.0%
SEGÚN EDAD		
EDAD (años)	VALOR ABSOLUTO	PORCENTAJE
15-19	434	3.2%
20-24	2.004	14.9%
25-29	1.853	13.8%
30-34	987	7.3%
35-39	524	3.9%
40-44	252	1.9%
45-49	183	1.4%
Otros	376	2.8%
Se Ignora	6.831	50.8%
Total	13.444	100.0%

Fuente: CONADEP 1985.

Los datos de la CONADEP fueron comparados para igual período, en algunas jurisdicciones del país, con las estadísticas oficiales de mortalidad del Ministerio de Salud de la Nación (estadísticas vitales). De esta manera se hizo evidente que durante el año 1976 en la Ciudad de Buenos Aires el número de desaparecidos entre 20 y 24 años (233) es mayor que la sumatoria de todas las causas de muertes (217) ocurridas en ese año para el mismo grupo etéreo (Tabla N° 3). Para los grupos de edad de 15 a 19 y de 25 a 29 años, se verifica una relación cercana a la de un desaparecido por cada dos muertes. Estas razones resultan mucho más elocuentes si tomamos en cuenta que estamos trabajando con menos

de la mitad del total de las denuncias realizadas ante la CONADEP ya que en sólo en el 49.2% se pudo precisar la edad de la persona desaparecida.

TABLA N° 3			
RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS POR EL TERRORISMO DE ESTADO Y MUERTOS POR TODAS LAS CAUSAS EN GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS, CIUDAD DE BUENOS AIRES AÑO 1976			
GRUPO ETARIO	NÚMERO DE DESAPARECIDOS	MUERTES TOTALES ¹¹	RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS Y MUERTES TOTALES
15-19	55	129	0.4
20-24	233	217	1.1
25-29	138	286	0.5
30-34	84	309	0.3
35-39	59	445	0.1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CONADEP y Estadísticas Oficiales del Ministerio de Salud de la Nación.

En la Provincia de Buenos Aires, (Tabla N° 4) observamos que la razón entre “desaparecidos” y muertes generales es de 0.1 entre 15 y 19 años; de 0.3 entre 20 y 24 años; de 0.2 entre 25 y 29 años y de 0.1 entre los 30 y 34 años. Es decir que para una persona entre 25 y 29 años que viviera en la Provincia de Buenos Aires la probabilidad de ser un desaparecido en el año 1976 era del doble, frente a la probabilidad de morir por cualquier causa, incluidas las otras muertes violentas.

TABLA N° 4			
RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS POR EL TERRORISMO DE ESTADO Y MUERTOS POR TODAS LAS CAUSAS EN GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS, PROVINCIA DE BUENOS AIRES AÑO 1976			
GRUPO ETARIO	DESAPARECIDOS	MUERTES TOTALES	RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS Y MUERTES TOTALES
15-19	78	830	0.1
20-24	370	1.217	0.3
25-29	294	1.295	0.2
30-34	163	1.402	0.1
35-39	73	1.779	0.0

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CONADEP y Estadísticas Oficiales del Ministerio de Salud de la Nación.

Incluyendo en el análisis otras provincias y analizando las edades comprendidas entre 15 y 39 años encontramos que (Tabla N° 5) en la Provincia de Buenos Aires la razón desaparecidos/muertos totales es de 0.1; en la ciudad de Buenos Aires de 0.4; en Córdoba de 0.2; en Tucumán de 0.3; en Santa Fe de 0.1; y en Mendoza de 0.1. Pero si tomamos sólo las edades entre 15 y 39 años y comparamos los principales distritos de Argentina, encontramos por ejemplo que en Tucumán la razón desaparecidos/muertos alcanza el valor de 0.3, situación similar encontramos para el grupo de 20-24 años en Córdoba donde la razón es de 0.4 (Tabla N° 6).

Tomando los datos de la CONADEP como una muestra, que asciende a casi la mitad del universo, y asumiendo que la misma es representativa del comportamiento de la otra mitad, donde no tenemos la variable edad, podríamos sostener que para el grupo de 20-24 años en las jurisdicciones analizadas la razón desaparecidos/muertos durante el año 1976 sería de 0.4. Un valor muy cercano a que la probabilidad de ser un desaparecido sea igual a la suma del conjunto de probabilidades de morir por cualquier causa natural o violenta.

TABLA N° 5			
RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS POR EL TERRORISMO DE ESTADO Y MUERTOS POR TODAS LAS CAUSAS ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN PROV. DE BUENOS AIRES, CIUDAD DE BUENOS AIRES, MENDOZA, SANTA FÉ, TUCUMÁN Y CÓRDOBA AÑO 1976			
JURIDICCIÓN	DESAPARECIDOS	MUERTES TOTALES	RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS Y MUERTES TOTALES
Buenos Aires	978	6.523	0.1
Ciudad de Buenos Aires	569	1.386	0.4
Córdoba	275	1.501	0.2
Mendoza	58	690	0.1
Santa Fé	89	1.505	0.1
Tucumán	211	733	0.3

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CONADEP y Estadísticas Oficiales del Ministerio de Salud de la Nación.

TABLA N° 6										
NUMERO DE DESAPARECIDOS (D) POR EL TERRORISMO DE ESTADO Y MUERTOS (M) POR TODAS LAS CAUSAS EN GRUPOS DE EDAD SELECCIONADOS, CIUDAD DE BUENOS AIRES, BUENOS AIRES, MENDOZA, SANTA FE, TUCUMÁN, CÓRDOBA AÑO 1976										
	GRUPOS ETÉREOS									
	15-19 años		20-24 años		25-29 años		30-34 años		35-39 años	
JURIDICCIÓN	D	M	D	M	D	M	D	M	D	M
Buenos Aires.	78	830	370	1.217	294	1.295	163	1.402	73	1.779
Ciudad de Buenos Aires	55	129	233	217	138	286	84	309	59	445
Mendoza	0	110	26	122	21	122	7	163	4	173
Santa Fe	6	207	30	275	34	274	11	322	8	427
Tucumán	18	93	72	154	74	149	23	146	24	191
Córdoba	19	231	103	278	90	337	41	279	22	376
TOTALES	176	1600	834	2263	651	2463	329	2621	190	3391

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CONADEP y Estadísticas Oficiales del Ministerio de Salud de la Nación.

El número de desaparecidos para el año 1977 es ligeramente menor que en el año anterior. El análisis de la razón entre desaparecidos y muertes totales sigue revelando una situación, desde el punto de vista del análisis de la mortalidad, altamente significativa por tratarse de una sola “causa” en relación a todas las causas (Tabla N° 7).

Este ejercicio de números no busca otra cosa más que a veintisiete años del inicio de la dictadura rescatar el destino de miles de argentinos y argentinas. Horror ante el cual los sectores hegemónicos del campo médico-sanitario también guardaron silencio. El único abordaje científico que hubo del impacto del genocidio se motivó por la lucha de las Madres y las Abuelas de Plaza de Mayo, quienes en la ruptura de la cotidianeidad que les significó la pérdida de un hijo o una hija se convirtieron de golpe en sujetos de una historia a la que apostaron siendo fieles a la misma. Y en la búsqueda de la verdad desafiaron a la propia ciencia obligando a generar nuevos desarrollos dentro de campos de alta científicidad como la inmunogenética, la antropología forense, la psicología infantil y el derecho penal y de familia. Todo ello socializó derechos y conocimientos hasta entonces ignorados por la mayoría de los argentinos. Desde entonces, la adopción de menores tomó otra dimensión; los análisis inmunogenéticos se generalizaron para discutir paternidades; la experiencia del Equipo Argentino de Antropología Forense comenzó a ser emulada por otros países en el marco de la problemática del terrorismo de Estado y por último numerosos movimientos sociales tomaron los días jueves para manifestar su oposición a diferentes hechos violentos sin tener una relación directa con el tema de los desaparecidos.

TABLA N° 7			
RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS POR EL TERRORISMO DE ESTADO Y MUERTOS POR TODAS LAS CAUSAS ENTRE 15 Y 39 AÑOS EN BUENOS AIRES, CIUDAD DE BUENOS AIRES, MENDOZA, SANTA FÉ, TUCUMÁN Y CÓRDOBA AÑO 1977			
JURIDICCIÓN	DESAPARECIDOS	MUERTES TOTALES	RAZÓN ENTRE DESAPARECIDOS Y MUERTES TOTALES
Buenos Aires	1.002	6.065	0.2
Ciudad de Buenos Aires	599	1.721	0.3
Córdoba	64	1.312	0.0
Mendoza	31	683	0.0
Santa Fé	99	1.432	0.1
Tucumán	80	717	0.1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CONADEP y Estadísticas Oficiales del Ministerio de Salud de la Nación.

- **Conclusiones**

En la Ciudad de Buenos Aires en el año 1976, el número de desaparecidos entre 20 y 24 años (233) es mayor que la sumatoria de todas las causas de muertes (217) ocurridas en ese año para el mismo grupo etáreo. Todos estos datos deben ser interpretados recordando que se trabajó con un universo de 13.444 desaparecidos y no de los 30.000 que denuncian los organismos de derechos humanos y que de los 13.444 desaparecidos solo en un 49.2% de los casos, se tuvo la información necesaria para poder realizar la comparación, es decir que el impacto epidemiológico que aquí se demuestra a nivel de mortalidad esta subestimado en al menos un 50.8% asumiendo que el comportamiento de los casos restantes sea igual.

Es muy raro que una causa de muerte aislada provoque en determinados grupos de edades entre el 10 y el 30% de las muertes de manera intempestiva. De ocurrir eso, recibiría toda la atención del aparato medico-sanitario que lo rotularía rápidamente como epidemia.

A pesar de “esperable”, el criterio con el cual la comunidad médico-sanitaria selecciona sus objetos de estudio y la magnitud de los esfuerzos que les dedica no guarda una correlación directamente proporcional a la gravedad que dichos problemas representan en la comunidad. Si bien se podría esperar encontrar una correlación entre la intensidad de la atención dirigida hacia los problemas cuyo impacto en la salud de la población es mayor, no obstante es muy frecuente encontrar publicaciones e investigaciones dedicadas a enfermedades y/o síndromes de los que la literatura mundial registra muy pocos casos. En contraste con lo anterior, existen eventos que a pesar de afectar críticamente la salud de miles de personas permanecen ignorados. Tal es el caso del acontecimiento analizado en este artículo, es decir el impacto del terrorismo de Estado en la Argentina sobre la estructura de mortalidad de la población, durante el período de 1976 a 1981.

¿Por qué por la comunidad científica médico-sanitaria adopta esta pauta de trabajo? Porque se comporta bajo el presupuesto de que su campo de acción está sitiado por enfermedades que involucran agentes etiológicos y mecanismos fisiopatológicos, por ello su concepción de salud-enfermedad por lo general ignora los problemas cuyo origen se encuentra fuera del organismo, tales como la violencia o bien los incorpora pero a través del esquema utilizado para el análisis de las enfermedades “naturales”.

No creemos que sea correcto afirmar que la práctica de la comunidad científica médico-sanitaria esté basada en un sustento irracional, no obstante postulamos que esta racionalidad genera irracionalidades en la acción. Dado que las normas, aunque creadas racionalmente son plausibles de perder este atributo en un contexto distinto al de origen y dado que la mayor parte del tiempo, luego de haber incorporado conocimientos que suponemos verdaderos éstos son sostenidos mecánica y acríticamente, la puesta en práctica de normas que se suponen racionales termina por implicar en la práctica riesgos de generar irracionalidades.

Frente a esta aparente contradicción, surge la pregunta de cómo es posible la adherencia en pos de la racionalidad a normas que se contraponen a la racionalidad. Respondiendo a esta incógnita Weber postuló que el principio que da legitimidad al procedimiento a pesar de sus fallas es el que surge de la "... legitimidad basada en la "legalidad", en la *creencia* en la validez en preceptos legales y en la "competencia" objetiva fundada sobre normas racionalmente creadas, es decir en la orientación hacia la obediencia a las obligaciones legalmente establecidas" (Weber, 1994:85). En este sentido se ilumina el componente irracional que implica la adhesión irreflexiva (fe) en procedimientos supuestamente racionales.

Preguntarse por la vigencia de la racionalidad de las "leyes" supone la puesta en cuestión de la legitimidad de las reglas de juego, implica operar un quiebre con la propia tradición e introducir un cambio en la percepción de la realidad y nuestro modo de aprehenderla. Supone un cuestionamiento de lo autoevidente, un acontecimiento. La tarea de un grupo de mujeres (madres y abuelas) se inscribe en el sentido precedente. Como señala Alain Badiou, el acontecimiento no se produce, acontece y entonces produce un sujeto que se incorpora a su constitución y lo incorpora a lo simbólico sacándolo de lo real. ¿Por qué es posible un acontecimiento? Porque toda situación tiene puntos de inconsistencias ya que las estructuras están atravesadas por paradojas que demuestran sus carencias estructurales. Ese punto, no se puede conocer en su esencia última y final ya que constituye lo real, pero es lo que emerge en los momentos en que un significante de más va a suplantarse la situación y produce un acontecimiento que no puede ser asimilado por el estado de la situación, dando lugar a cambios profundos de la estructura de esa situación y al desarrollo de una cultura que se ubica como un antes y un después. Todo el proceso que se desencadena a partir de un acontecimiento puede finalizar en una verdad. Una verdad es un trazado material en la situación del suplemento circunstancial al acontecimiento, la que empieza por un axioma de verdad, por una decisión, la de decir que un acontecimiento tuvo lugar. Es por lo tanto una ruptura, porque lo que torna posible el proceso de una verdad -el acontecimiento- no era usual en la situación y no se dejaba pensar por los saberes establecidos (Badiou 1994 a; 1994 b). Desde este marco conceptual creemos encontrar parte de la explicación respecto al hecho de que la violencia como acontecimiento relevante en el marco de la salud pública no haya podido ser percibido como tal.

Notas:

¹ La expresión "causas externas" es utilizada en el ámbito médico-sanitario para hacer referencia a las muertes "no naturales" o causadas por violencias. La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) titula su vigésimo capítulo "Causas externas de morbilidad y de mortalidad". En él se encuentran clasificadas bajo una codificación de cuatro dígitos 398 tipos de muertes violentas.

² Si bien los secuestros y asesinatos comienzan en el año '74 y '75 con la llamada Triple A (Alianza Anticomunista Argentina), a partir de la dictadura del '76 los mismos se incrementan de manera muy significativa.

³ La CONADEP fue creada el 15 de Diciembre 1983, mediante el Decreto 187/83 con el "objetivo de intervenir activamente en el esclarecimiento de los hechos relacionados con la desaparición de personas ocurridas en el país, averiguando su destino o paradero como así también toda otra circunstancia relacionada con su localización". (CONADEP, 1999:443).

⁴ "La clasificación fue aprobada por la Conferencia Internacional para la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1989 y aprobada por la 43^a Asamblea Mundial de la Salud" (OPS, 1995a:3). La clasificación vigente en el período en estudio era la CIE-9 la cual obviamente presenta las mismas afirmaciones y/u omisiones.

⁵ En cambio, si existe una codificación para casos de "intervención legal y operaciones de guerra" (Y35-Y36), que incluye ejecuciones legales y "Operaciones de guerra que ocurren después del cese de hostilidades" (OPS, 1995b:995-1062).

⁶ LILACS - Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud, es una base de datos cooperativa del Sistema BIREME, comprende la literatura relativa a las Ciencias de la Salud, publicada en los países de la Región, desde 1982. Contiene artículos de cerca de 670 revistas más conceptuadas del área de la salud, con más de 150.000 registros y otros documentos como tesis, capítulos de libros, anales de congresos o conferencias, informes científico-técnicos y publicaciones gubernamentales. MEDLINE - es una base de datos de literatura internacional, producida por la US National Library of Medicine - NLM, que contiene referencias bibliográficas y resúmenes de más de 4000 revistas biomédicas publicadas en los Estados Unidos y en 70 otros países. Son aproximadamente 11 millones de registros de la literatura biomédica desde 1966, contiene las áreas de medicina, enfermería, odontología y medicina veterinaria. La actualización de la base de datos es mensual. Las búsquedas de las palabras claves se realizaron en todos los campos.

⁷ A partir de las primeras décadas del siglo XIX, la cuantificación tiene un avance importante en la medicina, multiplicándose las publicaciones y aplicaciones aritméticas a temas como la mortalidad, relacionando para ello distintas variables como sexo, ocupación, raza y otros. Entre esos estudios pioneros, se destacan los de mortalidad realizados por William Farr sobre salud ocupacional. Esa sistematización paulatina por parte de los Estados, de las estadísticas vitales, permiten en 1820 a Villermé, demostrar las diferencias de mortalidad según clase social en diferentes ciudades francesas (Shryock R. 1961:95-97; Rosen G. 1994:95-98; Lilienfeld A. 1976:23).

⁸ La ley Nro. 14.394 vigente desde el año 1955 establece en su art. 22 que la ausencia de una persona del lugar de su domicilio o residencia en la República, haya o no dejado apoderado, sin que de ella se tenga noticia por el término de tres años, causa la presunción de su fallecimiento. El gobierno militar en el año 1979 promulgó dos leyes relacionadas a las personas desaparecidas. La Ley de Fallecimiento Presunto por Desaparición, que en su artículo 1º establece que "podrá declararse el fallecimiento presunto de la persona cuya desaparición del lugar de su domicilio o residencia, sin que de ella se tenga noticias, hubiese sido fehacientemente denunciada entre el 6 de noviembre de 1974, fecha de declaración del 'Estado de Sitio' por Decreto N° 1368/74 y la fecha de promulgación de la presente ley, es decir, el 12 de septiembre de 1979". La segunda ley trataba sobre los Beneficios Previsionales en caso de ausencia de la persona (OEA 1980:136-140). Por último la ley de Desaparición forzada de personas, Nro. 24.321 vigente desde 1994, establece en su art. 1º que podrá declararse la ausencia por desaparición forzada de toda aquella persona que hasta el 10 de diciembre de 1983, hubiera desaparecido involuntariamente del lugar de su domicilio o residencia, sin que se tenga noticia de su paradero. En el art. 7º dictamina que a los efectos civiles de la declaración de ausencia por desaparición forzada serán análogos a los prescriptos por la ley

14.394 para la ausencia con presunción de fallecimiento. El art. 10 determina que en los casos ya declarados de ausencia con presunción de fallecimiento con sentencia ya inscripta en el Registro Nacional de las Personas o firme y pendiente de inscripción podrán ser a pedido de parte reconvertidos en ausencia por desaparición forzada probándose solamente los extremos del artículo 2º de esta ley ante el mismo juez que declaró la ausencia con presunción de fallecimiento. Verificada la desaparición forzada, el juez ordenará sin más trámite el oficio modificatorio de la sentencia, declarando sustituida la declaración de ausencia con presunción de fallecimiento por la ausencia por desaparición forzada.

⁹ En el art. 17 de la ley Nro. 14.394 se establece que podrán pedir la declaración de ausencia toda persona que tuviere interés legítimo respecto de los bienes del ausente. Según el art. 3º de la ley Nro. 24.321 de desaparición forzada de personas, podrán solicitar la declaración de ausencia por desaparición forzada, todos aquellos que tuvieren algún interés legítimo subordinado a la persona del ausente. En el caso del cónyuge, ascendientes, descendientes y parientes hasta el 4º grado, dicho interés se presume. Por lo tanto de no haberse iniciado dicho proceso, la persona ausente figura legalmente como viva.

¹⁰ El lugar de residencia del “desaparecido” es imposible de obtener dada la inexistencia del dato.

¹¹ Vale aclarar que en las cifras que arroja la categoría de muertes generales están incluidas las defunciones por causas externas que incluyen homicidios, suicidios y accidentes.

Bibliografía

- Abad Gómez, Héctor, 1987. Teoría y Práctica de Salud Pública, Medellín, Colombia, Universidad de Antioquía.
- Armijo Rojas, Rolando, 1974. Epidemiología Básica, Buenos Aires, Argentina, Inter-Médica, Tomos I y II.
- Asociación Madres de Plaza de Mayo, 1988. "Historia de las Madres de Plaza de Mayo". Conferencia pronunciada el 6 de julio de 1988 por Hebe de Bonafini, presidenta de la Asociación Madres de Plaza de Mayo, <http://www.madres.org>.
- Badiou Alain, 1994^a. Para una Nova Teoria do Sujeito. Conferencias Brasileiras, Río de Janeiro, Brasil, Relume Dumara, pp. 116.
- Badiou Alain, 1994^b. "La Ética, ensayo sobre la conciencia del mal", Acontecimiento, N° 8, pp. 11-93.
- Basaglia, Franco, 1978. "La institucionalización psiquiátrica de la violencia" Razón, locura y sociedad, México D.F., Siglo XXI editores.
- Centerwall, Brandon, 1989. "Exposure to television as a risk factor for violence". American Journal of Epidemiology, vol. 129 (4) pp, 643-652.
- Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas (CONADEP), 1999. Nunca más Informe de la Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas, Eudeba, Buenos Aires, Argentina, quinta edición.
- Comisión Nacional sobre Desaparición de Personas (CONADEP), 1985. Nunca Más, Eudeba, Buenos Aires, Argentina, tomos I y II, octava edición.
- Check, Willeam A. 1985. "Public Health problem of violence receives epidemiologic attention" JAMA, 254, pp. 881-892.
- Dirección Nacional de Política Criminal del Ministerio de Justicia de la Nación (DNPC), 1999. "Homicidios dolosos en la Ciudad de Buenos Aires".
- Franco, Saúl, 1989. "Violencia y/o Salud" presentado ante el grupo de trabajo de Violencia y Salud en América Latina, Río de Janeiro, OMS-OPS, 11 al 14 de Diciembre, mimeo.
- Genoves, Santiago "Violencia", 1980. Gaceta Médica de México, vol. 116, Nro. 5, Mayo, pp. 197-212.
- Iran Campo, Manuel, 1981. Medicina y Sociedad, Vol. 4, Nros. 1-2, Enero-Abril, pp. 73-83.
- Koop, Everett C. 1991. "Foreword" Violence in America. A Public Health Approach, editado por Mark L. Rosenberg y Mary Ann Fenley, Nueva York, Oxford University Press.
- Lilienfeld Abraham M. y Lilienfeld David, 1976. Fundamentos de Epidemiología, Wilmington, Delaware, USA, Addison-Wesley Iberoamericana S.A., pp. 341.
- Mazzeo Victoria, 1992. Mortalidad por Violencias en la Capital Federal. Su tendencia histórica y transformaciones recientes. Dirección de Estadística y Censos, Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), 2001. "Cantidad de Defunciones por Grupos de Edad y Sexo, según Grupos de Causas Seleccionadas, República Argentina - Año 1999", <http://www.msal.gov.ar>, Estadísticas vitales.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL), 2002. "Cantidad de Defunciones por Grupos de Edad, según Grupos de Causas Seleccionadas - Ambos sexos. República Argentina - Año 2000 (2000)", <http://www.msal.gov.ar>, Estadísticas vitales.
- Moreno Ocampo, Luis, 1996. Cuando el poder perdió el juicio. Cómo explicar el "Proceso" a nuestros hijos Editorial Planeta, Buenos Aires.

OEA, 1980. Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Argentina, Comisión Interamericana de los Estados Americanos, Washington D. C., U.S.A.

Organización Mundial de la Salud (OMS), 1993. "La violencia: aspectos de salud", Salud Mundial, Año 46, Nro. 1, Enero-Febrero.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1990. "La violencia: un problema de salud pública que se agrava en la región" Boletín Epidemiológico, vol. 11, Nro. 2, pp. 1-6.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993. "Violencia: un problema de salud pública" Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, vol. 115(5).

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1994. "Imperativos para 1994" Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, vol. 116(1).

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1995^a. CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima revisión, Vol. 1.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1995^b. "Reglas y orientaciones para la codificación de la mortalidad y de la morbilidad" CIE-10, Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima revisión, Vol. 2, capítulo 4.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1996. La violencia en las Américas: La pandemia social del Siglo XX, Serie de Publicaciones: Comunicación para la Salud Nro. 10.

Rosen George, 1994. Uma História Da Saude Pública, Sao Paulo, Brasil, UNESP, Hucitec, Abrasco, pp. 423.

Rosenberg, Mark L.; Mercy, James A. 1991. "Introduction" Violence in America. A Public Health Approach, editado por Mark L. Rosenberg y Mary Ann Fenley, Nueva York, Oxford University Press.

Spinelli, Hugo G., 1998. Salud y Violencia: o a (im)Potencia de la Racionalidad Médico-Científica, Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidade Estadual de Campinas para la obtención del título de Doctor en Salud Colectiva.

Shryock Richard, 1961. "The History of Quantification in Medical Science" in Harry Woolf, Quantification: A History of the Meaning of Measurement in the Natural and Social Sciences, New York, USA, Bobbs Merrill, pp.85-107.

Weber, Max, 1994. "La política como vocación" El político y el científico, Alianza Editorial, Madrid, México.

World Health Organization (WHO) 2002 "Annex Table 2 Deaths by cause, sex and mortality stratum in WHO Regions, estimates for 2000", The World Health Report 2001, <http://www.who.int/whr/2001/main/en/pdf/annex2.en.pdf>.