



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

Departamento:
Ciencias de la Salud

Programa de acreditación:
PROINCE

Código del Proyecto: E-015

Título del proyecto

Modelo de Prácticas de Cuidado en Salud Materno-Infantil en la Región Sanitaria XII
Análisis de Situación de Salud (ASiS) con Sistemas de Información Geográfica

PIDC:

Elija un elemento.

PII:

Elija un elemento.

Director: Coppolecchio, Leandro

Director externo:

Codirector:

Integrantes: Albertolli, María de las Mercedes; Barrera, Marcelo; Carnevali, Marcos; José, Marta; López, Miriam; Martínez, Flavia; Moreira, Karina; Proto Gutierrez, Fernando

Resolución Rectoral de acreditación: N°510

Fecha de inicio: 01/01/2019

Fecha de finalización: 31/12/2020



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

A. Desarrollo del proyecto (adjuntar el protocolo)

A.1. Grado de ejecución de los objetivos inicialmente planteados, modificaciones o ampliaciones u obstáculos encontrados para su realización (desarrolle en no más de dos (2) páginas)

En consideración de los objetivos diseñados, es posible concluir en que estos se han alcanzado en mayor o menor medida.

Para el caso del objetivo específico 1. “Formalización descriptiva de los datos recolectados a través de ASiS y del Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado (ProICC), desarrollado por la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza”, ello se ha alcanzado por dos vías: 1: La construcción de una matriz lógica de acceso al conocimiento empírico-sanitario producido y 2. La delimitación del espacio formal y tiempo cronológico en el que esos datos deben ser leídos.

Con respecto al objetivo específico 2. “Descripción interpretativo-topológica o meta-investigación del conocimiento producido por ProICC, a partir de la descripción de las relaciones entre los conjuntos lógicos establecidos en el ASiS”. Esto se ha llevado a cabo, de acuerdo a la primera instancia de organización lógica de los datos.

Y en relación con el objetivo específico 3. “Marcación informática del estado de las prácticas de cuidado en SMI en la región, a través de un sistema de mapeo por capas, del que resulte el software multiplataforma final”, esto se ha llevado a cabo de manera satisfactoria, a través del diseño del aplicativo ProICC 1.0.

Con todo, el objetivo 1 generó las condiciones de posibilidad de ordenación lógica del conocimiento empírico producido por la Licenciatura en Enfermería durante el período 2012-2018, conocimiento sistematizado en una matriz de la que fue posible, entonces, inferir la marcación georreferenciada en un mapa multicapas (objetivo 3), susceptible de ser interpretado a partir del meta-análisis realizado por los investigadores y publicado en el libro: “Modelo de Prácticas de Cuidado en Salud Materno Infantil en la Región Sanitaria XII: Análisis de Situación de Salud con Sistemas de Información Geográfica”.

De esta manera, se alcanzó el objetivo general “Describir el modelo de las prácticas ético-culturales de cuidado en Salud Materno-Infantil en la Región Sanitaria XII, a través de la geo-localización de información (SIG) producida a través de Análisis de Situación de Salud (ASiS), a fin de desarrollar un aplicativo en formato de software multiplataforma de acceso público”, teniendo en cuenta que el equipo de investigación produjo un ASiS de la Región Sanitaria XII, a partir de la articulación tripartita de tres modos de lectura: matriz lógico-formal, georreferenciación y meta-análisis.

Las dificultades concernientes a la pandemia por COVID-19 se vieron manifestadas en la imposibilidad de realizar una tirada de ejemplares del libro en formato papel, debido a las restricciones propias del ASPO en los primeros meses del año, así como al aumento sustantivo del costo de producción de los ejemplares, calculado en el año 2018. Por su parte, los investigadores continuaron con el trabajo de manera virtual, debido a que el escenario de virtualidad no constituyó un obstáculo para realizar el estudio.

Así es que, este estudio ha producido:

1. Software de ASiS sobre el estado de las prácticas de cuidado en La Matanza en el período 2012-2018, georreferenciado.



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

2. Libro electrónico, publicado y distribuido a través de las plataformas de la Licenciatura en Enfermería de la UNLaM.
3. Matriz lógico-formal que ordena el conocimiento empírico producido.

Por otro lado, se ha transferido el conocimiento desarrollado de un modo:

- a. Intra-institucional: a través de la inserción del libro y software en la bibliografía de las materias que conforman el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería.
- b. Extra-institucional: por medio del Congreso Interdisciplinario de Ciencias de la Salud realizado en la UNLaM en el año 2019, y a través del ciclo de charlas que este equipo de trabajo organizó en el año 2020 a través de Zoom, abierto a la comunidad, denominado “Conversatorio: Charla con Expertos”

B. Principales resultados de la investigación

B.1. Publicaciones en revistas (informar cada producción por separado)

Artículo 1:	
Autores	<i>Proto Gutierrez, Fernando; Barrera, Marcelo; José, Marta</i>
Título del artículo	Breve aproximación a la historia institucional de la enfermería en la Universidad Nacional de La Matanza
N° de fascículo	<i>1</i>
N° de Volumen	<i>3</i>
Revista	<i>Antigua Matanza</i>
Año	<i>2019</i>
Institución editora de la revista	<i>Universidad Nacional de La Matanza</i>
País de procedencia de institución editora	<i>Argentina</i>
Arbitraje	SI
ISSN:	<i>2545-8701</i>
URL de descarga del artículo	<i>https://antigua.unlam.edu.ar/index.php/antigua_matanza/article/view/47</i>
N° DOI	

Libro 1:	
Autores	<i>Coppolecchio, Leandro; Albertolli, María</i>



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

	<i>de las Mercedes Barrera, Marcelo Carnovali, Marcos José, Marta López, Miriam Martínez, Flavia Moreira, Karina Proto Gutierrez, Fernando</i>
Título del artículo	Modelo de Prácticas de Cuidado en Salud Materno Infantil en la Región Sanitaria XII: Análisis de Situación de Salud con Sistemas de Información Geográfica
Año	2020
Institución editora	<i>Universidad Nacional de La Matanza</i>
País de procedencia de institución editora	<i>Argentina</i>
ISBN:	9798572286205

B.4. Trabajos presentados a congresos y/o seminarios

Autores	Silvana Karina Moreira
Título	El cuidado en las teorías de enfermería
Año	2019
Evento	Congreso Interdisciplinario de Ciencias de la Salud
Lugar de realización	<i>San Justo</i>
Fecha de presentación de la ponencia	<i>11 de septiembre</i>
Entidad que organiza	<i>Universidad Nacional de La Matanza</i>
URL de descarga del trabajo (especificar solo si es la descarga del trabajo; formatos pdf, e-pub, etc.)	

--



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

Autores	Laura Elcira Frutos; Silvana Karina Moreira; Valeria Beatriz Surbano-Rodriguez
Título	Concepto de Enfermería de los estudiantes de la carrera Lic. en Enfermería de la UNLaM
Año	2019
Evento	Congreso Interdisciplinario de Ciencias de la Salud
Lugar de realización	San Justo
Fecha de presentación de la ponencia	11 de septiembre
Entidad que organiza	Universidad Nacional de La Matanza
URL de descarga del trabajo (especificar solo si es la descarga del trabajo; formatos pdf, e-pub, etc.)	

B.5. Otras publicaciones

Autores	Proto Gutierrez, Fernando
Año	2020
Título	Conversatorio: Charla con Expertos
Medio de Publicación	Zoom

C. Otros resultados. Indicar aquellos resultados pasibles de ser protegidos a través de instrumentos de propiedad intelectual, como patentes, derechos de autor, derechos de obtentor, etc. y desarrollos que no pueden ser protegidos por instrumentos de propiedad intelectual, como las tecnologías organizacionales y otros. Complete un cuadro por cada uno de estos dos tipos de productos.

C.1. Títulos de propiedad intelectual. Indicar: Tipo (marcas, patentes, modelos y diseños, la transferencia tecnológica) de desarrollo o producto, Titular, Fecha de solicitud, Fecha de otorgamiento



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

Tipo	Titular	Fecha de Solicitud	Fecha de Emisión

C.2. Otros desarrollos no pasibles de ser protegidos por títulos de propiedad intelectual. Indicar: Producto y Descripción.

Producto	Descripción
Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado – ProICC 1.0	<p><i>Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado – ProICC 1.0 ha sido desarrollado por la Universidad Nacional de La Matanza – Departamento de Ciencias de la Salud – Licenciatura en Enfermería, a través del Proyecto Proince 2019-2020: "Modelo de Prácticas de Cuidado Materno-Infantil en La Matanza - Dir. L. Coppolecchio e integrado por Albertolli, María Mercedes; Barrera, Marcelo; Carnevali, Marcos; Escalle, Miriam; José, Marta; López, Miriam; Martínez, Flavia; Moreira, Karina; Proto Gutierrez, Fernando.</i></p> <p><i>Fecha de lanzamiento: Nov 26, 2020.</i></p> <p><i>ProICC está protegido por una "Licencia Creative Commons – Atribución No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional."</i></p>

D. Formación de recursos humanos. Trabajos finales de graduación, tesis de grado y posgrado. Completar un cuadro por cada uno de los trabajos generados en el marco del proyecto.

D.1. Tesis de grado

Director (apellido y nombre)	Autor (apellido y nombre)	Institución	Calificación	Fecha /En curso	Título de la tesis

D.2 Trabajo Final de Especialización

Director (apellido y nombre)	Autor (apellido y nombre)	Institución	Calificación	Fecha /En curso	Título del Trabajo Final

D.2. Tesis de posgrado: Maestría



Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

Director (apellido y nombre)	Tesista (apellido y nombre)	Institución	Calificación	Fecha /En curso	Título de la tesis

D.3. Tesis de posgrado: Doctorado

Director (apellido y nombre)	Tesista (apellido y nombre)	Institución	Calificación	Fecha /En curso	Título de la tesis

D.4. Trabajos de Posdoctorado

Director (apellido y nombre)	Posdoctorando (apellido y nombre)	Institución	Calificación	Fecha /En curso	Título del trabajo	Publicación

E. Otros recursos humanos en formación: estudiantes/ investigadores (grado/posgrado/ posdoctorado)

Apellido y nombre del Recurso Humano	Tipo	Institución	Período (desde/hasta)	Actividad asignada ¹

F. Vinculación²: Indicar conformación de redes, intercambio científico, etc. con otros grupos de investigación; con el ámbito productivo o con entidades públicas. Desarrolle en no más de dos (2) páginas.

G. Otra información. Incluir toda otra información que se considere pertinente.

--

¹ Descripción de la/s actividad/es a cargo (máximo 30 palabras)

² Entendemos por acciones de “vinculación” aquellas que tienen por objetivo dar respuesta a problemas, generando la creación de productos o servicios innovadores y confeccionados “a medida” de sus contrapartes.



H.

Código	FPI-009
Objeto	Guía de elaboración de Informe final de proyecto
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	5
Vigencia	03/9/2019

Cuerpo de anexos:

- Anexo I: Copia de cada uno de los trabajos mencionados en los puntos B, C y D, y certificaciones cuando corresponda.³
- Anexo II:
 - FPI-013: Evaluación de alumnos integrantes. (si corresponde)
 - FPI-014: Comprobante de liquidación y rendición de viáticos. (si corresponde)
 - FPI-015: Rendición de gastos del proyecto de investigación acompañado de las hojas foliadas con los comprobantes de gastos.
 - FPI-035: Formulario de reasignación de fondos en Presupuesto.
- Anexo III: Alta patrimonial de los bienes adquiridos con presupuesto del proyecto (FPI 017)
- Nota justificando baja de integrantes del equipo de investigación.



Leonardo G. Coppolovich

Firma y aclaración
del director del proyecto.

Lugar y fecha : San Justo, 3 de febrero de 2021

- Presentar una copia impresa firmada del presente documento junto con los Anexos, y enviar todo en archivo PDF por correo electrónico a la Secretaría de Investigación Departamental.
Límite de entrega: 28 de febrero de 2020

³ En caso de libros, podrá presentarse una fotocopia de la primera hoja significativa o su equivalente y el índice.



Código	FPI-002
Objeto	Protocolo de presentación de proyectos de investigación
Usuario	Director de proyecto de investigación
Autor	Secretaría de Ciencia y Tecnología de la UNLaM
Versión	2.2
Vigencia	20/10/2015

Unidad Ejecutora

Departamento de Ciencias de la Salud

Título del proyecto de investigación:

Modelo de Prácticas de Cuidado en Salud Materno-Infantil en la Región Sanitaria XII
Análisis de Situación de Salud (ASiS) con Sistemas de Información Geográfica

Programa de acreditación:

Proince

Director del proyecto:

Coppolecchio, Leandro

Integrantes del equipo:

Albertolli, María de las Mercedes

Barrera, Marcelo

Carnevali, Marcos

José, Marta

López, Miriam

Martínez, Flavia

Moreira, Karina

Proto Gutierrez, Fernando

Fecha de inicio: 01/01/2019

Fecha de finalización: 12/31/2019

Sumario

1. Cuadro resumen de horas semanales dedicadas al proyecto por parte de director e integrantes del equipo de investigación..... p. n°2
2. Plan de investigación..... p. n°3
3. Recursos existentes..... p. n°41
4. Presupuesto solicitado.....p. n°41

1. Cuadro resumen de horas semanales dedicadas al proyecto por parte de director e integrantes del equipo de investigación:

Rol del integrante	Nombre y Apellido	Cantidad de horas semanales dedicadas al proyecto
Director	Leandro Coppolecchio	9
Co-director		
Director de Programa		
Docente-investigador UNLaM	Albertoli, María de las Mercedes	6
	Barrera, Marcelo	9
	Carnevali, Marcos	3
	José, Marta	6
	López, Miriam	9
	Martínez, Flavia	6
	Moreira, Karina	9
	Proto Gutierrez, Fernando	9
Investigador externo		
Asesor-Especialista externo		
Graduado de la UNLaM		
Alumno de carreras de posgrado (UNLaM)		
Alumno de carreras de grado (UNLaM)		
Personal de apoyo técnico administrativo		

2. PLAN DE INVESTIGACIÓN

2.1 Resumen del Proyecto:

El Análisis de la Situación de Salud (ASIS) con marcadores geo-referenciados del estado de las prácticas ético-culturales de cuidado en Salud Materno-Infantil (SMI) en la Región Sanitaria XII a través de meta-investigación, tiene por finalidad modelar la situación actual del cuidado, por medio de tecnología en Sistemas de Información Geográfica (SIG), tal que de ellos pueda inferirse una intervención efectiva por parte de organizaciones público/privadas que accedan a información validada científicamente a través de software multiplataforma patentado.

La observación geo-referenciada de marcadores de estado de prácticas de cuidado en SMI es formalizada por medio de lógica de predicados y teoría de conjuntos, para generar así una descripción y heurística interpretativo-topológica de los *hábitos y conocimientos* sanitarios en la Región Sanitaria XII.

De esta manera, el proyecto que se presenta sistematiza el conocimiento científico locamente producido, geo-situándolo por medio de herramientas informáticas específicas, a fin de mapear (proyectar) la descripción del cuidado en SMI y la modalidad de las prácticas de salud realizadas en el territorio.

2.2 Palabras clave: Sistema de Información Geográfica; Análisis de Situación de Salud; Salud Materno-Infantil; Cuidado; Meta-investigación

2.3 Tipo de investigación:

2.3.1 Básica:

2.3.2 Aplicada: X

2.3.3 Desarrollo Experimental:

2.4 Área de conocimiento (código numérico y nombre):

3000 - Ciencias de la Salud

2.5 Disciplina de conocimiento (código numérico y nombre):

3001 Ciencias de la Salud y Ambiente

2.6 Campo de aplicación (código numérico y nombre):

3002 Ciencias y Servicios de la Salud

3237 Salud Pública

0503 Geografía Humana

2.7 Estado actual del conocimiento:

La bibliografía actual referida a ASIS con empleo de SIG tiene a la accesibilidad como objeto central de estudio, en tanto la investigación dirigida por Hilda Noemía Agostino ha irrumpido en un espacio de vacancia teórica, al estructurar una historia inédita del proceso de desarrollo de la infraestructura sanitaria de La Matanza. La misma ha sido desarrollada por la Junta de Estudios Históricos de La

Matanza, junto a la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de La Matanza (UNLaM), por medio del Proyecto Proince: “La Historia sociocultural de la salud en el Partido de La Matanza, a través de las instituciones y protagonistas (Siglo XX)”, dirigida por Hilda Noemí Agostino e integrada por Analía Artola, Mirta Natalia Bertune, Rodolfo Ledesma, Raúl Pomés, Pablo José Reid, María Gabriela Silva y Pablo Fernando López.

El estudio, ejecutado entre los años 2013-2014 “abordó la construcción de una historia del cuidado de la salud de la población de La Matanza desde su creación con el objetivo de explicar el mapa de salud actual” (Carta Informativa 2015:1). La pregunta estructurante fue ¿cómo se originó, observado desde una perspectiva histórica, el mapa sanitario actual del Partido de La Matanza? Así es que se pone en consideración una *historia sociocultural del cuidado de la salud del municipio*, indicando “la génesis y la evolución de las instituciones, gestionadas por el estado, existentes, señalando los períodos en que éstas surgieron y los marcos contextuales e ideológicos, tanto provincial como nacional en que se produjo, además de procurarse el rescate de los nombres y del accionar de los protagonistas locales relacionados con estos procesos” (Carta Informativa 2014:1).

Los investigadores concluyen en que la heurística histórica en torno al cuidado de la salud es indisoluble respecto del contexto socio-político y económico, siendo ello manifiesto en el caso de La Matanza, donde la construcción de la infraestructura sanitaria del partido ha dependido ineludiblemente del accionar del Estado.

La relevancia del estudio está dada en ser él mismo un aporte en un área de vacancia en la historia de La Matanza, a la vez que fue construido a los fines de la difusión como material didáctico sistematizado para estudiantes del entonces reciente Departamento de Ciencias de la Salud UNLaM. En tanto el estudio que se cita ha sido el más relevante de los últimos diez años al momento de trazar una historia sociocultural del cuidado en La Matanza, éste ya confirma el estado de vacancia del campo, en rigor, en Historia general sólo son referenciados los artículos:

A. Agostino, Hilda N. “El presente del Sector Salud en el Partido de La Matanza”. En: Carta Informativa de la Junta de Estudios Históricos de La Matanza. Nº 5 de Diciembre del 2002.UNLaM.

B. Agostino, Hilda N. (2004) “Noticias históricas sobre la atención de la salud”. En: Breve historia en Imágenes de La Matanza. (CD-ROM) Junta de Estudios Históricos de La Matanza. UNLaM.

C. Agostino, H., POMÉS. R. (2010) Historia política económica y social del partido de La Matanza. Desde la prehistoria hasta fines del siglo XX. Ramos Mejía, Editorial CLM.

Son considerados aportes en el campo histórico la obra del Padre Pantaleo sobre atención de la salud y educación y “El Partido Bonaerense de La Matanza” de Jorge Newton, con un acercamiento completo a la historia del partido.

El proyecto citado estructura las fases históricas de acuerdo a modelos de gestión sanitaria correspondientes a momentos socio-políticos del país, esto es, señala el modelo higienista liberal, desarrollista centralizador y neoliberal-descentralizador; en esta misma línea, el artículo de Analía Bertolotto, Ana Fuks y Mario Rovere (2012) “Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto” describe dichos modelos en relación estricta con la denominación genérica Salud Materno-Infantil, para concluir en que las prácticas socio-sanitarias “si bien no eran perceptibles para los propios actores, las concepciones y las prácticas se encuentran signadas por la frontera invisible de las ‘marcas indelebles de la dictadura’, y por ende la ausencia de un enfoque participativo-social que incorpore una acción intersectorial y una perspectiva intercultural” (Bertolotto et al 2012:372).

El informe “Áreas de influencia sanitaria del partido de La Matanza determinadas por análisis espacial en SIG vectorial: un aporte metodológico” de Cristina Massera, en el Departamento de Geografía.

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, ha construido un registro en SIG Vectorial accesible con SIG, durante el período 2001-2002, aplicados a la disciplina de Geografía Médica.

La investigación metodológica tuvo por objetivo delimitar áreas de influencia de los efectores de salud mediante análisis espacial, considerando la accesibilidad por distancia a los mismos: "Los elementos centrales del estudio son: 1) La aplicación de un método para evaluar la disponibilidad y áreas de influencia de servicios de salud. 2) El uso de un SIG para el análisis espacial de la información y la visualización de los resultados en mapas" (Massera 2008:50).

Por su parte, en el año 2009 Magdalena Chiara, María Mercedes Di Virgilio y Javier Moro publican sobre las "Inequidad(es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires. Una mirada desde la gestión local", donde concluyen que la política sanitaria de la región está reducida a un proceso histórico –estatuto hermenéutico análogo al inscrito en "La Historia sociocultural de la salud en el Partido de La Matanza, a través de las instituciones y protagonistas (Siglo XX)"-, en el que el Estado y los estados provinciales ha generado equilibrios y tensiones, en tanto "la debilidad (y consecuente heterogeneidad según las jurisdicciones tanto provinciales como municipales) que tiene el encuadre institucional formal sobre el cual se "escribe" la descentralización de la política sanitaria. Esta situación dio lugar a distintos espacios de producción de política sanitaria con atributos muy diferentes y altos niveles de "autonomía relativa" (Chiara et al. 2009:97-128).

De aquí que, junto con el informe de Cristina Massera, la inequidad manifiesta en la accesibilidad geográfica a los servicios de salud concita también relevante interpretar que el proceso de descentralización exacerbada del sistema sanitario ha centralizado la relevancia de los municipios en la aplicación de los programas nacionales, así como su ineficiencia:

Si este "juego" domina las relaciones intergubernamentales (en particular aquellas que se dan entre la nación y los municipios), no puede sorprender la jerarquía que adquiere la noción topográfica del territorio; regida por la lógica de respuesta a las demandas propias de cada población, esta lógica (denominada "localista") llega en algunos casos a demarcar un sentido de exclusión de población residente en otros partidos. Desde este enfoque, la necesidad política de los actores supralocales de construir una "llegada" al territorio está atentando, más allá de los discursos tecnocráticos, contra la posibilidad de construir una red efectiva de servicios; compartiendo así un "sentido de la urgencia" que se vehiculiza en una agenda (común) organizada desde lo hospitalocéntrico (Chiara et al. 2009:97-128).

Luego, el territorio es comprendido ya no sólo desde la estricta dimensión geográfica, sino también desde una perspectiva socio-política, de tal que la geografía sanitaria se encuentre atravesada por múltiples-dimensiones de análisis.

El artículo "Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades" de Diana De Pietri, Patricia Dietrich, Patricia Mayo, Alejandro Carcagno y Ernesto de Titto, es análogo al informe de Massera, se centra en la Cuenca Riachuelo-Matanza, definiendo indicadores específicos que contribuyen a realizar análisis geo-espaciales respecto de la accesibilidad de la infraestructura sanitaria del distrito.

Por último, la Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo (ACUMAR) ha realizado en 2014 el "Informe sociodemográfico y de salud del Partido de La Matanza, a través del Observatorio Unidad Ambiental Virrey del Pino", redactado por De Anseris, María Laura Lazo Dondero, Luis Ernesto Pechloff, Federico y Weinschelbaum, Cecilia, esto es, el más relevante ASiS accesible en sistema de datos abiertos para la comunidad.

2.8 Problemática a investigar:

El Análisis de la Situación de Salud (ASiS) es definido como un proceso analítico-sintético a partir del cual es posible describir (caracterizar y medir) y analizar (explicar) el estado de la salud-enfermedad poblacional, incluyendo sus determinantes. Los ASiS permiten entonces identificar las necesidades y prioridades en salud y evaluar los programas más efectivos a ser implementados por los agentes intervinientes en la materia (Organización Panamericana de la salud, 1999).

El estudio que se presenta aplica ASiS por medio de SIG, para desarrollar así un mapa (software multiplataforma) con marcadores geo-referenciados del estado de las prácticas de cuidado ético-cultural en Salud Materno-Infantil (SMI) en la Región Sanitaria XII (RSXII) a través de meta-investigación, esto es, para modelar dichas prácticas de cuidado –incluyendo las dimensiones de análisis: “hábitos y conocimientos”-. Luego, la pregunta estructurante del estudio se formula del siguiente modo: ¿Cuáles son las características del modelo que describe las prácticas de cuidado en SMI en la Región Sanitaria XII, de acuerdo al ASiS topológicamente geo-referenciado?

El modelo que describe las prácticas de cuidado en SMI de la RSXII requiere de la traducción de las relaciones entre los agentes componentes del ASiS a lenguaje de lógica formal de predicados o de segundo grado, a fin de establecer los conjuntos y modalidades de interacción y función entre los elementos que los constituyen.

La formalización lógica de las relaciones dadas entre los conjuntos es condición de posibilidad estructural para la proyección geo-referenciada del estado del cuidado en SMI, por medio de metodología geográfica de análisis por superposición temática y aplicación de modelado cartográfico. Luego, la sistematización de un modelo lógico-conjuntivo estructurado en lenguaje artificial no sólo permite ser él mismo traducido a un lenguaje natural en formato audiovisual (mapa = software), sino también la posibilidad de valuación, simulación y predicción de eventos con base en los datos (constantes) suministrados al sistema.

El modelado de las prácticas de cuidado socio-sanitario (hábitos y conocimientos) en la Región Sanitaria XII, supone entonces la superposición de los conjuntos lógicos (capas), articulados de acuerdo a sus relaciones, en un territorio geográfico formal clasificado por dichas divisiones lógicas. La resultante del proceso será, entonces, el mapa de estado de las prácticas de cuidado en SMI de la RSXII, considerando como conjuntos lógicos (capas), los componentes estandarizados para ASiS. En conformidad con la adecuación de los objetivos del proyecto a políticas públicas u objetivos estratégicos como así también a su vinculación a objetivos de política de sectores y redes de la sociedad civil, el desarrollo del software propuesto responde a Objetivos de Gobierno (IV) de “Desarrollo Humano Sustentable”, entre las Prioridades de Gobierno (43) de “Cobertura Universal de Salud” y al Objetivo de Desarrollo Sustentable 2030 (3) “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” expuestos en los Objetivos de Desarrollo Sustentable 2030 de la Organización Mundial de la Salud.

Es relevante, asimismo, la adecuación del proyecto al “Manual para la adaptación local a los ODS” que sostiene la tarea de monitorización social y promoción de la perspectiva de los Derechos Humanos de actores locales como organizaciones sociales y universidades. El “Manual...” sostiene que “Otro recurso interesante para la gestión de la información son los sistemas de información georreferenciada (SIG), que permiten visualizar distintos tipos de información en mapas (...) La visualización territorial de los datos, por medio de mapas, es una herramienta muy útil sea para procesos de planificación, como para el monitoreo de la ejecución de políticas públicas” (ODS S/D:63).

Luego, el desarrollo de un software multiplataforma de mapeo de datos referidos a las prácticas de cuidado en SMI con base en el ASiS de la Región Sanitaria XII es relevante en cuanto que se adecua

a los objetivos políticos, prioridades de gobierno y ODS 2030, como parte de un proceso de monitorización de la dimensión de (auto)cuidado en La Matanza.

2.9 Objetivos:

Objetivo General

Describir el modelo de las prácticas ético-culturales de cuidado en Salud Materno-Infantil en la Región Sanitaria XII, a través de la geo-localización de información (SIG) producida a través de Análisis de Situación de Salud (ASiS), a fin de desarrollar un aplicativo en formato de software multiplataforma de acceso público.

Objetivos específicos

El desarrollo de un software multiplataforma con registro de datos socio-sanitarios de sistema abierto, considera tres objetivos consistentes:

- A. Formalización descriptiva de los datos recolectados a través de ASiS y del Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado (ProICC), desarrollado por la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.
- B. Descripción interpretativo-topológica o meta-investigación del conocimiento producido por ProICC, a partir de la descripción de las relaciones entre los conjuntos lógicos establecidos en el ASiS.
- C. Marcación informática del estado de las prácticas de cuidado en SMI en la región, a través de un sistema de mapeo por capas, del que resulte la patente del software multiplataforma final.

2.10 Marco teórico:

Conceptos teórico-metodológicos

Definición de modelo

De acuerdo a la concepción semántica de la ciencia, el modelo de un sistema axiomático es definido –en términos generales-, como aquél en el que toda interpretación verifica los axiomas; el modelo es una consecuencia de conjuntos, el primero de los cuales contiene a los entes del sistema y los restantes las relaciones y funciones. De esta manera, un modelo, en cuanto sistema, satisface ciertos axiomas, representando un sector de la realidad.

La realidad que se pretende representar en este estudio son las “prácticas de cuidado” (unidad de análisis) en SMI (delimitación formal del objeto material), desde la dimensión interpretativa: “hábitos” y “conocimientos”, en el espacio formal de La Matanza, de acuerdo a divisiones lógicas instituidas desde una perspectiva socio-sanitaria.

Definición de cuidado

Madeleine Leininger considera el cuidado como "las acciones y actividades dirigidas a ayudar, apoyar o capacitar a individuos o grupos con necesidades evidentes o anticipadas, para aliviar, sanar o mejorar una condición humana o estilo de vida o para enfrentar la muerte o la invalidez" (Leininger 2002:621). Desde esta perspectiva, el cuidado es indisociable de su dimensión cultural (la cual implica la transmisión generacional de valores, creencias y patrones de estilo de vida aprendidos), y el cual puede considerarse desde una perspectiva comunitaria o profesional.

Así, el cuidado es interdependiente del fenómeno de la cultura, de manera que concebir el “cuidado transcultural” requiere "descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia del cuidado y

el fenómeno de la cultura, con las diferencias y las similitudes entre las culturas y dentro de ellas" (Leininger 2002:4-6).

Entre los factores que Leininger señala para exponer el modelo de cuidado transcultural, es posible explicitar:

- Significativo incremento de las migraciones nacionales e internacionales.
- Aumento en las identidades multiculturales
- Uso maximizado de nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados en salud.
- Etnocentrismo profesional
- Aumento de los traslados internacionales
- Incremento de los conflictos producidos por razones culturales.
- Advenimiento de problemas de género
- Necesidad de cuidados basados en culturas de diferentes contextos ambientales.

El cuidado transcultural o universal supone entonces la interrelación de las acciones propias de enfermería y de los cuidados comunitarios con el conjunto de prácticas culturales en el que se desarrollan. Así es que el cuidado cultural considera acciones o decisiones de acuerdo a expresiones, patrones y prácticas de cuidado situadas en un contexto cultural específico.

Modelo de cuidado transcultural

Meleis (1999) define al cuidado culturalmente competente como aquel en el que un agente es en sí mismo empático con respecto a las diferencias sustantivas de los pacientes y a sus respuestas con fundamento en factores como la herencia, orientación sexual, situación socioeconómica, etnia y experiencia cultural.

En el campo de la disciplina enfermera y, específicamente de la etnoenfermería, se han desarrollado modelos de competencia cultural a partir de los cuales se identifican los aspectos culturales que inciden en las prácticas de cuidado y su relación.

El "Modelo del Sol Naciente" de Leininger se estructura a partir de 4 niveles:

- Representa el medio en el que se desarrolla el individuo a través de estructuras sociales específicas.
- Información sobre los significados y expresiones relacionadas con los cuidados, interpretados desde la antropología y la etnoenfermería
- Desarrollo de trabajo multidisciplinario en el equipo de profesionales de la salud
- Cuidados de enfermería orientados a preservar al individuo en forma holística.

Dentro de la enfermería transcultural se han desarrollado varios modelos de "competencia cultural" que buscan identificar los aspectos de la cultura que influyen en el cuidado y la relación que existe entre ellos, así como las características de los cuidadores de salud "culturalmente competentes". Entre estos se encuentra el modelo de valoración transcultural de Joyce Newman Giger y Ruth Davidhizar (13); el modelo de competencia cultural de Larry Purnell; el proceso de competencia cultural en los servicios de cuidado de la salud de Campinha-Bacote; y la perspectiva cultural trabajada por Juliene Lipson.

De acuerdo a Leininger (2002, 2006) el carácter transcultural de la enfermería precisa "se refiere a la identificación y documentación sistemática de las creencias, significados, valores, símbolos y

prácticas de cuidado cultural de los individuos o grupos dentro de una perspectiva holística, que incluye la visión del mundo, las experiencias de vida, el contexto medioambiental, la etnohistoria, el idioma y la influencia de diversas estructuras sociales".

Prácticas de cuidado de la salud

Las prácticas de cuidado se encuentran necesariamente asociadas al término "vida", de tal que se cuida de la vida para sobrevivir. Más, "los cuidados dan lugar a prácticas y hábitos que se forjan partiendo del modo en que los hombres y mujeres aprehenden y utilizan el medio de vida que les rodea (...) y cuando las prácticas se perpetúan generan por sí mismas ritos y creencias" (Collière MF. 1997:5-7). Así es que se da una relación dinámica entre creencias y prácticas (Harris 2000), por la cual las creencias influyen en las prácticas, las que a su vez pueden modificar a las creencias, en respuesta al entorno.

Collière (1997) reduce el cuidado relativo al cuerpo y a la alimentación a una función maternal-femenina, en tanto el hombre (ocupado en tareas de caza o guerra), cuida del cuerpo herido debiendo tratarlo en el conocimiento de herramientas y productos que facilitaran la cura. Tal división sexual del cuidado responde a esquemas vinculados a la estructuración de sociedades patriarcales o matriarcales.

En el contexto de la salud, Benner (1996) considera la continua innovación de la práctica está determinada por su estricta constitución cultural, implicando en ella la noción de bien; de aquí que la práctica de cuidado sea en sí también ética, en cuanto adquiere su significado culturalmente.

En este sentido, Purnell y Paulanka (2003) consideran que hay prácticas consideradas prescriptivas, restrictivas y tabú, análogas a las creencias existentes en la cultura.

Rosenstock y Harris y col. (1966, 1979), definen las prácticas de cuidado como "la actividad efectuada por una persona que se cree saludable o que quiere volver a serlo, con el propósito de prevenir o limitar una enfermedad o, mejor aún, de detectarla en una etapa aún asintomática".

Luego, las prácticas de cuidado se constituyen de acuerdo a un carácter ético-cultural, esto es, en el marco de "hábitos" (rituales) o conocimientos (técnicos o creencias) efectuados en forma de autocuidado o de cuidado a otra persona.

Las prácticas de cuidado reciben el nombre de "comportamiento de salud", actividades o hábitos, cuya finalidad es el bien subjetivo, comunitario y/o ambiental, esto es, prevenir o tratar una enfermedad. Al inscribirse en un marco referencial cultural, las prácticas pueden ser prescriptivas, restrictivas o tabú.

Clasificación espacial por divisiones lógicas del territorio

La Matanza se sitúa en el centro-oeste del Gran Buenos Aires (GBA) sobre una superficie llana con una altura promedio de 20 msnm. Es el municipio con mayor extensión en el conurbano, al contar con una superficie total de 325,71 kilómetros cuadrados, atravesada por arroyos, riachos y por el río Matanza-Riachuelo, que desemboca en forma directa con el Río de La Plata.

Está conformado por 16 localidades: San Justo (cabecera), 20 de Junio, Aldo Bonzi, Ciudad Celina, Ciudad Evita, González Catán, Gregorio de Laferrere, Isidro Casanova, La Tablada, Lomas del Mirador, Rafael Castillo, Ramos Mejía, Tapiales, Villa Luzuriaga, Villa Madero y Virrey del Pino.

La Matanza limita al noroeste con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, al sudoeste con Cañuelas y Marcos Paz, al sudeste con los partidos de Lomas de Zamora y Esteban Echeverría; por último, al noroeste con Marcos Paz, Merlo, Morón y Tres de Febrero.

Regiones Sanitarias: Massera (2008) señala la delimitación y características generales de las sub-

regiones de salud que componen las RSXII.

Región Sanitaria I (RSI): Presenta la menor cantidad de población, caracterizándose ella por el su dispersión en un territorio rural: “Un alto porcentaje de la población carece de agua potable, no tiene cloacas, la mayoría de las calles son de tierra lo que hace muy difícil el acceso a los efectores de salud cuando llueve y la comunicación entre los efectores es casi nula” (Massera 2008:63).

La población subsiste en condiciones precarias, de lo cual se infiere que la cobertura ASiStencial de salud depende del sector público.

El Hospital Dr. Equiza es cabecera de la RSI.

Región Sanitaria II (RSII): La RSII se encuentra constituida por las localidades de Gregorio de Laferrere, Ciudad Evita y Aldo Bonzi, y sectores de Rafael Castillo, San Justo y La Tablada.

La población manifiesta graves problemas de carácter higiénico por ausencia de saneamiento ambiental por parte del Estado, así como un alto porcentaje de necesidades insatisfechas.

El Hospital Dra. Teresa Germani es cabecera de la RSII.

Región Sanitaria III (RSIII): La RSIII es, en términos históricos, la que presenta mayor antigüedad –desarrollándose, con Tobar (2003) desde la institución del Estado liberal (hasta 1945). Presenta el mayor nivel de saneamiento ambiental, con excepción de barrios emergentes como Almafuerde, Santos Vega, Los Pinos, Las Antenas, Las achiras y La Salada (Massera 2008).

Localización de Instituciones Sanitarias Públicas de La Matanza, de acuerdo a RS

Localidades	Superficie (Km ² .)	Instituciones Sanitarias Públicas
RSI	182,1	
Virrey del Pino	116,52	Unidad de Salud Francisca Caputo
		Unidad de Salud La Esperanza
		Unidad de Salud Móvil Mi Esperanza
		Unidad de Salud San Pedro
		Centro de Salud Dr. Domingo Roca N° 2
González Catán	51,36	Unidad de Salud Los Álamos
		Unidad de Salud Los Ceibos
		Hospital Simplemente Evita
		Centro de Salud N1 Dr. Ignacio Ezcurra
		Unidad de Salud Barrio Independencia
		Hospital Materno Infantil José Equiza
20 de Junio	14,22	Unidad de Salud Dr. Roque Pérez
RSII	78,66	
Aldo Bonzi	4,94	Unidad de Salud Aldo Bonzi
Ciudad Evita	16,22	Unidad de Salud Juan XXIII (Bo. 22 de Enero)
		Unidad de Salud Centro Cívico La Quilla
		Hospital Dr. Alberto Balestrini
Gregorio de Laferrere	23,73	Unidad de Salud Don Juan
		Hospital Materno Infantil Teresa Luisa Germani
		Unidad de Salud Villa Giardino
		Unidad de Salud Laferrere
		Cooperativa Sala de Salud Padre Mario

Isidro Casanova	19,52	Sala de Salud San Pedro
		Unidad de Salud El Tambo
		Unidad Sanitaria Juan Manuel De Rosas
		Unidad de Salud 17 de Agosto
		Unidad De Salud San Carlos
		Centro de Salud Dr. Giovinazzo
		Hospital Paroissien
Rafael Castillo	14,25	Unidad de Salud Monseñor Bufano
		Unidad de Salud San José Obrero
		Unidad de Salud Rafael Castillo
		Unidad de Salud El Torero
		Centro de Salud Dr. Sakamoto
		Hospital Dr. René Favaloro
		Hospital del Niño de San Justo
RSIII	64,95	
La Tablada	10,71	Unidad De Salud La Tablada
		Unidad de Salud Saturnino Segurola
		CIC Salud Las Antenas
Lomas del Mirador	5,5	
Ramos Mejía	9,81	Unidad de Salud Dr. Manuel Viera
San Justo	15,13	CIC Salud Almafuerde
		Hospital del Niño de San Justo
		Policlinico Central San Justo
		Unidad de Salud Santos Vega
Tapiales	4,86	
Villa Luzuriaga	9,43	
Villa Madero	9,51	

Luego, la clasificación espacial por divisiones lógicas del territorio formal de La Matanza, se corresponde con las Regiones de Salud RSI, RSII y RSIII, descritas por Massera (2008)

Descripción de la situación sociohistórica de la infraestructura sanitaria

El primer conjunto lógico o capa contiene un sistema integrado por las cuatro fases históricas descritas por Federico Tobar (2003) en “Breve Historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina” y utilizados por el proyecto Proince: “La Historia sociocultural de la salud en el Partido de La Matanza, a través de las instituciones y protagonistas (Siglo XX)”, dirigida por Agostino, Hilda Noemí e integrada por Artola, Analía Yael. Bertune Fatgala, Mirta Natalia. Ledesma, Rodolfo Gabriel. Pomés, Raúl. Reid, Pablo José. Silva, María Gabriela. Becario: López, Pablo Fernando.

Conforme a ello, se observan cuatro fases para la historia de las políticas socio-sanitarias de la RSXII, concomitantes con el desarrollo del capitalismo mismo en el siglo XX:

Estado liberal – Modelo higienista: concepción por la cual las condiciones del medio físico y social determinan las prácticas de auto-cuidado de la sociedad laica, en tanto la función del Estado consiste en aislar a los enfermos, evitando la propagación de las infecciones, circunstancia histórica en la que emerge la disciplina epidemiológica como auxiliar de las prácticas biopolíticas

gubernamentales; se prioriza el saneamiento del medio natural, en tanto la actividad médica es monopolizada por servicios de beneficencia y caridad: “En este modelo coexistían la “Asistencia Pública”, los “hospitales del Estado”, y el sistema “de beneficencia” para los pobres, junto con la medicina privada utilizada por la clase alta y media. Además se agregaron las mutuales por nacionalidades, sistema de hospitales de socorros y ayuda mutuos nacidos de la transformación social que generó la inmigración” (Agostino et al. 2015:11).

Estado de compromiso: conserva la infraestructura sanitaria del modelo anterior, adjuntando al esquema de centralización estatal la expansión sistémica de la salud en tanto pública, abordada ésta desde una dimensión social-colectiva; la estadística epidemiológica signa los espacios en los que deben asignarse los recursos. Se expandieron las acciones públicas desde un aparato estatal centralizado para garantizar la salud de la población, convirtiéndose en un derecho ciudadano. El estado debía proveer servicios de atención, controlar y regular la tecnología y los recursos disponibles y tomar medidas preventivas para controlar agentes ambientales causantes” (Agostino et al. 2015:11).

Estado desarrollista: la salud pública es comprendida en el marco de la planificación para el desarrollo social, de modo que las políticas sanitarias son coordinadas como condición de mejora del proceso económico, junto con la escolarización. La planificación supuso la construcción de sistemas de recolección de información socio-sanitaria, como base para la mejora de las intervenciones de las políticas públicas.

El Estado neoliberal: el neoliberalismo concitó un proceso de des-centralización de la infraestructura sanitaria y de las políticas públicas, transferidas como responsabilidad de las provincias y, a su vez, de los municipios. La comprensión de la salud como mercancía inquirió a la emergencia de la actividad privada; la función estatal consistió en subsidiar los servicios sociales de aquellos agentes sociales sin capacidad de acceso a la salud privada, consolidó así un modelo fragmentado expandiéndose el sistema de obras sociales: “Este enfoque sanitario, además del achicamiento del papel del Estado, se encontró signado por la discusión por el ‘mejoramiento de la calidad’ de la atención médica y su evaluación, en el marco de la competencia” (Agostino et al. 2015:10).

En síntesis, Tobar sistematiza las fases históricas de la infraestructura sanitaria, en conformidad con las modalidades de intervención del Estado, en relación al mercado y la sociedad civil (Agostino et al. 2015:11).

Período	Modelo	Observación
Hasta 1945	Estado liberal-higienista	Escasa regulación estatal: “ASiStencia Pública”; “Hospitales del Estado”, y sistema “de beneficencia”.
1945-1955	Estado de compromiso	Planificación estatal centralizada
1955-1970	Estado desarrollista	Modelo pluralista de planificación descentralizada
1970-1990	Estado neoliberal	Consolidación y crisis del modelo fragmentado
1990-2001		Desregulación de los mercados de la salud
2001-2015		Tentativa de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social

Las fases históricas correspondientes al proceso de construcción de la infraestructura sanitaria se corresponden con el primer conjunto lógico o “Capa 01 – C01 – Modelos Históricos”, simplificada del siguiente modo:

Período	Modelo	Código de referencia
Hasta 1945	Estado liberal-higienista	EL0045
1945-1955	Estado de compromiso	EC4555
1955-1970	Estado desarrollista	ED5570
1970-1990	Estado neoliberal	EN7090
1990-2001		EN9001
2001-2011	Estado keynesiano	EK0111

De esta manera, el ASIS deberá considerar el contexto de construcción de la infraestructura sanitaria, señalando por medio de código de referencia el modelo al que cada una de las instituciones pertenece, con fundamento en la periodización realizada por Tobar (2003).

Descripción de los servicios de salud existentes

De acuerdo a la clasificación espacial del territorio de la RSXII en tres regiones de salud, cada una de ellas cuenta con efectores de primer nivel (Unidades Sanitarias), de segundo nivel (Centros de Salud) y un Hospital cabecera

Localidades	Superficie (Km ² .)	Instituciones Sanitarias Públicas
RSI	182,1	Hospital Cabecera: Hospital Materno Infantil José Equiza
Virrey del Pino	116,52	Unidad de Salud Francisca Caputo
		Unidad de Salud La Esperanza
		Unidad de Salud Móvil Mi Esperanza
		Unidad de Salud San Pedro
		Centro de Salud Dr. Domingo Roca N° 2
González Catán	51,36	Unidad de Salud Los Álamos
		Unidad de Salud Los Ceibos
		Hospital Simplemente Evita
		Centro de Salud N1 Dr. Ignacio Ezcurra
		Unidad de Salud Barrio Independencia
20 de Junio	14,22	Hospital Materno Infantil José Equiza
		Unidad de Salud Dr. Roque Pérez
RSII	78,66	Hospital Cabecera: Hospital Paroissien
Aldo Bonzi	4,94	Unidad de Salud Aldo Bonzi
Ciudad Evita	16,22	Unidad de Salud Juan XXIII (Bo. 22 de Enero)
		Unidad de Salud Centro Cívico La Quilla
		Hospital Dr. Alberto Balestrini
Gregorio de Laferrere	23,73	Unidad de Salud Don Juan
		Hospital Materno Infantil Teresa Luisa Germani
		Unidad de Salud Villa Giardino
		Unidad de Salud Laferrere
Isidro Casanova	19,52	Cooperativa Sala de Salud Padre Mario
		Sala de Salud San Pedro
		Unidad de Salud El Tambo
		Unidad Sanitaria Juan Manuel De Rosas
		Unidad de Salud 17 de Agosto
		Unidad De Salud San Carlos
Centro de Salud Dr. Giovinazzo		
		Hospital Paroissien

Rafael Castillo	14,25	Unidad de Salud Monseñor Bufano
		Unidad de Salud San José Obrero
		Unidad de Salud Rafael Castillo
		Unidad de Salud El Torero
		Centro de Salud Dr. Sakamoto
		Hospital Dr. René Favalaro
		Hospital del Niño de San Justo
RSIII	64,95	Hospital Cabecera: Hospital del Niño de San Justo
La Tablada	10,71	Unidad De Salud La Tablada
		Unidad de Salud Saturnino Seguro
		CIC Salud Las Antenas
Lomas del Mirador	5,5	
Ramos Mejía	9,81	Unidad de Salud Dr. Manuel Viera
San Justo	15,13	CIC Salud Almafuerte
		Hospital del Niño de San Justo
		Policlínico Central San Justo
		Unidad de Salud Santos Vega
Tapiales	4,86	
Villa Luzuriaga	9,43	
Villa Madero	9,51	

Es tarea propia del presente estudio registrar las instituciones privadas de salud de la RSXII, así como los recursos disponibles y el cálculo de accesibilidad según densidad demográfica y condiciones geográficas generales.

Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población

Análisis Situación de Salud (ASiS) - ACUMAR (2014)

La Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo (ACUMAR) ha realizado en el año 2014 un ASiS en el que expone que, de acuerdo al Censo Nacional del año 2010, la población total de La Matanza es de 1.775.816, con una estructura de pirámide progresiva acampanada e inmigración procedente en forma predominantes desde Bolivia y Paraguay.

El índice de NBI es del 15,6, con un nivel de escolarización de 94,22% (1.116.984), una tasa de natalidad de 16,11 por mil, la cual es en sí la menor de la Cuenca y de la Provincia de Buenos Aires y una tasa de mortalidad infantil de 12,24%, siendo por el contrario la mayor de la Cuenca, circunstancia que maximiza el envejecimiento de la población.

El ASiS contextualizado revela que la principal causa de muerte en niños menores de 1 año es de origen perinatal, del mismo modo que las causas respiratorias son relevantes como favor de riesgo: “Las externas son la principal causa de muerte hasta los 34 años, siendo las cardiovasculares y las tumorales las principales causas luego de los 35 años” (ACUMAR 2014:3)

El análisis explica que el seguimiento activo por parte de los investigadores y/o profesionales de la salud es dificultoso, debido a la extensión del territorio; no obstante, el estudio da cuenta de un completo mapa de la situación de la Salud Pública en el municipio, como parte integrante de la cuenca, refiriéndose también a la descripción de los recursos y/o servicios disponibles de acuerdo a las regiones de salud descritas.

Con respecto a las patologías de notificación epidemiológica, ACUMAR especifica “Casos de Diarrea por localidad año 2013-2014”, donde se observan “localidades con una incidencia menor a 500 (Aldo Bonzi, González Catán, Lomas del Mirador, Ramos Mejía, Tablada, Tapiales, Villa Luzuriaga y 20 de

junio) otras con incidencia entre 500 y 1000 (Rafael Castillo, Isidro Casanova, Laferrere, Villa Madero) y otras con tasa muy elevada de mayor de 1000 (San Justo, Virrey del Pino y Ciudad Evita). Las tasas de incidencia de diarrea en Ciudad Evita en el corriente año ha aumentado en más de un 100%, con respecto al 2013 esto podría deberse a la apertura del Hospital Balestrini en dicha localidad. Otra localidad que ha aumentado pero en menor medida son San Justo y Virrey del Pino” (ACUMAR 2014:48).

La fuente de datos ha sido el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud SNVS y las tasas fueron realizadas con la población por localidad obtenida del censo 2010 (Tasas por 100.000 habitantes). En relación con la “Bronquiolitis en menores de 2 años”, se observa que la tasa de Ciudad Evita se incrementó en un 100%, con un aumento significativo también en San Justo. En esencia, se observa un aumento de los casos por encima la zona de alerta y hasta superando ésta área en período invernal, especialmente en la semana 39.

“Enfermedades tipo Influenza” se manifiestan de la siguiente manera: “Al dividir nuevamente en tres con las tasas menores a 500 están: Aldo Bonzi, González Catán, Lomas del Mirador, Ramos Mejía, Tablada, Tapiales, Villa Luzuriaga y 20 de junio .Entre 500 y 1000. Están la localidades Isidro Casanova, Laferrere y San Justo. Y por último las localidades con tasa de incidencia mayor a 1000 son: Ciudad Evita, Rafael Castillo, Villa Madero y Virrey del Pino “ACUMAR 2014:54)

El ASiS realizado en relación con “Enfermedades no transmisibles” está referido a “Tasa de prevalencia de accidentes del hogar por localidad, año 2013 y 2014, donde se muestra que las localidades de mayor prevalencia de accidentes del hogar son: Virrey del Pino, Rafael Castillo, Laferrere, Isidro Casanova, y Ciudad Evita.

Respeto de los “Accidentes de tránsito” e “Intoxicaciones medicamentosas”, considerando todo aquél que ocurre en la vía pública por algún vehículo, la mayor prevalencia se da en San Justo, seguida por González Catán.

Los “Accidentes laborales” también ubican a San Justo en el primer lugar, seguido por Isidro Casanova. Por su parte, los accidentes “Por monóxido de carbono” presentan mayor prevalencia en San Justo (8, 55 por cien mil), Ciudad Evita (5,83 por cien mil) y Virrey del Pino (3,34 por cien mil). De acuerdo a ACUMAR, el 3,3% de los menores de 6 años presentó diagnóstico acertado, esto es, por algún episodio de malnutrición en determinada etapa del desarrollo infantil o por cuestiones medioambientales: “Con respecto al crecimiento de los niños, los indicadores de peso para la edad, talla-longitud para la edad y el IMC para la edad, han mostrado un crecimiento inferior que la población de referencia OMS y un IMC superior a la misma. La prevalencia de anemia en niños menores de 2 años en La Matanza fue del 29,25%, y para los mayores de 2 a 5 años del 18,9%.

En La Matanza se informa la existencia de 147 niños con anemia (15,4%), probablemente de origen Ferropénica. Estas cifras son similares a la prevalencia encontrada en el total del país, en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS, 2005), la cual fue del 14,9 %. En este estudio, la prevalencia de lactancia exclusiva al 5° mes para el partido de La Matanza fue del 30,8% entre los niños y niñas encuestados” (ACUMAR 2014:72).

En relación con la alimentación complementaria, el 33,4% de los niños y niñas ya habían incorporado alimentos sucedáneos a la leche al 5to mes, y el 15,3% lo hizo luego del 7mo: “ Casi el 50 % de los niños incorpora la alimentación complementaria en forma precoz o tardía” (ACUMAR 2014:72).

El ASiS de ACUMAR (2014) concluye en que la gran extensión de La Matanza es condición de posibilidad para la convivencia de una población socio-económicamente diversa, circunstancia que determina las prácticas sanitarias respecto de la salud: “La accesibilidad a un establecimiento sanitario también marca una gran diferencia al ver que las personas del primer cordón tienen gran cantidad de opciones de clínicas, policlínicas, y todos de origen privado. Y las del segundo

cordón que la mayor parte de los efectores sanitarios son de origen público con la consecuente menor oferta de especialidades de atención en salud” (ACUMAR 2014:79).

La segunda región sanitaria es la que mayores dificultades presenta, en atención a que la situación laboral es determinante para el aumento de las tasas de morbimortalidad; así también, a la ausencia de servicios sanitarios e inadecuado tratamiento de excretas, se da correlativamente una mayor probabilidad de enfermar con diarreas, neumonía, intoxicaciones por alimentos en mal estado o intoxicaciones con metales. Luego, no hay libertad de decidir el sitio donde atenderse, debiendo recurrir a la institución sanitaria más cercana, en la que se debe señalar la ausencia de recurso profesional para la atención relacionada, especialmente, con nutrición y desarrollo infantil.

En definitiva, las condiciones medioambientales, la alta densidad demográfica y la vulnerabilidad socio-sanitaria convergen en la saturación de las colas de tráfico de acceso a servicios sanitarios que, de acuerdo a los recursos existentes, están impedidos de dar una respuesta satisfactoria.

ACUMAR recomienda acciones de prevención y promoción de la salud, tarea eminentemente centralizada en agentes de la salud como el personal de enfermería:

Donde se le garantice a cada niño y niña una evaluación periódica del desarrollo infantil, a fin de poder realizar un diagnóstico adecuado y a tiempo. Por este motivo creemos importante realizar talleres de Estimulación a niños y poder otorgar pautas de Crianza a las familias. Para de esta manera realizar una adecuada promoción de la salud. Convocando a las familias y haciendo hincapié en la importancia de que sus hijos concurren a sus controles pediátricos habituales, así como también al jardín en aquellos niños que no lo hagan. Y brindarles información para el mejor cuidado de la salud. Sería importante crear un grupo interdisciplinario para la atención de niños con alguna alteración en el desarrollo. Desde el componente de nutrición, recomendamos reforzar el primer nivel de atención, con un profesional nutricionista en cada centro de salud, que pueda recibir los pacientes que acudan al mismo centro de salud, a los derivados de las unidades sanitarias y pueda hacer un seguimiento de los mismos. Esto permitiría, desarrollar una red de trabajo articulada con el trabajo realizado en los hospitales y con el sistema de residencias (ACUMAR 2014:79).

2.11 Hipótesis:

En tanto se trata de un tipo de investigación aplicada, con enfoque cualitativo respecto del tratamiento de los datos recolectados, se explicita el siguiente supuesto epistemológico, en rigor:

Los conjuntos lógicos (capas) nucleados en torno a la dimensión geo-cultural son determinativos de las prácticas ético-culturales del cuidado en SMI, suponiendo que:

- A. La modalidad lógica que describe al cuidado ético-cultural de acuerdo a los diferentes conjuntos/capas y regiones formales de salud de La Matanza es la “analogía”, de tal que pudiera ser factible suponer un modelo analógico como descriptor del cuidado en SMI para la región.
- B. Se infiere, entonces, la analogicidad como atributo de las prácticas de cuidado, que describe las diferencias y similitudes de acuerdo al sector en el mapa en el que éstas se realizan.
- C. Es posible inducir las características de las prácticas de cuidado, considerando el territorio en el que se llevan a cabo, suponiendo la comparación como herramienta distintiva del modelo de cuidado ético-cultural en el territorio.
- D. Un modelo analógico que describa las prácticas de cuidado es preferible al modelo transcultural de Leininger, conforme a las posibilidades de inducción topológicas del conocimiento por medio de ASiS y SIG.

2.12 Metodología:

La modelización de las prácticas ético-culturales de cuidado en SMI requiere del ASiS como metodología que sitúe topológicamente, por medio de SIG, el conocimiento socio-sanitario respecto del espacio formal de La Matanza, de acuerdo a las divisiones lógicas establecidas. De esta suerte, se trata de un estudio cualitativo, retrospectivo y longitudinal, en tanto realiza una hermenéutica heurística-topológica en torno a datos recolectados en el período 2012-2020, por medio de filtrado de dominios clasificados de acuerdo a conjuntos lógicos/capas en el territorio formal de La Matanza.

Análisis de Situación de Salud (ASiS)

El análisis de situación de salud (ASiS) se inscribe en una serie de procesos analítico-sintéticos que permiten describir (caracterizar y medir) y analizar (explicar) el estado de la salud-enfermedad del individuo, las familias y las comunidades, de acuerdo a requerimientos metodológicos de primer nivel en el modelo de cuidado transcultural de Leininger (MCTL). Es considerado el proceso salud-enfermedad como determinado por interacciones sociales, biológicas, culturales, históricas y políticas que expresan distintos grados de vulnerabilidad.

Con la delimitación formal del territorio, la unidad de análisis específica está dada por el objeto de estudio “prácticas de cuidado en SMI”, de ésta es observada a través de los agentes intervinientes en el cuidado materno-infantil: recursos sanitarios físicos y humanos, responsables del niño/adolescentes y niños/adolescentes.

El ASiS facilita identificar grupos en situación de vulnerabilidad socio-sanitaria, con la finalidad de ser investigados con mayor precisión; el proceso implica la recolección de datos sobre características geoculturales, junto con indicadores de determinantes sociales de la salud y de los problemas de salud del territorio formal clasificado.

Análisis por superposición temática y aplicación del modelado cartográfico

El Sistema de Información Geográfico (SIG) permite situar topológicamente el conocimiento formulado en el ASiS, siendo el análisis por superposición temática y aplicación de modelado cartográfico uno de los procedimientos estandarizados básicos para la realización de heurística-interpretativa en torno a los marcadores de estado de la situación socio-sanitaria.

Las capas a utilizar se corresponden con los conjuntos lógicos que contienen los determinantes geoculturales de las prácticas de cuidado en SMI.

Superposición de capas o conjuntos lógicos

Se especifican 6 conjuntos lógicos o capas, así como las dimensiones geo-culturales que determinan, de acuerdo al MCTL, las prácticas de cuidado en el territorio formal de La Matanza.

Es supuesto que el Primer Nivel se corresponde con los conjuntos lógicos del ASiS que explican, en forma determinativa, las prácticas de cuidado, consideradas bi-dimENSIONalmente por mediación de los “Hábitos/Ritos” y “Conocimientos/Creencias”.

La semántica empírica con la cual contrastar la modalidad de determinación geocultural de las prácticas de cuidado está constituida por los sub-núcleos temáticos que constituyen las líneas de investigación del Programa de Investigación de Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.

Primer Nivel (MCTL) Capas/Conjuntos lógicos	Dimensiones Geo-culturales Componentes/Constantes	Indicadores	Segundo Nivel (MCTL) Objeto de estudio	Dimensiones Componentes/ Constantes	Línea de Investigación (ProICC) Semántica empírica	
Determinantes ambientales	Ubicación geográfica y límites		Práctica ético-cultural de cuidado en SMI	Hábitos/ Ritos	Línea 1. Problemática de Atención Primaria de la Salud. Línea 2. Problemática de Salud Materno Infantil. Línea 3. Problemática de Bioética del Cuidado	
	Superficie y conformación política	Autoridades locales				
		- Entidades públicas y sus representantes				
		Actividades económicas, productivas y comerciales predominantes				
	Organización territorial					
	Características geológicas y accidentes geográficos					
	Riesgo ambiental	Riesgo de origen natural	Práctica ético-cultural de cuidado en SMI			
Riesgo de origen antrópico						

		<p>Riesgo de contaminación ambiental por actividades productivas y extractivas (época máxima contaminación durante el año, comunidades y población en riesgo y efectos directos o indirectos sobre la salud):</p>			
		- Fuentes, afluentes y efluentes de agua contaminada			
		- Acumulación de relaves y residuos industriales			
		- Zonas extractivas según formalización			
		- Zonas de extracción y producción a cielo abierto			
		- Zonas de emisión de gases industriales			
Determinantes demográficos	Pirámide poblacional		Práctica ético-cultural de cuidado en SMI		
	Densidad poblacional				

	Población rural y urbana		Práctica ético-cultural de cuidado en SMI			
	Población menor de cinco años					
	Población por etapas de vida	Niño (<12 años)				
		Adolescente (12 a <18 años)				
		Joven (18 a <30 años)				
		Adulto (30 a <60 años)				
		Adulto mayor (60 a más años)				
	Población gestante					
	Dependencia demográfica					
	Población por lugar de nacimiento					
Migraciones						
Estadísticas Vitales	Esperanza de vida al nacer (años)					
	Tasa bruta de natalidad (x 10 ³ hab.)					
	Tasa global de fecundidad (hijos x mujer)					
	Tasa bruta de mortalidad (x10 ⁵ hab.)	Tasa bruta de mortalidad por grandes grupos				
		Número de muertes maternas por año.				

		Tasa de mortalidad infantil por año.	Práctica ético-cultural de cuidado en SMI		
		Tasa de mortalidad neonatal por año.			
		Diez primeras causas de mortalidad (tasa bruta) en población, por sexo y por etapas de vida.			
	Morbilidad General	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio			
		Enfermedades cardiovasculares y respiratorias			
		Enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo			
		Enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén			
		Enfermedades digestivas			
		Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales			

		Enfermedades genitourinarias	Práctica ético-cultural de cuidado en SMI		
		Enfermedades infecciosas y parasitarias			
		Enfermedades neoplásicas Enfermedades			
		Enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos			
		Traumatismos y envenenamientos			
		Resto de enfermedades			
	Morbilidad en población específica	Hipertensión arterial en población de 30 a más años			
		Depresión en población de 10 a más años			
		Embarazo en adolescentes			
		Hiperplasia benigna de próstata en varones de 50 a más años			
		Suicidios			

		Enfermedades cerebrovasculares en mayores de 40 años	Práctica ético-cultural de cuidado en SMI			
		Tuberculosis en población económicamente activa				
Condiciones de Vida	Índice de desarrollo humano (IDH)		Práctica ético-cultural de cuidado en SMI			
	Población con al menos una NBI (%)					
	Población en situación de pobreza (%)					
	Población en situación de pobreza extrema (%)					
	Tipo de vivienda	Independiente (casa)				
		En edificio				
		En quinta o vecindad				
Choza, cabaña o improvisada						
	No destinada para habitación humana					
Características de la vivienda	Con alumbrado eléctrico de red pública					

		Con electricidad y gas como la energía o combustible que más utiliza para cocinar	Práctica ético-cultural de cuidado en SMI		
		Con material de parquet, madera pulida, láminas asfálticas, vinílicos o similares, loseta, terrazos, cerámicos o similares, madera (entablado), cemento predominante en los pisos			
		Con material de ladrillo, bloque de cemento, piedra o sillar con cal o cemento predominante en las paredes			
		Con material de concreto armado o madera o tejas predominante en los techos			

	Accesibilidad a servicios	Con abastecimiento de agua de red pública			
		Con eliminación de excretas a red pública			
	Situación educacional	Tasa de analfabetismo			
		Años de escolaridad			
Recursos de Salud del Municipio	Establecimientos de atención de la salud	Establecimientos de salud			
		Médicos(as)			
		Enfermeros(as)			
		Obstetras/obstetrices			
		Odontólogos(as)			
		Otros(as)			
		Unidades móviles			
	Recursos de la sociedad civil y redes				
	Programas ejecutados en el territorio				

Determinantes históricos	Modelos determinantes de la infraestructura socio-sanitaria:	EL0045			
		EC4555			
		ED5570			
		EN7090			
		EN9001			
		EK0111			

Fuentes de Datos

De acuerdo a las capas/conjuntos lógicos y a la semántica empírica utilizada, las fuentes con las cuales se modelizan las prácticas de cuidado en SMI en La Matanza son:

Primer Nivel (MCTL) Capas/Conjuntos lógicos	Fuente de Datos	Línea de Investigación (ProICC) Semántica empírica	Fuente de Datos
Determinantes ambientales	Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo (ACUMAR)	Sub-núcleo 1 Embarazo y fecundidad adolescente	Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado – UNLaM: Resultados de proyectos de investigación, publicados en catálogo público de la Biblioteca Leopoldo Marechal de la Universidad Nacional de La Matanza en el período 2012-2020.
	Sistema de Información Geográfica de Argentina (SIG)	Sub-núcleo 2. Lactancia materna	
	Street View – Google Maps – Google Earth	Sub-núcleo 3. Salud sexual y reproductiva	
		Sub-núcleo 4. Prácticas de auto-cuidado comunitario	
		Sub-Núcleo 5. Prácticas de cuidado enfermero	
		Sub-Núcleo 6. Violencia de Género	
Determinantes demográficos	INDEC		
	Datos Abiertos de la Provincia de Buenos Aires		
	Sistema de Información Geográfica de Argentina (SIG)		
Estadísticas Vitales	INDEC		
	Datos Abiertos de la Provincia de Buenos Aires		
	Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS-MSAL)		
Condiciones de Vida	INDEC		
	Datos Abiertos de la Provincia de Buenos Aires		
	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013		
	Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo (ACUMAR)		
	Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS-MSAL)		
	Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina (SISA)		
	Street View – Google Maps		
Recursos de Salud del Municipio	Datos Abiertos de la Provincia de Buenos Aires		
	Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS-MSAL)		

	Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina (SISA)		
Determinantes históricos	Proyecto Proince (2013-2014): “La Historia sociocultural de la salud en el Partido de La Matanza, a través de las instituciones y protagonistas (Siglo XX)”.		

Asimismo, se recolectará material multimedia, en orden a completar la representación modélica del ASiS; el mismo, será captado por medio de filmaciones o a través de aplicaciones de geolocalización ya sindivadas, v.gr: Street View.

Conforme lo establecido, el total de los registros se hallan en sistemas de datos abiertos para consulta pública, siendo proporcionados por organismos estatales, privados o de la sociedad civil.

Procesamiento de datos

El procesamiento de datos supone el establecimiento de metas específicas, tal que faciliten completar el ASiS y explicar las prácticas de cuidado en SMI de acuerdo a los determinantes geoculturales señalados.

Meta Nro. 1

Automatizar el filtrado de datos a través de fuentes para el desarrollo de una completa base de datos para el ASiS

Actividades

1. Construir base de datos de investigaciones del ProICC.
2. Diseñar *software* de indexación de datos sobre la base de los conjuntos lógicos e indicadores precisados.
3. Desarrollar la heurística interpretativo-topológica del estado de los marcadores resultantes.

Meta Nro. 2.

Diseñar mapa regional o SCR (aplicativo/software) con marcación heurística interpretativo-topológica del estado de las redes comunitarias de cuidado

Actividades

1. Establecer jerarquía de capas y demarcar territorios en situación de vulnerabilidad
2. Incorporar marcadores de estado de prácticas de cuidado, según jerarquía de capas.

Meta Nro. 3

Registrar *bugs* y evaluar calidad del proceso y producto resultante.

1. Desarrollar documentación del producto, manual del desarrollador y del usuario.
2. Evaluar mecanismos de optimización del proceso de producción del conocimiento.

Registrar fallas del producto para versiones futuras.

El modelado de las prácticas de cuidado en SMI considera entonces tres etapas para su diseño y actualización:

1. Formalización descriptiva de los datos recolectados a través de ASiS y del Programa de Investigación en Ciencias del Cuidado (ProICC), desarrollado por la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de La Matanza.
2. Formalización interpretativo-topológica o meta-investigación del conocimiento producido por ProICC, a partir de la descripción de las relaciones entre los conjuntos lógicos.
3. Marcación informática del estado de las prácticas de cuidado en SMI en la región, a través de un sistema de mapeo por capas.

Bibliografía

- ACUMAR (2014) Informe sociodemográfico y de salud del Partido de La Matanza, a través del Observatorio Unidad Ambiental Virrey del Pino. *Observatorio Unidad Sanitaria Ambiental Virrey del Pino*. Dirección General De Salud Ambiental. Disponible en línea: <http://old.acumar.gob.ar/content/documents/2/4962.pdf>
- Agostino et al. (2014) La Historia sociocultural de la salud en el Partido de La Matanza, a través de las instituciones y protagonistas (Siglo XX). *Carta Informativa de la Junta de*

Estudios Históricos de La Matanza. Universidad Nacional de La Matanza, Secretaría de Extensión Universitaria.

- Agostino, Hilda N. “El presente del Sector Salud en el Partido de La Matanza”. En: Carta Informativa de la Junta de Estudios Históricos de La Matanza. Nº 5 de Diciembre del 2002.UNLaM.
- Agostino, Hilda N. (2004) Noticias históricas sobre la atención de la salud. En: *Breve historia en Imágenes de La Matanza*. (CD-ROM) Junta de Estudios Históricos de La Matanza. UNLaM.
- Agostino, H., POMÉS. R. (2010) *Historia política económica y social del partido de La Matanza. Desde la prehistoria hasta fines del siglo XX*. Ramos Mejía, Editorial CLM.
- Benner P, Gordon S (1996) Caring practice and caregiving. *Philadelphia*; pp. 40-55.
- Bertolotto, Analía, Fuks, Ana, & Rovere, Mario. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, 36(94), 362-374. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000300009>
- Cabrera G, Tascón J, Lucumí D (2001) Creencias en salud: historia, constructo y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, pp. 91-101.
- Chiara, Magdalena, Di Virgilio, María Mercedes, & Moro, Javier. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el gran Buenos Aires: Una mirada desde la gestión local. *Postdata*, 14(1), 97-128. Recuperado en 22 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012009000100003&lng=es&tlng=es.
- Collière MF (1997) Origen de las prácticas de cuidados, su influencia en la práctica de la enfermería. En: *Promover la vida*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 1ª ed; 1993. 1ª reimpresión, pp. 5-17.
- De Pietri D, Dietrich P, Mayo P, Carcagno A, De Titto E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;34(6): 452–60.
- Massera, Cristina (2008) Áreas de influencia sanitaria del partido de La Matanza determinadas por análisis espacial en SIG vectorial: un aporte metodológico. *Párrafos Geográficos*. Vol 7. N°2. Pp.50-78
- Geertz C (1989) El impacto del concepto de cultura en el concepto de hombre. En: *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Harris M (2000) *Teorías sobre la cultura en la era posmoderna*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Harris D, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*. 1979; 20(1): 17-29.
- Leininger M, McFarland M (2002) *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*.
- Lipson J. Cross cultural nursing: the cultural perspective. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999; 10(1), Sage Publications, Inc.
- Lipson J. Temas culturales en el cuidado de enfermería. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín. 2002; XX.
- Meleis A. Culturally competent care. *Journal of Transcultural Nursing*. 1999; 10(1).
- Monteverde, Malena, Cipponeri, Marcos, Angelaccio, Carlos, & Gianuzzi, Leda. (2013). The origin and quality of water for human consumption: the health of the population residing in the Matanza-Riachuelo river basin area in Greater Buenos Aires. *Salud colectiva*, 9(1), 53-63.

Recuperado en 22 de agosto de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652013000100005&lng=es&tlng=en.

- Organización Mundial de la salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. *Resumen analítico del informe final*; 2008. WHO/ER/CSDH/08.1 pp 1- 36. www.who.int/social_determinants
- Organización Panamericana de la Salud. Resultados de la Medición de las funciones esenciales en las Américas. En la Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción. OPS, Washington, D.C.; 2002. Pp 127 – 238
- Moreno E, Gil J. El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. 2003; 3(1):91-109.
- Purnell L, Paulanka B. Transcultural health care: a culturally competent approach. *Philadelphia*: F. A. Davis Company; 2003, 376 p.
- Rosenstock I. Why people use health services. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, *Health services research I. A series of papers commissioned by the health services research study section of the United States public health service*. Discussed at a conference held in Chicago, October 15-16, 1965. (Jul. 1966), pp. 94-127.
- Tobar Federico (2003) *Breve Historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina*. En Garay, Oscar Ernesto, Responsabilidad profesional de los médicos, Bs. As. Editorial La Ley pp.1287-374.

2.14 Programación de actividades (Gantt)

Primer Año

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Construir base de datos de investigaciones del ProICC.	X	X	X	X	X	X						
Revisar marco-teórico y definir conjuntos lógicos e indicadores		X	X									
Recopilar datos socio-sanitarios de sistemas informáticos abiertos, según fuentes especificadas y agregadas				X	X	X						
Seleccionar software base para inserción y diseño de capas CSV, XLSX, KML o GPX.				X	X	X						
Indexar datos socio-sanitarios sobre la base de los conjuntos lógicos e indicadores precisados.							X	X	X	X	X	X
Desarrollar la heurística interpretativo-topológica del estado de los marcadores resultantes (ASiS)								X	X	X	X	X
Presentación de resultados preliminares												
Informe de Avance												

Segundo Año

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Establecer jerarquía de capas y demarcar territorios en situación de vulnerabilidad	X	X											
Hermenéutica-interpretativa sobre filtrado de datos de resultados de investigación de ProICC	X	X	X	X									
Sistematización de relaciones lógicas entre conjuntos lógicos resultantes de ASiS-SIG y características de prácticas de cuidado resultantes de ProICC			X	X	X	X	X						
Marcación de estado de prácticas de cuidado en SMI en La Matanza			X	X	X	X	X						
Patentamiento de software multiplataforma								X	X				
Publicación de software											X	X	
Transferencia de resultados								X	X	X	X	X	

2.15 Resultados en cuanto a la producción de conocimiento:

Se espera el desarrollo de un modelo de prácticas de cuidado en SMI soportado por un aplicativo de software, herramienta de novedad para la región de La Matanza, en cuanto representa un viraje respecto de los tradicionales “Observatorios de la Salud” basados en marcadores epidemiológicos de riesgo. En este sentido, la geo-localización de marcadores de estado de las prácticas de cuidado con referencia al ASiS, no se centra en la medición cuantitativa de la probabilidad de (no) exposición o padecimiento de una población a una enfermedad, pues se focaliza en la heurística interpretativo-topológica de los hábitos y conocimientos de la comunidad, en relación con las prácticas de auto(cuidado) llevadas a cabo.

Un mapeo cualitativo de las prácticas comunitarias de (auto)cuidado constituye un aplicativo útil para alcanzar una mejora sustantiva en los mecanismos de promoción y prevención de la salud por parte de profesionales de la salud de la región.

En conformidad con la adecuación de los objetivos del proyecto a políticas públicas u objetivos estratégicos como así también a su vinculación a objetivos de política de sectores/ redes de la sociedad civil, el desarrollo del software propuesto responde a Objetivos de Gobierno (IV) de “Desarrollo Humano Sustentable”, entre las Prioridades de Gobierno (43) de “Cobertura Universal de Salud” y al Objetivo de Desarrollo Sustentable 2030 (3) “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” expuestos en los Objetivos

Luego, el software multiplataforma propuesto evidencia la posibilidad de actualización longitudinal del conocimiento científico geo-referenciado, como mecanismo de retroalimentación que facilite su actualización periódica, brindando la capacidad de intervenir en la optimización de las estrategias de promoción y prevención de la salud, adecuándose los resultados al uso concreto del software en el contexto local.

2.16 Resultados en cuanto a la formación de recursos humanos:

Se espera formar estudiantes-investigadores por medio de la incorporación de un mínimo de 2 y un máximo de 4 becarios al proyecto de investigación. Asimismo, se espera desarrollara competencias investigativas de docentes de la Licenciatura en Enfermería, de acuerdo a requerimientos en el proceso de acreditación de la carrera en CONEAU.

2.17 Resultados en cuanto a la difusión de resultados:

Se espera publicar el software desarrollado en formato App para Smartphones, así como en formato web, para acceso público con licencia OpenSource desde diferentes plataformas multimediales. Por su parte, se espera difundir los resultados teóricos del modelo de cuidado alcanzado en publicaciones académicas y congresos nacionales e internacionales.

2.18 Resultados en cuanto a transferencia hacia las actividades de docencia y extensión:

Se espera transferir los resultados al “Programa de Extensión en Enfermería: Sistema de Gestión de la Extensión Universitaria en Enfermería”, aprobado por Disposición 07/2018 el 18 de Abril de 2018 por el Consejo Departamental de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Matanza, a los fines de señalar las modalidades y prioridades de los cuidados requeridos por la población, de acuerdo a la región en que se sitúa.

Por su parte, se espera contribuir con la sistematización de material didáctico que estructure un modelo de cuidado topológicamente situado, de tal manera que los estudiantes participen a través de los datos recolectados en los trabajos finales de grado, con la retroalimentación del software y la falsabilidad del modelo propuesto.

Por último, se espera compartir los resultados con el Observatorio Social – Región Oeste de la UNLaM.

2.19 Resultados en cuanto a la transferencia de resultados a organismos externos a la UNLaM:

Se espera compartir los resultados con las organizaciones de salud y educativas que proporcionan los datos para el desarrollo del ASiS, en rigor:

- Secretaría de Salud de La Matanza
- Autoridad de Cuenca Matanza-Riachuelo (ACUMAR)
- Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS-MSAL)
- Sistema Integrado de Información Sanitaria de Argentina (SISA)
- Instituciones Sanitarias de la Cuenca Matanza-Riachuelo
- Instituciones de Educación Superior de la Cuenca Matanza-Riachuelo

2.20 Vinculación del proyecto con otros grupos de investigación del país y del extranjero:

Se espera establecer intercambios con grupos de investigación establecidos en la Cuenca Matanza-Riachuelo.

3. RECURSOS EXISTENTES

Descripción / concepto	Cantidad	Observaciones
Tablets	4	Tables para desarrollo tecnológico multiplataforma
Bibliografía		Disponible en la Biblioteca Leopoldo Marechal de la UNLaM la bibliografía necesaria para el desarrollo del estudio
Ordenadores	5	Ordenadores para el procesamiento de datos en tareas de meta-investigación
Licencia a indexadores		Acceso a través de Laboratorios de Informática a indexadores con licencia propietaria

4. PRESUPUESTO SOLICITADO

4.1 ORÍGENES DE LOS FONDOS SOLICITADOS	Monto solicitado
4.1.1 Recursos propios (UNLaM)	32.000\$
4.1.2 Provenientes del CONICET	0,00\$
4.1.3 Provenientes de la ANPCyT (FONCYT, FONTAR, y otros)	0,00\$
4.1.4 Provenientes de otros Organismos Nacionales y Provinciales	0,00\$
4.1.5 Provenientes de Organismos Internacionales	0,00\$
4.1.6 Provenientes de otras Universidades Públicas o Privadas	0,00\$
4.1.7 Provenientes de Empresas	0,00\$
4.1.8 Provenientes de Entidades sin fines de lucro	0,00\$
4.1.9 Provenientes de fuentes del exterior	0,00\$
4.1.10 Otras fuentes (consignar)	0,00\$
Total de fondos solicitados	0,00\$
4.2 ASIGNACIÓN DE FONDOS POR RUBRO	Monto solicitado
A) Bienes de consumo:	
a.1) Artículos varios de librería	2000\$
Subtotal rubro Bienes de consumo	2000\$
B) Equipamiento:	
b.1) No se consigna	0,00\$
Subtotal rubro Equipamiento	0,00\$
C) Servicios de Terceros:	
c.1) Edición de Libro	15.000\$
Subtotal rubro Servicios de Terceros	15.000\$
D) Participación en Eventos científicos:	
d.1) Presentación de Software + Publicación de Libro	15.000\$
Subtotal rubro Participación en Eventos Científicos	15.000\$
E) Trabajo de campo:	

e.1) No se consigna	0,00\$
Subtotal rubro Trabajo de campo	0,00\$
F) Bibliografía:	
f.1) No se consigna	0,00\$
Subtotal rubro Bibliografía	0,00\$
G) Licencias:	
g.1) GIS Cloud's Map Editor	0,00\$
Subtotal rubro Licencias	0,00\$
H) Gastos administrativos de cuenta bancaria:	
h.1) Varios	0,00\$
Subtotal rubro Gastos administrativos de cuenta bancaria	0,00\$
Total presupuestado	32.000\$