

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Accesibilidad en la atención en salud mental de niños y niñas migrantes.

Poverene, Laura.

Cita:

Poverene, Laura (2017). *Accesibilidad en la atención en salud mental de niños y niñas migrantes. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/359>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/rfw>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE NIÑOS Y NIÑAS MIGRANTES

Poverene, Laura

Universidad de Buenos Aires - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

RESUMEN

A partir de las legislativas vigentes, los niños y niñas migrantes debieran compartir los mismos derechos que otras personas a recibir atención de calidad en salud / salud mental en Argentina. Pese a ello, la efectivización de los mismos aún no se ha consolidado cabalmente y se erigen barreras de diversa índole que dificultan su accesibilidad. Objetivo: caracterizar los obstáculos en la accesibilidad de familias migrantes bolivianas a los servicios públicos de salud mental infantil en zona sur de Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Metodología: estudio descriptivo analítico realizado con un abordaje metodológico cualitativo. Se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud y educación del Área Programática seleccionada. Resultados y conclusiones: existen barreras de accesibilidad de índole administrativa, económica, geográfica y simbólica. A pesar de que la atención a la salud debiera ser una prestación universal, las barreras erigidas colaboran en el acceso desigual a dichos servicios e instan a la apelación de lógicas mercantilizadoras de la salud. Así, se reproducen y profundizan los procesos de exclusión que las propias políticas sociales pretenden apalearse.

Palabras clave

Accesibilidad, Servicios Públicos de Salud Mental, Migración, Niñez

ABSTRACT

ACCESSIBILITY IN THE MENTAL HEALTH CARE OF MIGRANT CHILDREN From the current legislation, migrant children should share the same rights as other persons to receive quality health / mental health care in Argentina. Despite this, the effectiveness of that rights has not yet been fully consolidated and barriers of various kinds are erected and hinder their accessibility. Objective: characterize obstacles in the accessibility of Bolivian migrant families to public mental health services in the southern area of Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Methodology: analytical descriptive study performed with a qualitative methodological approach. Twenty semistructured interviews were conducted with health and education professionals from the selected Program Area. Results and conclusions: there are administrative, economic, geographical and symbolic accessibility barriers. Although health care should be a universal provision, the barriers erected collaborate on unequal access to these services and urge the appeal of mercantilizing health logics. In this way, the processes of exclusion that the social policies themselves attempt to beat up are reproduced and deepened.

Key words

Accessibility, Public Mental Health Services, Migration, Childhood

Introducción

Hasta hace algunos años, en la Argentina primaba el interés por indagar acerca de los aspectos demográficos, culturales y sociales de las migraciones por sobre el estudio de las problemáticas de salud de dichas poblaciones; por ello, fueron escasos los diagnósticos que pudieran precisar las diferencias en términos de salud, acceso y atención entre los migrantes y los nativos (Cerrutti en Jelin y Grimson, 2007). Sin embargo, la sanción de la Ley de Migraciones -N° 25.871- y el enfoque de integración y derechos que la misma promovió, motivó la realización de investigaciones locales que exploraran el nexo entre migración y salud. Entre ellas, se destacan los trabajos de Cerrutti (2009, 2010), Goldberg, (2008, 2009), Jelin y Grimson, (2006), Jelin (2007), Laub et. al. (2006); UNICEF - UNLa (2010, 2013). En esa línea, es posible afirmar que la migración presenta múltiples desafíos que exceden las cuestiones de trabajo, documentación y vivienda: los mismos también atañen al campo de la salud.

El 47% de la población nacida en el extranjero que reside en CABA no cuenta con obras sociales ni medicina prepaga, por lo que acude al subsistema público de salud (INDEC, Censo 2010). La falta de recursos y las falencias estructurales en el mismo implican obstáculos en la *accesibilidad* –entendida como el vínculo establecido entre los servicios de salud y los sujetos, producto de las condiciones y discursos o representaciones de ambos (Stolkiner y Barcala, 2000)– tanto de los migrantes como de otros usuarios. Esto se agrava en la población infantil que, además de atravesar por situaciones de desigualdad social, vive el desamparo propio de la niñez vinculado con su prematuración, indefensión y estado de extrema dependencia.

Sumado a ello, experimentar malestar en un nuevo país, aún ajeno y del que se desconocen sus redes y funcionamiento –así como pueden resultar ajenas las nociones de salud/enfermedad o los modelos dominantes de atención al padecimiento en la sociedad de destino–, también puede constituir una situación problemática. En este escrito se busca caracterizar los obstáculos en la accesibilidad de familias migrantes bolivianas a los servicios públicos de salud mental infantil en zona sur de Ciudad de Buenos Aires. Para ello, se trabaja sobre los resultados parciales obtenidos en una Tesis ya finalizada cuyo título es “*Los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos en zona sur de Ciudad de Buenos Aires*”. Dicha investigación, dirigida por la Dra. Alejandra Barcala, contó con el apoyo de una Beca de Maestría UBACyT (2012/5) y una Beca Doctoral CONICET (2016/2020).

Objetivos y aspectos metodológicos de la investigación

El objetivo general de la investigación ha sido describir y analizar los posicionamientos e intervenciones de los profesionales de los servicios de salud mental de un Centro de Atención y Acción Comunitaria (CeSAC) y su hospital de referencia en zona sur de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, así como de aquellos que conforman el Equipo de Orientación Escolar (EOE) seleccionado en dicha área geográfica, acerca de los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos de seis a doce años a quienes asisten.

Particularmente, este trabajo se aboca al desarrollo de uno de los objetivos específicos de la mencionada tesis: caracterizar los obstáculos detectados por los profesionales del CeSAC y hospital escogidos y por los integrantes del EOE, en la accesibilidad de aquellas familias migrantes a los servicios públicos de salud mental infantil. En cuanto a los aspectos metodológicos, se trató de un estudio exploratorio analítico y un abordaje metodológico cualitativo (Minayo, 2003, Vasilachis, 2006). Para estudiar cómo los fenómenos sociales son comprendidos y producidos, se indagaron las prácticas discursivas de los actores entrevistados; a la vez, se prestó especial atención en el reconocimiento de los diversos puntos de vista y experiencias entre ellos (Vasilachis, 2006).

Para la recolección de datos primarios, se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas a las unidades de análisis. Del total de las personas entrevistadas, la distribución por profesiones fue la siguiente: nueve Lic. en Psicología, tres Lic. en Trabajo Social, tres Psiquiatras, tres Lic. en Fonoaudiología, una Pediatra y un Lic. en Sociología.

Las unidades de análisis seleccionadas en función del objetivo específico que se trabaja en esta ponencia fueron: profesionales de planta que abordaran problemáticas del campo de la salud mental infantil que hubieran brindado atención a niños/as migrantes bolivianos en un CeSAC emplazado en zona sur de CABA y en un Hospital General de Agudos (efector de referencia del Centro de Atención Primaria a la salud elegido); profesionales del EOE del distrito escolar que se corresponde con el Área Programática del hospital seleccionado[1]. También se entrevistó a informantes clave que tuvieran experiencia específica en el trabajo con población migrante en sus ámbitos de inserción laboral.

El análisis de los datos cualitativos se realizó siguiendo los enfoques procedimentales (Rodríguez; Gil; García; 1996) que incluyeron el desarrollo de tareas de reducción de datos, disposición de datos y extracción/verificación de conclusiones (Huberman y Miles, 1994).

Sobre el concepto de accesibilidad

La noción de *accesibilidad* a los servicios de salud emergió en la década del 60 y es utilizada continuamente, a pesar de haberse definido de manera simplificada y de que no se hubieran desarrollado discusiones en relación a sus aspectos instrumentales (Comes, Stolkiner, 2004). Inicialmente dicho concepto fue definido como la forma en la que los servicios de salud se acercarían a la población, circunscribiendo el foco de atención en los problemas de la *oferta* e invisibilizando que los sujetos también construyen accesibilidad (Comes et. al, 2007). Desde la perspectiva tradicional, lo esencial sería eliminar las barreras que se interpusieran entre la

población y los servicios: las geográficas (aluden a las dificultades para acercarse a los servicios, debido a accidentes geográficos o a las construidas por el hombre), las económicas (hace referencia a la capacidad financiera y a la imposibilidad de abonar, por ejemplo, el transporte, bono contribución o la compra de medicamentos), las administrativas (vinculadas a procesos burocráticos o a dificultades impuestas por la organización propia de los servicios, como los turnos u horarios de atención) y las culturales (centradas en las diferencias culturales entre la población y el personal de los servicios). A partir de una experiencia de trabajo de campo, dichos autores decidieron redefinir a la última como barrera simbólica, puesto que consideran que tanto el imaginario social como las representaciones podrían devenir en barreras.

Desde una perspectiva relacional, la *accesibilidad* es entendida como el vínculo establecido entre los servicios de salud y los sujetos, producto de la combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y de las condiciones y representaciones de los sujetos, manifestándose en una modalidad particular de la utilización de los servicios (Stolkiner y Barcala, 2000). De este modo, la accesibilidad es el resultado de la posibilidad o imposibilidad de encuentro entre ambos, por lo que debe incluirse las prácticas de vida y salud de la población para lograr una mejora en la misma.

Análisis de los resultados

En lo relativo a la accesibilidad de los niños/as y sus familias migrantes bolivianas a los servicios públicos de salud mental, en las entrevistas mantenidas con los profesionales aparecieron señaladas cuestiones importantes ligadas a dicha dimensión.

Por una parte, la accesibilidad administrativa apareció marcada como un obstáculo importante, vinculado con la insuficiente cantidad de profesionales atendiendo en los efectores y las largas listas de espera para conseguir un tratamiento para los niños/as. En las entrevistas con los integrantes del EOE se hizo continua referencia a la carencia de psicólogos/as y otros profesionales, principalmente fonoaudiólogos/as, en algunos centros de salud: *“Buena, en el CeSAC XX hace dos años que prácticamente no podemos derivar a nadie a psicología porque no tienen gente, tienen dos personas para dos distritos. Dos psicólogos para dos distritos! Entonces... ¿qué hacemos? Tratamos desesperadamente de que los padres vayan a algún lado en el que los atiendan”* (EOE, Zaira).

Ante la necesidad insatisfecha de atención, en las entrevistas se mencionó la apelación a estrategias *no formales* para conseguirla: se le sugiere a las familias que recurran a otros centros de salud donde debe abonarse una cuota o se les recomienda acudir a otros efectores públicos que están por fuera del alcance del Área Programática.

Si bien algunas personas entrevistadas no consideraron la accesibilidad geográfica como un problema, a la luz de la necesidad de realizar derivaciones a efectores de salud por fuera de la región sanitaria, dicha dimensión también podría resultar cuestionada porque aquello implicaría que las familias deban desplazarse largas distancias en busca de atención. Pese a que, en sentido estricto, la red de servicios está territorializada, por diferentes motivos –tales como la carencia de profesionales atendiendo o la expulsividad de algunos Hospitales con los migrantes– la población usuaria podría

ver interferida su accesibilidad geográfica.

En los casos en los que las derivaciones provenientes del EOE sí son tomadas por los equipos de salud del Área Programática, la complicación que se señaló estaba ligada a la superposición e incompatibilidad de los horarios de atención de los equipos de salud mental en relación a la jornada laboral de los padres de los niños/as. De ese modo, se destacó que las condiciones de trabajo (o explotación, en algunos casos) a las que se ven sometidos los padres y madres les dificultan sostener el tratamiento de sus hijos/as en los horarios dispuestos por los equipos del hospital o CeSAC. Aquella coincidencia entre los horarios de los tratamientos en los servicios públicos de salud y la jornada laboral de los familiares atentaría contra la posibilidad de que los niños/as fueran llevados a las entrevistas terapéuticas, trascendiendo la esfera de la mera “voluntad” de sus cuidadores e involucrando la imbricación con la realidad de la organización de los cuidados al interior del hogar: *“Y después las condiciones de trabajo que les impide sostener el tratamiento (...) ¿cómo se sostiene el tratamiento con un trabajo de 9 a 16?, ¿Qué tratamiento hay después de las 16 en los Hospitales? Son familias para las cuales pagar en unos de esos centros privados que se abrieron ahora por todos lados también es una solución imposible”* (EOE, Karenina). Además, se registró el hecho de que las admisiones a los tratamientos en el hospital requirieran necesariamente de la presencia de los progenitores de los niños/as y que los horarios de las mismas fueran inamovibles sería una dificultad, puesto que se constituye en una traba que se interpone al inicio de un tratamiento. A diferencia de los horarios más estrictos del hospital, en el CeSAC habría una mayor oferta para el espacio de admisiones. El mismo sería llevado a cabo por distintos profesionales en diferentes días: los lunes a la mañana a cargo de dos psicólogas, lunes a la tarde a cargo de otra psicóloga u otras posibilidades que puedan emerger de situaciones “de pasillo” (sic). Sumado a ello, según el discurso de los profesionales que allí atienden, no es necesario que sean los progenitores del niño/a a evaluar o tomar en tratamiento quienes acudan a la admisión sino que también se trabaja con otros adultos referentes, tales como un docente, cura de la Iglesia u otro actor de la comunidad. Asimismo, en una de las entrevistas también se refirió a que uno de los aprendizajes de haber trabajado en contextos complejos en el CeSAC es *“a no excluir de la lógica de una consulta posible a la gente que no viene cuando la citás. Entonces... eso de decir tres ausencias y ‘out’ [afuera], me parece que no”*.

Estas cuestiones (admisiones en días y horarios más variables con un encuadre más flexible) podrían ser consideradas como una ventaja importante que facilita la posibilidad de que un tratamiento o evaluación pueda tener lugar, sin quedar congelados por la dificultad de generar un primer encuentro entre la familia del niño/a y los profesionales del servicio.

Si bien en las entrevistas se refirió que tanto en el CeSAC como el Hospital se brindan tratamientos de forma gratuita y, en caso de ser indicada, también la medicación, el hecho de que ante la imposibilidad de conseguir turnos o ante la dificultad de acomodarse a los horarios de atención de los efectores públicos deba acudir a centros de salud a los que se debe abonar, podría implicar cierta barrera en cuanto a la accesibilidad económica.

Por otra parte, en múltiples entrevistas se reiteró que muchos de los obstáculos en la accesibilidad no serían privativos de la población migrante boliviana sino que serían compartidos con los que deben atravesar otras personas, incluso las nativas, al acudir al sistema público de salud: *“[los migrantes bolivianos] pueden ser atendidos... y serán atendidos con la dinámica que tiene el hospital, a ver: falta de profesionales, que tengan que hacer colas para conseguir un turno pero... estaría bueno que el hospital público pudiera trabajar un poco mejor en cuanto a no achicar recursos pero... esto lo vivencia tanto la gente migrante como la gente argentina”* (EOE, Federica).

A pesar de ello, hay cuestiones que atañen a las dimensiones más culturales y a la discriminación en las cuales pueden señalarse particularidades en la accesibilidad de la población migrante a los servicios públicos de salud: *“La mayoría [de los migrantes bolivianos] sufre los mismos condicionamientos estructurales del sistema público que sufren los nativos. Pero lo que se agrega, lo que es más específico de los migrantes, es la distancia cultural que implica que no te explican, que se cagan de risa, que te maltratan, que te ignoran...”* (Informante clave, Oliverio).

En lo referido a la existencia de discriminación para con las familias migrantes de países limítrofes, sí se manifestó que en el hospital circulan fuertes estigmatizaciones y prejuicios en relación a dicha población: *“Siempre la imagen es que: ‘en todo caso, yo no debería estar atendiendo esto porque acá estamos en la Argentina’. Es como el famoso tema de que le sacan el trabajo a los argentinos (...)”* (Hospital, Karina).

En otro orden, en los discursos de algunos entrevistados se hizo referencia a que, a diferencia de otros agentes del sistema de salud, los profesionales “psi” no se niegan a atender a población migrante: *“no hay discriminación... no hay del lado del terapeuta, del analista, del profesional psi una retracción de atender a alguien que no sea de nacionalidad argentina”* (CeSAC, Darío). Sin embargo, lo que sí se señaló en las entrevistas es la presencia de estereotipos o prejuicios en torno a la población migrante de zona sur de CABA, algunos de ellos asociados a que presentan un déficit en la simbolización por atravesar difíciles condiciones de vida o por tener una *“cultura del silencio”* (sic).

Para finalizar, también en algunas entrevistas se aludió al posicionamiento y comportamiento de la población usuaria en su posibilidad de propiciar encuentros/desencuentros con los servicios de salud: *“Pero siempre quedan chicos sin atención! A ver... no todas las veces es porque no hay lugar... muchas veces también es porque los padres no aceptan”* (EOE, Federica). En relación al posicionamiento de dicha población usuaria se señaló que —en ocasiones— son las propias familias de los niños/as las que se niegan a que los pequeños/as realicen un tratamiento en los efectores de salud. Además, las experiencias que tuvieran al acudir a los mismos en busca de atención (extensas listas de espera, maltrato o expulsividad en los efectores, por ejemplo) podrían condicionar su decisión de iniciar y sostener los tratamientos indicados.

Conclusiones

Si bien los niños y niñas migrantes de origen boliviano comparten los mismos derechos que otras personas para recibir atención en

salud / salud mental, la efectivización de los mismos aún no se ha consolidado cabalmente. A partir de las entrevistas realizadas, se destacó la existencia de *desencuentros* entre los servicios de salud y los usuarios; esto atentaría contra la posibilidad de estos últimos de recibir atención de calidad.

Del análisis de los resultados es posible afirmar que se erigen barreras de accesibilidad que también son compartidas con aquella población de la zona sur de CABA que busca atención en los mismos efectores. Algunos de los obstáculos hallados son los administrativos, asociados con la insuficiente cantidad de profesionales atendiendo en los efectores, las largas listas de espera para conseguir un tratamiento para los niños/as, la superposición de los horarios de atención de los efectores con las jornadas laborales de los adultos responsables de llevar a los pequeños/as a los tratamientos indicados y la existencia de turnos estrictos para las admisiones o la imposición de que necesariamente sean los progenitores de los niños/as quienes acudan a las mismas (esto principalmente en el hospital general, no así en el CeSAC). En estas cuestiones se visibiliza que la oferta de atención desde el subsector de salud público entra en cortocircuito con las posibilidades reales de la población para hacer uso de los mismos del modo en el que han sido puestos a *disposición*. Aquella desinteligencia podría dar cuenta de cómo las condiciones de vida y trabajo de las familias no han sido plenamente consideradas en la organización del funcionamiento de los efectores públicos de salud.

Las dificultades para conseguir turnos y las largas listas de espera generan, consecuentemente, obstáculos en la accesibilidad geográfica. La accesibilidad económica también estaría en juego puesto que otra opción para conseguir atención es la de realizar consultas en el ámbito privado, para el cual se requiere el abono de una cuota. De este modo, se apela a una lógica que mercantiliza los servicios que debería proveer el Estado de manera gratuita.

Si bien existen problemas que son compartidos por aquellas familias (nativas o extranjeras) con condiciones de vida similares que consultan por problemáticas de salud mental infantil en dichos efectores en zona sur de CABA, también pudo pesquisar que se añaden algunas dificultades particulares en la población migrante de origen boliviana. Las mismas están principalmente asociadas con la accesibilidad simbólica y con fenómenos de discriminación. Pese a que la atención a la salud debiera ser una prestación universal, las barreras erigidas colaboran en el acceso desigual a dichos servicios. Así, se reproducen y profundizan los procesos de exclusión que las propias políticas sociales pretenden apalear.

NOTA

[i] Los nombres reales de las personas entrevistadas se mantuvieron en el anonimato para resguardar su confidencialidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cerrutti, M. (2009). Diagnóstico de las poblaciones de inmigrantes en la Argentina. Serie de Documentos de la Dirección Nacional de Población. Buenos Aires: Secretaría de Interior/Ministerio del Interior/Organización Internacional para las Migraciones.
- Cerrutti, M. (2010). Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina. Buenos Aires: Latingráfica.
- Comes, Y. y Stolkner, A. (2004). Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 12.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M.; Czerniecki, S., Vázquez, A. ..., Stolkner, A. (enero/diciembre 2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones de Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 14. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019
- Goldberg, A. (2008). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buenos Aires Boliviana. Migración, construcciones identitarias y memoria. Buenos Aires: Comisión para la Preservación del Patrimonio Histórico Cultural de la Ciudad de Buenos Aires, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
- Goldberg, A. (2009). Salud e interculturalidad: aportes de la Antropología Médica para un abordaje sociosanitario de la población boliviana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Temas de Patrimonio Cultural, 24, 233-248.
- Huberman, A. y Miles, M. (1994). Data management and analysis methods. En N. Denzin, y Y. Lincoln (eds.), Handbook of qualitative research. Londres: Sage.
- INDEC (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Recuperado de: <http://www.censo2010.indec.gov.ar/>
- Jelin, E. (dir.) (2007). Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural. Buenos Aires: IDES.
- Jelin, E. y Grimson, A. (comp.). (2006). Migraciones regionales hacia la Argentina. Diferencia, desigualdad y derechos. Buenos Aires: Prometeo.
- Laub, C., Brykman D., Perez Panelli A., Rovere, M., Rúgolo, E. y Uriburu, G. (2006). Migraciones y Salud en el Área Metropolitana Buenos Aires. Inédito.
- Ley N° 25.871. Ley de Migraciones de Argentina. Buenos Aires, 20 de Enero de 2004.
- Minayo, M. (2003): Ciencia, Técnica y Arte: el desafío de la investigación social. En Minayo, M. (org.), La Investigación Social: Teoría Método y Creatividad (9-24). Buenos Aires: Lugar.
- Poverene, L. (2016). Los procesos de salud/enfermedad/atención en el campo de la salud mental de niños/as migrantes bolivianos en zona sur de Ciudad de Buenos Aires. Maestría en Problemáticas Sociales Infante Juveniles, Universidad de Buenos Aires.
- Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores J. y García Jiménez, E. (1996). Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Stolkner, A. y Barcala, A. (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. En M.A. Domínguez, La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken.
- UNICEF – Universidad Nacional de Lanús (UNLa). (2010). Estudio sobre los derechos de niños y niñas migrantes a 5 años de la nueva ley de migraciones". AA: P. Ceriani Cernadas y R. Fava (coord.). Buenos Aires.
- UNICEF – Universidad Nacional de Lanús (UNLa). (2013). Niñez, Migraciones y Derechos Humanos en Argentina. Estudio a 10 años de la Ley de Migraciones. Buenos Aires: UNICEF y UNLa. Recuperado de: https://www.unicef.org.ar/comunicacion/proteccion_estudio_migracion_10anos.pdf
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa.