

Reflexiones acerca de l@s pacientes que son retirados sin alta hospitalaria

Pollitos en Fuga

Por Victoria Aresca y Alejandra Parrotta

Victoria Aresca, Alejandra Parrotta. Trabajadoras sociales de guardia del Hospital de Niños “Dr. Pedro de Elizalde”, Buenos Aires, Argentina.

Introducción

El objetivo del presente trabajo es realizar una reflexión sobre diversas situaciones que se generan en un hospital pediátrico cuando los padres o adultos referentes retiran a los niños/as de la institución sin alta hospitalaria. Como trabajadores sociales, la mayoría de las veces somos convocados a intervenir ante estas situaciones; las cuales, en principio, se presentan siempre de la misma manera en la interconsulta: un/a niño/a que estaba internado/a fue retirado/a abruptamente del hospital, o bien sus padres expresan la decisión de retirarse sin el alta correspondiente, interrumpiéndose el tratamiento requerido.

El “riesgo” al que estaría expuesto el/la niño/a debido a la discontinuidad del tratamiento y la responsabilidad de los profesionales del equipo de salud ante ello, da lugar a la respuesta institucional casi protocolar de “fuga-denuncia”, quedando el trabajador social en el lugar del encargado de esta “denuncia”, de este “poner en conocimiento” de las instancias respectivas, sea el Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes u otros organismos reguladores, del retiro sin alta hospitalaria del paciente.

Sin embargo, la experiencia de trabajo en estas situaciones demuestra que las mismas resultan muy diversas y complejas, estando atravesadas por múltiples factores psicosociales e institucionales, que pretenden ser analizados en el presente trabajo, guiado por algunos de los siguientes interrogantes: ¿Qué caracteriza a estas situaciones? ¿Qué factores se ponen en juego? ¿Por qué y a qué lugar es convocado el trabajador social? ¿Cuáles pueden ser las intervenciones posibles?

1- Configuración del problema

Es frecuente en nuestra práctica como trabajadores sociales, recibir en la guardia del hospital, demandas de nuestra intervención a partir de que un/a niño/a o adolescente fue retirado/a o pretende ser retirado/a, sin alta del hospital. Lo que ocurre generalmente es que el servicio social de planta del hospital ya esté trabajando con dicha familia con anterioridad, o bien ser la primera vez que tomamos contacto con la misma.

Creemos válido ejemplificar algunas de estas demandas que recibimos de los médicos tratantes o jefes de guardia.

“Te llamo porque la madre del paciente Martín dice que se quiere ir, esta bastante agresi-

va, ya le expliqué que mañana le tenemos que hacer unos análisis más pero igual se quiere ir, ¿podrán venir?”

“Me avisaron de la sala 2 que el paciente González se fue sin alta, así que hay que llamar al Consejo y avisar.”

“Te llamo porque se fugó el paciente de la cama 102, la enfermera me avisó que no lo vio en la sala y recién fui y ya no estaban, se llevaron todas sus cosas”, yo ya lo escribí en la historia clínica pero no sé que más hay que hacer”

“Te llamo de la sala 5 porque están acá los padres del paciente y dicen que ya no pueden quedarse, que no tienen quien cuide de sus otros hijos y que el padre no puede faltar más a su trabajo porque lo van a echar”

Como puede apreciarse en los ejemplos, el motivo de interconsulta es el mismo, el retiro efectuado o inminente del niño/a de la internación con la consecuente interrupción del tratamiento. Cabe destacar que las situaciones que se configuran cuando el paciente ya fue retirado del hospital son muy distintas de aquellas en las que se plantea la intención de retirarlo. En estas últimas, la oportunidad y el espacio para trabajar con las familias los motivos de su intención/decisión de retirarse y de pensar estrategias para dar continuidad al tratamiento son destacables, hallándose en la mayoría de los casos una vía de resolución para aquello que en la interconsulta aparecía como imposible de resolver.

Es usual que ante el retiro sin alta de los pacientes, los equipos de salud designen esta situación como fuga, y es por eso que nos parece oportuno detenernos al respecto para reflexionar acerca del uso de este término y las connotaciones del mismo hacia el interior del ámbito hospitalario.

Si nos remitimos al significado de la palabra fuga, la misma se define como: *huida apresurada, abandono inesperado del domicilio familiar o del ambiente habitual -1-*.

Por otro lado, Cohen, establece que, en el ámbito hospitalario, la clasificación respecto del egreso de pacientes internados se divide en cuatro motivos: alta médica, derivación a otro centro asistencial, fallecimiento y/o egreso sin alta médica. La fuga no se aplica a pacientes que no se encuentren detenidos; solamente se fugan aquellos internados que se encuentran bajo custodia -2-. El uso de la palabra fuga por lo general remite y es utilizada en el caso de personas privadas de su libertad, internadas bajo custodia o bien por disposición de organismos judiciales.

Si bien la internación de pacientes en el hospital suele estar dispuesta por organismos judiciales o por el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, lo cual podría justificar el uso de esta denominación, cabe destacar que su uso indiscriminado, sabiendo que remite a situaciones de encierro o de disposición judicial, fomenta una connotación negativa y más bien punitiva, asociada a la sanción y/o el castigo.

En todos los casos de retiro sin alta del paciente se configura una situación caracterizada por la normativa existente y las prácticas institucionales.

-1- Real Academia Española. <http://www.rae.es/rae.html>

-2- Cohen, Roberto V, Medicina legal en la emergencia, en “Curso de actualizaciones en emergencias médicas”, Octubre 2010.

Disponible en www.medicus.com.ar/2%20OCT%20Medicina%20Legal%20en%20la%20Emergencia%20.pdf

Respecto de la normativa existente, ubicamos la resolución N° 1956 -3- en razón de la vulneración de derechos a la que estaría sometido el/la niño/a por la discontinuidad del tratamiento y la consecuente obligación de los profesionales de la salud de informar esta situación a los organismos de protección. La mencionada resolución establece que: *“los efectores de salud, al tomar conocimiento de alguna situación de amenaza o afectación de derechos de un niño, niña o adolescente, deben comunicar tal situación a la Guardia Permanente de Abogados del Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes –CDNNYA-. Éste es el organismo encargado y responsable de tomar las medidas de protección de derechos correspondiente a cada situación y de realizar la denuncia e investigación judicial pertinentes.”*

Al momento de informar el retiro sin alta, el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, actualmente, solicita determinar si existe “riesgo de vida inminente”, requisito solicitado para definir las acciones a implementar por este organismo. De no existir “riesgo de vida”, intentan mantener comunicación con padres o adultos responsables para indicar la continuidad de tratamiento en la misma institución o en otro efector de salud, con el correspondiente seguimiento por parte de este organismo.

Por otro lado, en el caso de que exista “riesgo de vida inminente” para el paciente, dicho organismo suele realizar denuncia penal, donde por lo general el delito se configura como abandono de persona.

Ante ello, nos cuestionamos los resultados últimos de dichas acciones judiciales dado que, por tratarse del fuero penal, se busca determinar si el adulto es penalmente responsable de dicho delito (abandono de persona), volviéndose difusas las acciones de protección hacia el/la niño/a, al menos en dicho fuero.

A su vez, la consideración del riesgo al que estaría expuesto el paciente, y por tanto la vulneración del derecho a la salud, está sujeta a los criterios de cada equipo de salud, tendiendo algunos a considerar que toda interrupción de tratamiento implica un riesgo presente o potencial, mientras que otros optan por diferenciar los niveles de riesgo existentes, dando esto lugar a prácticas diferentes.

Lo expuesto hasta aquí da cuenta de la diversidad de situaciones posibles dentro de un mismo motivo de interconsulta y que, en principio, se nos presenta a los trabajadores sociales como una situación en la que pareciera “no hay mucho para hacer”. Solemos ser convocados concretamente para dar intervención al Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes o para “convencer” a los padres y que los mismos no se retiren del hospital. Creemos que esto se asocia fuertemente a las representaciones sociales respecto de la disciplina, ya que por lo general se asocia al trabajador social como articulador frente a otras instituciones por fuera del hospital, como poseedor de conocimientos sobre legislación y normativa vigente y fundamentalmente ello se corresponde con que estas situaciones ponen en juego una demanda institucional caracterizada por la necesidad de “regularizar”, de “restituir” algo del “orden” perdido e intervenir para la protección de los derechos vulnerados.

En este sentido, citamos a Yamamoto cuando sostiene que *“el asistente social es solicitado no tanto por el carácter propiamente ‘técnico-especializado’ de sus acciones, sino, antes y básicamente, por las funciones de cuño ‘educativo’, ‘moralizador’ y ‘disciplinador’ (...) el*

-3- Resolución N° 1956: Procedimientos para la denuncia y tratamiento integral de las situaciones donde se encuentren afectados los derechos de los niños/as y adolescentes que se atiendan en los efectores de salud dependientes del Ministerio de Salud del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

asistente social aparece como el profesional de la coerción y del consenso, cuya acción recae en el campo político” -4-

A fin de cuestionar y trascender este lugar al que el trabajador social es convocado, se torna imprescindible generar una respuesta mediatizada por el análisis de la complejidad de los factores en juego.

Para analizar esta complejidad, creemos importante sumar a la reflexión, algunos factores sociales que caracterizan a la población usuaria del hospital y destacar, fundamentalmente, cómo dichos factores inciden en la problemática planteada.

La población usuaria de nuestro hospital, en su mayoría reside en el Conurbano Bonaerense, fundamentalmente en localidades de la zona sur, presentando una alta vulnerabilidad social que se corresponde con necesidades básicas insatisfechas, desempleo, informalidad laboral y falta de cobertura de salud, entre otros indicadores. Sabemos que existen diferencias sociales importantes en cuanto a la situación socio económica de esta población en comparación a la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA), fundamentalmente en cuanto a la menor oferta de servicios públicos con los que cuentan, en relación a la cantidad de habitantes.

Actualmente, en lo que respecta al Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), conformada por la Ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Conurbano Bonaerense, encontramos que la dinámica de crecimiento y configuración de esta área no se desarrolló en forma ordenada y planificada; ocasionando esto la manifestación de fuertes desigualdades socio-económicas, ambientales y sanitarias.

Según un informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, se encuentran en este espacio geográfico (AMBA), tanto los principales actores económicos del país como buena parte de su población en condiciones de extrema pobreza. Sin embargo, la ubicación territorial presenta desequilibrios sociales visibles. Mientras en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y algunos de sus bordes territoriales se alberga en gran medida población con medianos y altos ingresos, en el Conurbano Bonaerense predomina la población de bajo y mediano ingreso (con excepción de su porción norte y barrios cerrados o countries, diseminados en distintos lugares del conurbano).

Asimismo, en lo que respecta a los servicios de salud, no existe la referencia y contrareferencia de pacientes que optimice los recursos hospitalarios del área.

De acuerdo a este mismo informe, durante el año 2006 los egresos de pacientes provenientes del Conurbano Bonaerense en el Hospital Dr. Pedro de Elizalde fue del 74%, proveniente en su mayoría, de los municipios de La Matanza, General Sarmiento, Almirante Brown, Quilmes y Lomas de Zamora.

Ante esta realidad, encontramos que las importantes distancias geográficas de las familias en relación al hospital hacen que la permanencia de los adultos responsables durante la internación del niño/a y/o adolescente se vea muchas veces obstaculizada por este motivo, ya que ello les impide regresar asiduamente a sus hogares o pensar en la rotación de este adulto cuidador/a con otros familiares o amistades, como así también la limitación económica respecto de los gastos que esto genera en concepto de viáticos.

-4- Iamamoto M., citada por Montañó Carlos. “La naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”, pag. 22. San Pablo. Cortez Editora. 2000.

Respecto de la posibilidad de que la familia cuente con el apoyo y acompañamiento de otros familiares o amistades, observamos que esto también constituye un problema. Es frecuente que en las entrevistas con los padres surja como obstáculo la imposibilidad de que nuevos actores, ya sean referentes afectivos del paciente o familiares, se sumen a la internación para brindar su apoyo, advirtiéndose que los factores socio económicos antes mencionados (respecto de la vulnerabilidad social) inciden en esta situación, ya que estas otras familias referentes, por lo general, atraviesan la misma situación social y económica del/la paciente.

Asistimos, en definitiva, a un escenario de fragmentación social, fruto de una historia de exclusión, preponderancia del mercado y exacerbación del individualismo. En términos de Carballeda, en este contexto, *“las problemáticas sociales se relacionan nuevamente con la problemática de la integración”-5-*

Siguiendo al mismo autor, se hace necesario, una intervención en la necesidad de amalgamar lo que la crisis fragmentó, favoreciendo intercambios y reciprocidades entre los sujetos.

Por otro lado, encontramos que, la informalidad laboral de los padres hace que no cuenten con la posibilidad de solicitar licencias por razones de salud de sus hijos/as, contempladas sí en otros ámbitos de trabajo formal donde estos derechos laborales están garantizados. Es frecuente escuchar en las entrevistas que los adultos temen ser despedidos de sus lugares de trabajo por las ausencias laborales, con motivo de la internación de sus hijos/as.

En este sentido resulta interesante realizar algunas asociaciones entre el sector informal y la salud, donde encontramos que en la mayoría de los/as trabajadores/as de este estrato de subsistencia, el cuerpo se transforma en la principal herramienta de trabajo: horarios extensos, accidentes de trabajo, intoxicaciones, etc., y mayor exposición a factores de riesgo, son por lo general, las condiciones donde se desarrollan las actividades informales. Como afirma Carpio, *“la fragilidad de las condiciones que caracterizan los modos de vida de esta población determina una posición de alta vulnerabilidad donde las situaciones de pérdida de la salud o cualquier otra contingencia similar generalmente desencadenan una espiral de episodios disruptivos que en muchos casos provocan el cierre o la caída de la actividad, la pérdida de los escasos bienes, el endeudamiento y la imposibilidad de garantizar la reproducción del grupo, con la ruptura de los vínculos familiares y con el colectivo social de referencia que generalmente desemboca en procesos y situaciones de exclusión de difícil retorno” -6-*

Creemos que estas variables sociales y laborales, si bien no son motivos causales directos o únicos del retiro sin alta de los pacientes, complejizan e inciden directamente en la problemática planteada. Muchas veces esta complejidad es la que potencia la necesidad de retirar al paciente sin el alta hospitalaria, en el intento de salvaguardar la continuidad del empleo de los adultos responsables o bien garantizar el cuidado de los/as demás hijos/as.

Por lo descripto hasta aquí, nos surgen ciertos interrogantes acerca de la complejidad de estas situaciones y la judicialización indiscriminada de las mismas. Ante ello nos preguntamos, ¿Qué ocurre con aquellas familias que se retiran porque no están de acuerdo con el tratamiento implementado y deciden continuarlo en otro hospital? ¿Cómo se conjugan las responsabilidades

-6- Carpio, Jorge. *“Comentarios sobre el sector informal y la salud en la pobreza”*, en *“La inequidad en la Salud”*, compiladores: Francoise Barten, Walter Flores y Ana Hardoy .pág. 138. Ediciones IIED. Buenos Aires, 2008.

-7- *Síntesis Dictamen sobre Inmunizaciones. Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio Público - Asesoría General Tutelar. Buenos Aires, julio de 2006.*

individuales con las del equipo de salud? ¿Es posible implementar prácticas que, sin dejar de resguardar la salud y la vida del paciente, no atenten contra las libertades individuales respecto de la elección de un tratamiento? Y más importante aún, cómo integrantes del equipo de salud mental, ¿qué prácticas podríamos implementar para dar lugar a la palabra de los padres y del paciente favoreciendo la visibilización de las situaciones de complejidad social que atraviesan para acompañar la recuperación del/la niño/a?

Como una forma de pensar la posibilidad y el límite de la intervención en relación a la intimidad familiar, citamos a la Dra. Burundarena, quien en el dictamen sobre inmunizaciones afirma: (.....) *“En síntesis, el Estado, como responsable del bien común, tiene una doble función respecto a la salud: por una parte, debe resguardar el rol preponderante de la familia en el cuidado y protección del niño; por la otra, debe intervenir en el seno familiar cuando el derecho a la salud de alguno de sus miembros deba ser protegido por existir interferencias, afectación o incumplimientos respecto de los deberes que emanan del ejercicio de la patria potestad referidos a la crianza, protección a la salud, educación y desarrollo integral de los niños/as y adolescentes.*

Esta injerencia estatal, en tanto no resulte arbitraria o ilícita, no altera el derecho a la intimidad familiar por cuanto responde a la obligación establecida constitucionalmente que le compete para garantizar a los niños medidas de protección integral, entre las que se contempla el acceso y protección de su derecho a la salud (conf.. Arts.3, 5 y 24 de la CDN, art. 21 y 39 CCBA, arts. 14 y 18 de la ley 26.061 y arts. 22, 23 y 24 de la ley 114; art.13 inc.c) de la ley 153 Básica de Salud)” -7-.

Por otro lado, cabe considerar que el retiro sin alta del paciente puede ser indicador de actitudes negligentes por parte de los adultos responsables, aunque nuestra práctica cotidiana nos indica que estos no serían la mayoría de los casos.

Dado que los/as niños/as son consideradas las personas más vulnerables en relación a la violación de los derechos humanos, es que requieren de protección específica. Recién hacia finales del siglo XX, los niños fueron reconocidos en su subjetividad jurídica y política, de la mano de un cambio de paradigma significativo, donde son superados los esquemas conocidos como “modelos tutelares”, “filantrópicos” o “de la situación irregular”, reconociendo a los niños y adolescentes como sujetos de pleno derecho, lo cual se imprime en el sistema de protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes -8-.

Al respecto surge el interrogante acerca del estrecho límite entre la “protección integral de derechos” y el “control social”. Consideramos que será el trabajador social el responsable de su posicionamiento ante estas demandas, pudiendo responder de manera inmediata, reproduciendo con sus intervenciones el control y el disciplinamiento, o por el contrario, asumir una postura crítica y generar una respuesta mediatizada por el análisis de la complejidad de los factores en juego, problematizando la situación y trascendiendo las funciones de “mediadores” o “denunciantes”.

No hay dudas respecto de la obligación de los profesionales de denunciar las situaciones de vulneración de derechos de niños/as y adolescentes a la autoridad de aplicación de la ley que protege los mismos (ley nacional 20.061 y ley 114 de la CABA). Las dificultades aparecen al momento de definir cuáles de estas situaciones en las que un/a niño/a es retirado sin alta hospitalaria constituyen una vulneración a sus derechos y a qué prácticas ello da lugar.

-6- Beloff, Mary “Los derechos del niños en el sistema interamericano”, Buenos Aires, 2004, Editores del Puerto.

2- Alternativas posibles

Luego de cuatro años de trabajo en el Servicio de Urgencias, creemos que el lugar del trabajador social tiene que ver con aportar al espacio de urgencias una escucha del paciente y su familia que dé lugar a la complejidad de lo social y que entretenga su saber con el de otras disciplinas en pos de una respuesta integral a las problemáticas que se presentan. Dentro de esta complejidad se incluyen una diversidad de situaciones tan amplia como sujetos existen y resulta fundamental pensar y abordar cada situación en particular. Una de las cuestiones que se plantean es la de diferenciar situaciones “urgentes” y “no urgentes”. En este sentido, observamos que se presentan situaciones que pueden pensarse como “urgentes”, en la medida en que requieren una respuesta e intervención en el momento en que se presentan. Tal es el caso de las situaciones trabajadas en el presente artículo. Sin embargo, también se presentan situaciones que “emergen” asociadas a la consulta médica y que sin requerir una resolución en ese momento preciso, resultan una “oportunidad” para la intervención.

Ante la problemática trabajada en este artículo, consideramos fundamental una mirada amplia de la situación y un abordaje que contemple la singularidad de cada familia, evitando lecturas e intervenciones homogeneizantes. Consideramos necesario trabajar sobre las situaciones de vulnerabilidad, desarrollando acciones de apoyo a la familia que favorezcan la continuidad del tratamiento, por lo cual resulta fundamental contar con datos personales y de contacto de los adultos responsables para favorecer el abordaje de la situación, como así también conocer los motivos por los cuales se retiraron o desean retirarse del hospital.

Nos parece fundamental contextualizar la situación social del paciente, considerando la situación familiar y los factores sociales, laborales y económicos que atraviesan la problemática, dando lugar a la comprensión de dicha realidad y la resolución de los conflictos que muchas veces dan origen al problema.

Por otro lado, resulta necesario trabajar en la gestión de recursos que permitan favorecer la continuidad del tratamiento (comunicación con referentes, familiares, solicitud de acompañante hospitalario y articulación con el Consejo de Niños, Niñas y Adolescentes, etc.), los cuales pueden resultar facilitadores en la resolución de dichos conflictos.

Cabe destacar, además, la necesidad de pensar en intervenciones interdisciplinarias que den lugar a trabajar los diferentes aspectos del problema, intentando implementar intervenciones integrales que incluyan los distintos saberes de los profesionales del equipo de salud. La intervención del psicólogo, por ejemplo, posibilita el abordaje de aspectos subjetivos del paciente y su familia. En este sentido, cabe afirmar que la situación de internación genera múltiples y diversas emociones y sentimientos en los familiares del paciente. Algunos de ellos pueden subyacer a la decisión de retirarse del hospital previo al alta.

A veces, la internación remite a internaciones anteriores traumáticas, o aparecen sentimientos de culpa ante el “descuido” de los otros hijos, o angustia ante ciertas prácticas médicas invasivas o ante el sufrimiento que la enfermedad genera en los niños/as, etc. Asimismo, convocar al pediatra resulta fundamental a fin de que este pueda, si resulta necesario, volver a explicar cuestiones del tratamiento que no estén siendo comprendidas por la familia, alojando dudas e incertidumbres que invaden a las mismas. También resulta necesario trabajar con ellos la importancia de anticipar la intervención con la familia, cuando resulte posible. Es decir, que se convoque al trabajador social cuando la familia manifiesta la intención de retirarse, a fin de intentar un abordaje preventivo y que garantice la continuidad del tratamiento.

Por otro lado, resulta necesaria la articulación con el Consejo de Niños, Niñas y adolescentes en pos de trabajar conjuntamente sobre los protocolos de actuación ante estas situaciones, para generar alternativas posibles a la judicialización del caso, cuando ello fuese posible.

Por último, resultaría oportuno trabajar conjuntamente con diversas instancias del hospital para incidir en las lecturas y prácticas ante estas situaciones.

3- Conclusiones

De acuerdo a lo desarrollado hasta aquí, podemos concluir en primer término, que el retiro sin alta de los pacientes resulta una problemática compleja y multicausal que merece un análisis de todos los factores que intervienen.

Las problemáticas sociales que atraviesan a las familias que concurren al hospital, la vulnerabilidad social, la fragmentación de los lazos sociales y las barreras de acceso al sistema de salud, sumado al stress propio de toda internación hace que esta última resulte muchas veces interrumpida, reduciendo esto en un perjuicio para los pacientes y sus familias.

Creemos que desde el equipo de salud mental, podemos aportar la consideración de factores psicosociales intervinientes en estas situaciones que, a simple vista, se constituyen como hechos frente a los cuales debiera actuarse según el “protocolo vigente”.

Observamos que la coexistencia del modelo tutelar y el de protección integral de derechos de niños/as y adolescentes da a lugar a fracturas y tensiones que se evidencian en las prácticas cotidianas. Las mismas deberían orientarse a garantizar el derecho a la salud, abordando las problemáticas psicosociales que subyacen a la emergencia de estas situaciones, procurando alinear el malestar y la preocupación de la familia, a fin de reflexionar con ellos sobre las alternativas posibles, en pos de garantizar la continuidad del tratamiento del niño/a o adolescente.

Cabe destacar también la importancia de abordar integralmente estas situaciones en la emergencia, lo cual no era posible antes de la existencia de los equipos de salud mental de guardia.

Por último, adherimos a un modelo de intervención que contemple la singularidad y autonomía de las familias, garantizando sus derechos y evitando la judicialización de situaciones sociales.

Bibliografía

- Carballeda, A. “El trabajo social desde una mirada histórica centrada en la intervención. Del orden de los cuerpos al estallido de la sociedad”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2006.
- Carpio, J. “Comentarios sobre el sector informal y la salud en la pobreza”, en “La inequidad en la Salud”, compiladores: Françoise Barten, Walter Flores y Ana Hardoy. Ediciones IIED. Buenos Aires, 2008.
- Cohen, R. V. “Medicina legal en la emergencia”, en “Curso de actualizaciones en emergencias médicas”, Octubre 2010. Disponible en www.medicus.com.ar/2%20OCT%20Medicina%20Legal%20en%20la%20Emergencia%20.pdf
- Diccionario de la Real Academia Española. <http://www.rae.es/rae.html>

- Informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. “La salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. Año 2006.
- Montaña Carlos. “La naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción”. San Pablo. Cortez Editora. 2000.
- Síntesis Dictamen sobre Inmunizaciones. Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio Público - Asesoría General Tutelar. Buenos Aires, julio de 2006. En www.buenosaires.gob.ar
- Ley 114
- Ley 153
- Ley 448
- Ley 26061
- Ley 26657
- Ley 26529
- Resolución 1956. En www.buenosaires.gob.ar. Área Salud.