



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS DE MAGÍSTER EN SALUD COLECTIVA

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS
LESIONES POR CAUSAS EXTERNAS NO INTENCIONALES EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD DE
INGENIERO WHITE 2021-2022

Autor: Lic. Wagner, Gustavo Pedro.

BAHÍA BLANCA

ARGENTINA

2025

Esta tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado académico de Magíster en Salud Colectiva de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el Centro de Estudios en Salud Colectiva, dependiente del Departamento de Ciencias de la Salud, durante el período comprendido entre el 24 de abril de 2018 y el 15 de noviembre de 2024, bajo la dirección del profesor Magíster Médico Pablo Julián Badr.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más profundos agradecimientos a todas aquellas personas que me acompañaron en este camino. A los usuarios que me dieron su tiempo para realizar las entrevistas. Gracias a la universidad pública por darme una vez más la posibilidad de crecer junto a otras personas. A la Secretaría de Salud de Bahía Blanca por la oportunidad de conocerme y apasionarme con el primer nivel de salud. A mi director de tesis, Pablo Badr, por su predisposición y compañía.

DEDICATORIA

A mis amores Andrea y Josefina.

A mis compañeros de trabajo y amigos de la vida que me daban su escucha y unempujón para seguir cuando lo necesitaba.

RESUMEN

En el mundo, las lesiones por causas externas son consideradas un problema sanitario a nivel mundial. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas en general, representando cerca del 10% del total de las muertes mundiales. Las lesiones por causas externas son aquellas en las que el daño es ocasionado por el sometimiento del cuerpo humano a niveles de energía que sobrepasan su margen de tolerancia. También se incluye en este grupo de lesiones al daño ocasionado por la falta de uno o más elementos esenciales para la vida como el agua, el aire y el calor, como sucede en casos de ahogamiento, estrangulación o congelamiento. El perfil epidemiológico de las lesiones adquiere importancia debido a la gran cantidad de información que aporta para la prevención de las lesiones o reducción de su gravedad.

El presente estudio tiene el objetivo de caracterizar el perfil epidemiológico de los usuarios atendidos en el centro de salud de Ingeniero White durante el periodo 1 de enero 2021- 31 de diciembre 2022, con el fin de describir y analizar los datos de dichas lesiones, generar conocimiento, establecer frecuencia de las lesiones, describir sus características utilizando distintas variables y fortalecer la base científica sobre la posibilidad de lesionarse en probables situaciones.

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo transversal que se realiza a partir de la recolección y procesamiento de datos basado en la revisión de fuentes primarias y secundarias.

Palabras claves: Perfil epidemiológico; lesiones; primer nivel de atención.

ABSTRACT

In the world, such as Argentina, injuries due to external causes are considered a global health problem. According to data from the World Health Organization (WHO), approximately 5.8 million people die per year from these causes in general, representing close to 10% of total global deaths. Injuries due to external causes are those in which the damage is caused by the human body being subjected to energy levels that exceed its tolerance range. Also included in this group of injuries is damage caused by the lack of one or more elements essential for life, such as water, air, and heat, as occurs in cases of drowning, strangulation, or frostbite.

The objective of this study is to characterize the epidemiological profile of the users treated at the Ingeniero White health center during the period 1 January 2021- December 2022, to describe and analyze the data of said injuries, generate knowledge, establish the frequency of injuries, describe their characteristics using different variables, and strengthen the scientific basis on the possibility of injury in probable situations.

This is a cross-sectional, quantitative descriptive study that collects and processes data based on a review of primary and secondary sources.

Keywords: Epidemiological profile; injuries; first level of care.

RESUMO

No mundo, as lesões por causas externas são consideradas um problema de saúde global. Segundo dado da Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 5,8 milhões de pessoas morrem por ano por essas causas em geral, representando perto de 10% do total de mortes globais. Lesões por causas externas são aquelas em que o dano é causado pelo corpo humano estar submetido a níveis de energia que ultrapassam sua faixa de tolerância. Também estão incluídos neste grupo de lesões os danos causados pela falta de um ou mais elementos essenciais à vida como água, ar e calor, como ocorre em casos de afogamento, estrangulamento ou congelamento. O perfil epidemiológico das lesões torna-se importante pela grande quantidade de informações que fornece para prevenir lesões ou reduzir sua gravidade.

O objetivo deste estudo é caracterizar o perfil epidemiológico dos usuários atendidos no centro de saúde Ingeniero White no período 1 janeiro 2021- 31 dezembro 2022, a fim de descrever e analisar os dados das referidas lesões, gerar conhecimento, estabelecer frequência das lesões, descrever suas características utilizando diferentes variáveis e fortalecendo a base científica sobre a possibilidade de lesão em situações prováveis.

Trata-se de um estudo descritivo quantitativo transversal que se realiza a partir da coleta e tratamento de dados a partir da revisão de fontes primárias e secundárias.

Palavras-chave: Perfil epidemiológico; lesões; primeiro nível de cuidado.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación internacional de enfermedades: Lesiones por causa externas Página: 22.

Figura 2. Distribución porcentual de la severidad de las lesiones por causa externas de los usuarios entrevistados, por género, atendidos por en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 42.

Figura 3. Clasificación porcentual de tipo de lesión de los usuarios entrevistados por Género, atendidos por Lesiones por causas externas en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 42.

Figura 4. Clasificación porcentual del lugar físico de la lesión por causa externa de los usuarios entrevistados, por género, atendidos en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 43.

Figura 5. Distribución de cantidades de lesiones por causa externas en el centro de salud de Ingeniero White por género y grupo de edades. Años 2021-2022. Página: 44.

Figura 6. Distribución porcentual de cobertura social de los usuarios con lesiones por causa externas por género en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 45.

Figura 7. Distribución porcentual de la situación laboral de los usuarios entrevistados por género atendidos por lesiones por causa externas en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 46.

Figura 8. Distribución del nivel educativo de los usuarios entrevistados atendidos por Lesiones por causa externas en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021- 2022. Página: 46.

Figura 9. Clasificación porcentual del lugar de ocurrencia de la lesión por causa externa de los usuarios entrevistados, por género, atendidos en el centro de salud de ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 47.

Figura 10. Clasificación porcentual del lugar físico en el domicilio de la lesión por causa externa de los usuarios entrevistados, atendidos en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 48.

Figura 11. Clasificación porcentual de las secuelas de las lesiones por causa externa de los usuarios entrevistados, atendidos en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 49.

Figura 12. Clasificación porcentual de la resolución/ triage de las lesiones por causa externa de los usuarios atendidos en el centro de salud de Ingeniero White. Años 2021-2022. Página: 50.

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Primeras causas de muerte de la población en Argentina año 2021 ambos géneros. Página:13.

Tabla 2: Comparación de codificación de lesión por causa externa entre el programa SiSalud Secretaría de salud Bahía Blanca y la clasificación internacional de enfermedades. Décima edición. Página: 23.

Tabla 3. Mecanismo de lesión por causa externa no intencional. Números de casos y porcentaje de estos. Años 2021-2022. Página:41.

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

APS: Atención primaria de la salud. APVP: Años potenciales de vida perdidos.

CIE/ICD: Clasificación internacional de enfermedades.

CREEBA: Centro Regional de Estudios Económicos de Bahía Blanca. CS: Centro de salud.

DEIS: Dirección de estadística e información de la salud. ENO: Enfermedades de notificación obligatorias.

HC: Historia clínica.

HCD: Historia clínica digital.

INDEC: Instituto nacional de estadística y censos. LCE: Lesión por causa externa.

MSAL: Ministerio de Salud de Argentina.

OPS: Organización Panamericana de la Salud. OMS: Organización mundial de la salud.

PAMI: Programa de Asistencia Médica Integral. PNA: Primer nivel de atención.

SISALUD: sistema de salud digital. SIVILE: Sistema de vigilancia de lesiones.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	TÍTULO	12
2.	PROPÓSITO	12
3.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
4.	PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	13
5.	HIPÓTESIS	14
6.	JUSTIFICACIÓN	14
6.1	Justificación social	14
6.2	Justificación académica	15
6.3	Justificación personal.....	15
7.	ESTADO DEL ARTE	16
8.	MARCO TEÓRICO	18
8.1	La comunidad	18
8.2	APS y PNA sus roles en la comunidad.....	19
8.3	Caracterización de las lesiones por causa externa.....	21
8.4	Codificación de las Lesiones por causa externas no intencionales.....	22
8.5	La Epidemiología y vigilancia epidemiológica	23
8.6	La dificultad en el armado del perfil epidemiológico.....	25
8.7	Pilares esenciales en la salud de la comunidad	27
8.8	Marco normativo del Estado Nacional en la problemática de las lesiones externas no intencionales.....	32
9.	OBJETIVO GENERAL	33
10.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
11.	METODOLOGÍA.....	33
11.1	Diseño de estudio	33
11.2	Población	34
11.3	Definición de variable	34

11.4	Fuentes del dato	39
11.5	Procesamiento de datos.....	39
12.	ASPECTOS ÉTICOS.....	39
13.	RESULTADOS	40
13.1	Resultados en relación con las LCE no intencionales atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White.....	40
13.2	Resultados en relación con las características sociodemográficas de las lesiones por causa externas no intencionales atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White.....	44
13.3	Resultados en relación con la actividad en el momento de la lesión y la resolución de la misma atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White.....	48
14.	DISCUSIÓN	50
15.	CONCLUSIÓN.....	54
16.	BIBLIOGRAFÍA.....	58
17.	ANEXO.....	65
	Anexo A – Solicitud de autorización al comité de docencia de la secretaria de salud de Bahía Blanca.....	65
	Anexo B: Consentimiento informado	66
	Anexo C:Entrevista al usuario	68
	Anexo D: Registro electrónico de atención	70
	Anexo F: Matriz de operacionalidad de las variables y escala de medición.....	79

1. TÍTULO

Caracterización del perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales en el primer nivel de atención del centro de salud de Ingeniero White 2021-2022.

2. PROPÓSITO

El propósito de esta investigación es describir el perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas (LCE) no intencionales de los usuarios atendidos en el centro de salud de Ingeniero White con el objetivo de generar información relevante que contribuya a la discusión, análisis y comprensión de las características de estas. Se busca aportar datos concretos y específicos sobre estas lesiones en el ámbito local, lo cual permitirá identificar patrones, tendencias y factores de riesgo asociados.

Además, se pretende compartir los resultados de la investigación con el sistema de vigilancia epidemiológica municipal y nacional lo cual es fundamental para la toma de decisiones en materia de salud colectiva.

3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las lesiones por causas externas no intencionales son un problema emergente a nivel mundial. Según datos de la OMS, aproximadamente 5,8 millones de personas mueren por año por estas causas externas en general, lo que representa cerca del 10% del total de las muertes que se registran en el mundo (OMS 2018). En Argentina, los últimos datos oficiales (Tabla 1) indican que se registraron un total de 341.688 defunciones en el país, de las cuales 19.419 fueron por lesiones de causa externa, representando el 6% del total. Las mismas son la cuarta causa de muerte a nivel de la población general (DEIS 2018).

La secretaría de salud de Bahía Blanca no posee unidades centinela de vigilancia, por tal motivo las enfermedades de notificación obligatorias (ENO), entre las cuales se encuentran las LCE, se registran en el sistema municipal de carga de datos SiSalud o en la historia clínica digital (HCD).

En relación con las LCE se realizaron dos boletines epidemiológicos. Es importante aclarar que los mismos son estadísticos y no presentan un perfil epidemiológico de las lesiones en los años 2019 y 2020. Estos se vieron interrumpidos con la irrupción de la pandemia de COVID-19.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró oficialmente el estado de emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020, condición que se mantuvo hasta el 5 de mayo de 2023, fecha en la cual la OMS anunció el fin de la emergencia sanitaria.

de covid 19 (OPS 2024). En consecuencia, por esos años no se realizaron los boletines epidemiológicos y no se dispone de información sobre las LCE no intencionales de los años 2021-2022.

Teniendo en cuenta la importancia social de la problemática que implican las lesiones por causas externas no intencionales se estima relevante analizar las cantidades de lesionados en los años 2021-2022 de los usuarios del centro de salud de Ingeniero White realizando un perfil epidemiológico, con el fin de describir y analizar los datos de dichas lesiones, poder generar conocimiento, establecer frecuencia de estas y especificar sus características utilizando distintas variables.

Tabla 1: Primeras causas de muerte de la población en Argentina año 2021 ambos géneros.

	Total	< 1	1 a 4	5 a 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	≥ 75
1	Circulato	Perinatal	LCE	LCE	LCE	LCE (LT)	LCE(LT)	Tumores	Tumores	Circulato	Circulator
2	Tumores	Malfor.	Malfor.	Tumores	Tumores	Tumores	Tumores	Circulator	Circulat	Tumores	Respirato
3	Respirato	Respirator	Respirator	Respirator	Respirato	Circulator	Circulato	LCE	Respirato	Respirato	Tumores
4	LCE	Infecciosa	Tumores	Circulator	Circulator	Infecciosa	Infeccios	Respirator	LCE	Infeccios	Urinarias
5	Infeccios	LCE	Infecciosa	Malfor.	Infecciosa	Respirator	Respirato	Infecciosa	Infeccios	Diabetes	Infecciosa
6	Urinarias	Circulator	Circulator	Infecciosa	Embarazo	Embarazo	Hígado	Hígado	Hígado	Urinarias	Diabetes
7	Diabetes	Meningiti	Nutrición	Metabólico	Urinarias	Urinarias	Urinarias	Diabetes	Diabetes	LCE	LCE
8	Hígado	Metabóli	Metabólico	Urinarias	Malfor.	Hígado	Diabetes	Urinarias	Urinarias	Hígado	T. mental
9	Perinatal	Tumores	Urinarias	Nutriciona	Diabetes	Diabetes	Embaraz	T. mental	T. mental	T. mental	Metabólico
10	Malfor.	Urinarias	Meningiti	Meningiti	Metabólico	Malfor.	T. mental	Abdomina	Abdomin	Metabóli	Abdomin

Fuente: Datos de dirección de estadística e información de salud. *LT: Lesión de tránsito

4. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el perfil epidemiológico de las lesiones por causa externa atendidas en el centro de salud de Leonor de Capelli de Ingeniero White entre los años 2021-2022?

¿Qué factores de riesgo se asocian con las lesiones por causas externas no intencionales en los pacientes atendidos en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White durante el periodo 2021-2022?

5. HIPÓTESIS

El análisis del perfil epidemiológico descriptivo de las tendencias de las lesiones por causas externas no intencionales atendidas en el centro de salud de Ingeniero White revelará patrones específicos y factores de riesgo claramente identificables para pensaren posibles intervenciones de prevención.

6. JUSTIFICACIÓN

6.1 Justificación social

La dirección de epidemiología de Argentina manifestó que las estadísticas mundiales, demuestran que en los últimos años las tasas de morbilidad y mortalidad por lesiones de causas externas no intencionales han aumentado notablemente (DEIS 2017).

En Argentina desde el año 2007 se comenzó a trabajar en la vigilancia epidemiológica de esta problemática social emergente, el Ministerio de Salud de la Nación estableció el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones a través de la Resolución Ministerial 978. Este programa se creó con el propósito de abordar la causa principal demortalidad en personas de 1 a 44 años: las lesiones causadas por factores externos. Opera bajo la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio deSalud de la Nación (Ferrante *et al.* 2013).

El enfoque principal del programa es reducir la incidencia y la gravedad de las lesiones mediante la implementación de medidas de vigilancia epidemiológica y prevención de estas. Estas medidas se llevan a cabo de manera colaborativa y multidisciplinaria, involucrando a diversos sectores, como el campo de la salud, la seguridad vial, la justiciay la educación, entre otros.

El sistema de vigilancia de lesiones, conocido como SI.VI.LE, se compone de varias Unidades Centinelas distribuidas en diversas provincias de Argentina. Estas unidades suelen ubicarse en hospitales y servicios de emergencia, donde recopilan información detallada sobre las lesiones por causas externas de manera continua. Esta informaciónse utiliza para diseñar estrategias de prevención, atención y rehabilitación adaptadas a las características socioculturales específicas de cada región.

El primer nivel de atención no cuenta con una unidad centinela para recopilar información, sólo se han realizado dos boletines epidemiológicos desde el departamento

de epidemiología de la Secretaría de salud de Bahía Blanca con el propósito de obtener datos sobre las lesiones por causas externas sin desarrollar un perfil epidemiológico sobre las mismas.

Mediante el conocimiento de las lesiones por causas externas, se aportaron datos que fortalecen las prácticas de prevención de la enfermedad y su aplicación en el terreno, dando al equipo de salud y la comunidad herramientas para una mejor aprehensión de estas. Por tal motivo es importante continuar con su estudio.

6.2 Justificación académica

La necesidad de integrar y analizar la información sobre el perfil epidemiológico y factores de riesgos es reconocida a nivel mundial por su impacto sobre las políticas y acciones en materia de salud (Claret, 2014).

El análisis y la descripción de los patrones de morbilidad y mortalidad en el sistema de salud tienen un impacto directo en las políticas públicas. La comprensión y caracterización de las lesiones por causas externas proporciona información crucial sobre la morbilidad y mortalidad de los usuarios, cómo satisfacen sus necesidades de salud, a quién acuden en busca de ayuda, los desafíos y obstáculos que enfrentan, así como las respuestas del propio sistema de salud. Tanto los profesionales de la salud como el sistema en su conjunto deben aprovechar esta información como una oportunidad para repensar los cuidados en salud, de manera que se ajusten mejor a las necesidades de los usuarios y sus familias. Al poner de relieve este problema y fomentar la discusión dentro de la comunidad, se puede lograr que forme parte de la agenda política.

En búsqueda bibliográfica realizada en Bahía Blanca no existen trabajos presentados que hayan investigado sobre el perfil epidemiológico de las lesiones por causa externa no intencionales en la comunidad de Ingeniero White. El personal de salud del primer nivel de Atención no ha realizado estudios que denoten el conocimiento del tema planteado. La investigación y comprensión de las lesiones fue necesario para profundizar y trabajar sobre las mismas.

6.3 Justificación personal

Las lesiones por causas externas no intencionales representan una problemática de gran magnitud que provoca no sólo un elevado costo humano, con lesiones, fallecimientos y secuelas, sino también un impacto económico significativo, con incapacidades laborales y

pérdida de días de trabajo.

Como enfermero en el centro de salud de Ingeniero White, he sido testigo constante de esta realidad, atendiendo diariamente a usuarios que sufren dichas lesiones y presenciando las diversas emociones y sentimientos que se generan tanto en los mismos damnificados como en sus allegados.

La recurrencia en las consultas ligadas a esta problemática generó un interés por indagar la incidencia real que la misma tiene en la comunidad en la cual ejerzo mi labor. Además, teniendo en cuenta la importancia de la prevención sobre este tipo de eventos sería valioso ampliar los saberes epistémicos adquiridos hasta el momento para asesorar y orientar eficazmente a los usuarios que concurren a la institución. Se procura aportar nuevos conocimientos a partir de investigaciones como la planteada en este trabajo.

Abordar esta problemática, lleva a reflexionar a los equipos de salud sobre las medidas preventivas que se implementan actualmente.

Considero que fue necesario abordar las lesiones por causas externas no intencionales desde una perspectiva integral, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir los costos humanos y secuelas. Estoy comprometido en generar un cambio positivo y contribuir al bienestar de la comunidad de Ingeniero White a través de esta investigación.

7. ESTADO DEL ARTE

Existen diversas investigaciones referidas al tema tratado en esta tesis. Algunas de ellas internacionales, otras nacionales y dentro de estas últimas se encuentran algunas de la localidad de Bahía Blanca.

La Organización Mundial de la Salud establece que se han reconocido a nivel mundial a las lesiones no intencionales por causas externas como un problema emergente (Organización Mundial de la Salud, 2017). Esto generó numerosas experiencias, y a su vez, investigaciones en todo el mundo.

Algunos estudios comienzan a visibilizar las lesiones trabajándolas a partir de la vigilancia epidemiológica de las LCE intencionales y no intencionales (Bejarano Castro et al., 2006). Esto enfatiza el armado de un perfil epidemiológico variado, con constantes actualizaciones en el tiempo y en cada lugar (Di Cesare, 2011; Salinas et al., 2008).

En su investigación, Monterubbianesi (2022) fundamenta que las lesiones constituyen una patología poco estudiada en el ámbito del primer nivel de atención. Asimismo, Soriano et al. (2002) sostienen que son una de las consultas más frecuentes en los servicios de urgencias y los centros de atención primaria (Soriano et al., 2002; De Lima et al., 2009).

Dentro de las investigaciones internacionales referidas a lesiones no intencionales por causas

externas, Peden et al. (2012), Monteiro (2016) y Duarte-Zoilan y Gamarra (2022) consideran que la vigilancia se problematiza a través de la morbilidad por grupos etarios con LCE, visibilizando una problemática muy sensible: en América Latina cada hora mueren seis niños o adolescentes menores de 20 años, principalmente por lesiones no intencionales causadas por el tránsito, ahogamientos y sofocaciones. Esta situación es más grave en los menores de edad del sexo masculino, ya que su riesgo de morir es de 1,5 a 2,7 veces mayor que el de las niñas.

A su vez, Peden et al. (2012) consideraron que parte relevante de la investigación responde al lugar de ocurrencia y al mecanismo de las LCE, pudiendo ser esta información fundamental para pensar en medidas preventivas. Su estudio reveló que el 57,1 % de las lesiones ocurrieron en el hogar, el 16,8 % en la vía pública y el 7,3 % en centros escolares. Dentro de ellas, las caídas fueron el tipo de accidente más común.

Por otra parte, Consuelo-Estrada et al. (2018) determinaron a través de su investigación que, en México, el estudio del lugar de ocurrencia de las LCE mostró resultados similares, siendo el hogar el principal lugar de ocurrencia.

En Cuba se realizó un estudio con el objetivo de determinar los potenciales de riesgo de accidentes en el hogar y se tuvo en cuenta la severidad de las lesiones. Pacios Alfonso y Salazar Casanova (1999) describieron las lesiones domésticas ocurridas durante un año en una población atendida en un consultorio de medicina familiar. El estudio reveló que los grupos de edad más afectados fueron los niños y los adultos mayores, y que las lesiones más frecuentes fueron las contusiones por caídas. También señalaron que una quinta parte de los lesionados tuvo secuelas y que solo el 40 % de los accidentes se diagnosticaron en consulta. Además, se evidenció que más de la mitad de la morbilidad es oculta y que cada persona lesionada pierde un promedio de 10 días de vida plena.

La literatura revisada sugiere que algunos autores e instituciones consideran que solamente se puede hablar de participación auténtica cuando la comunidad participa en la toma de decisiones (Escalona Reguera y Agüero Benítez, 1979; Engel et al., 1990; Bermejo y Bekui, 1993; Brownlea, 1987; Arnstein, 1969).

Por otra parte, existen investigaciones a nivel nacional que se vinculan estrechamente con la temática de esta tesis.

Burrone et al. (2012) manifestaron que en Argentina las LCE son la principal causa de muerte entre los adolescentes y jóvenes. Peláez et al. (2021) evidenciaron que los hombres mayores son más susceptibles que las mujeres a sufrir lesiones por transporte terrestre, siendo esta la principal causa de muerte entre los adultos jóvenes (entre 24 y 40 años) que se encuentran activos.

A nivel local, en la ciudad de Bahía Blanca, la Secretaría de Salud realizó un informe sobre lesiones por causas externas y proporcionó datos sobre el rango etario, tipos de lesiones y

área programática de atención (Departamento de Epidemiología, 2019).

Otra investigación analizó los costos de las LCE y las colisiones viales en Bahía Blanca, evaluando su impacto urbanístico, sanitario y económico entre 2012 y 2017. Este trabajo recopiló los resultados de cuatro años de investigación en el campo de la accidentología vial en la ciudad y analizó la situación del tránsito y la efectividad de las políticas públicas implementadas (Barragán et al., 2016).

8. MARCO TEÓRICO

El desarrollo de esta tesis se centró en la caracterización del perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales de los usuarios atendidos en el Centro de Salud de Ingeniero White en los años 2021-2022.

8.1 La comunidad

La comunidad de Ingeniero White cuenta con diversas instituciones y servicios esenciales para el bienestar de sus habitantes, incluyendo tres clubes deportivos, cuatro colegios, una sociedad de fomento, un centro de jubilados, una delegación municipal, un cuartel de bomberos y una estación de policía. En el ámbito de la salud, se destaca el Centro de Salud Leonor N. de Capelli, conocido como "el hospitalito". El centro de salud, junto a la unidad sanitaria de Saladero y la unidad sanitaria de San José Obrero forman el área programática VII siendo una de las diez áreas programáticas que depende de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca formando el primer nivel de salud de la ciudad. Este se ha convertido en un pilar fundamental de la comunidad, con un modelo de atención centrado en el ciudadano y orientado hacia la prevención y promoción de la salud a través de un enfoque integral y multidisciplinario (Granda, 2004).

La atención primaria de salud (APS) en este contexto se basa en la atención comunitaria, que prioriza una evaluación detallada de las necesidades de salud de la comunidad para responder adecuadamente a ellas, considerando a la comunidad como un todo (Gofin, 2007). El centro de salud opera bajo el principio de cogestión, donde todos los trabajadores participan activamente, favoreciendo un enfoque colaborativo y una relación armoniosa entre los profesionales de la salud y su entorno laboral. La complejidad de este trabajo implica no solo la disponibilidad continua de los profesionales, sino también un modelo de gestión en el que los mantienen un alto grado de autonomía. Esto refleja un distanciamiento entre el modelo tradicional de jerarquías y la realidad diaria del sector salud, donde la labor está íntimamente ligada a los sucesos de la vida comunes y no necesariamente complejos (Susser, 1999).

La definición y caracterización de la comunidad es clave para una atención primaria eficaz. Esto implica no solo identificar la población, en este caso el área programática VII a la que cada servicio de APS es responsable, sino también analizar la estructura física, demográfica y social de la comunidad. En áreas urbanas o periféricas, donde la movilidad y la presencia de personas son comunes, puede ser difícil definir con precisión la población objetivo, ya que los habitantes pueden acceder a múltiples servicios en su área o en zonas vecinas. La caracterización debe basarse en datos reales, sean cuantitativos o cualitativos, aunque con frecuencia se enfrenta a desafíos debido a la falta de datos actualizados o específicos para la población diana. No obstante, los avances tecnológicos han facilitado el acceso a la información electrónica, permitiendo la visualización de mapas y la distribución de pacientes a través de sistemas de información geográfica, lo que ayuda a entender la penetración de los servicios de salud en el territorio (Mullan, 2009).

El modelo de atención del Centro de Salud de Ingeniero White incluye la atención continua a través de una guardia médica las 24 horas, los siete días de la semana, y un enfoque en el seguimiento epidemiológico de las condiciones de salud de la comunidad. Su financiamiento, gestionado por la política municipal que promueve una relación equilibrada con el entorno físico y natural y fomenta el uso óptimo de los recursos locales, no solo del sector salud, sino también de sectores afines, en beneficio de la salud y la cohesión social, respalda la implementación de la estrategia de atención primaria de salud en la comunidad, garantizando un acceso oportuno y una respuesta eficaz ante las necesidades de salud de los habitantes (Mele, 2010).

8.2 APS y PNA en la comunidad

La Atención Primaria de la Salud (APS) ha sido un componente clave en la evolución de las políticas sanitarias a nivel mundial, con antecedentes en iniciativas como el trabajo de enfermeras visitadoras, campañas de vacunación obligatoria y programas de salud pública desarrollados con personal comunitario. Estas primeras iniciativas sentaron las bases para un enfoque más integral y participativo, en el que la comunidad se convierte en un elemento central para la identificación y solución de los problemas de salud, con énfasis en la equidad y accesibilidad a los servicios de salud (Rovere, 2008).

En este marco, el concepto de Primer Nivel de Atención (PNA) se integra como la puerta de entrada al sistema de salud, ofreciendo atención en el lugar más cercano a la población y abordando aproximadamente el 85% de los problemas de salud más comunes (Cotanda, 1994). Esta atención se enfoca en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, atendiendo las necesidades de salud con un enfoque integral y centrado en la

comunidad. En el contexto del centro de salud de Ingeniero White, el PNA no solo cumplió el rol de primer contacto, sino que fomentó una relación continua y de confianza con la comunidad, a través de atributos como la longitudinalidad, coordinación e integralidad de la atención.

El rol de la APS en la comunidad se extendió más allá de la atención médica básica, promoviendo la participación de la población en la gestión de su propia salud y en la toma de decisiones. En línea con los principios de la Declaración de Alma-Ata de 1978, impulsada por la OMS, el enfoque de la APS en Ingeniero White se centró en un modelo de atención equitativo y accesible, basado en métodos prácticos y socialmente aceptables. Esto permitió que el centro de salud, conocido por la comunidad como *"el hospitalito"*, se erigió como un referente en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, adoptando un modelo de cogestión que facilitaba la participación activa de todos los trabajadores de salud y promovía un entorno laboral armonioso y colaborativo (Granda Ugalde, 2009; Torres y Herrera, 2021).

La importancia del PNA y la APS también se observa en el abordaje de problemas específicos de salud comunitaria de Ingeniero White, las lesiones por causas externas no intencionales son una problemática constante. Estas lesiones representan un desafío significativo para los servicios de salud, donde no solo se brinda atención de la emergencia, sino que también se enfocaba en la prevención de las lesiones a través de la implementación de campañas de sensibilización, actividades y concienciación sobre los riesgos en distintos entornos.

La APS, en su modelo de atención integral, reconoce que las lesiones no intencionales están relacionadas con factores económicos, sociales y culturales. En este sentido, el PNA operó como una estrategia clave para abordar los determinantes sociales de salud que inciden en la ocurrencia de estas lesiones. Por ejemplo, en comunidades de bajos ingresos, las condiciones de infraestructura y la falta de medidas de seguridad en los hogares y en el entorno de trabajo pueden incrementar el riesgo de accidentes (Borrell, 2014; Hoffman, 2014). Así, el centro de salud de Ingeniero White no solo atiende los efectos de estas lesiones, sino que se dedica a identificar los factores subyacentes para implementar intervenciones efectivas, como talleres de educación en seguridad vial, capacitaciones en primeros auxilios y fortalecimiento de las normas de seguridad en el hogar y el trabajo.

En los últimos años, la APS ha experimentado un proceso de renovación promovido por la OMS y la OPS, en respuesta a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas. Esta renovación aboga por un enfoque más integral que no solo atienda las necesidades inmediatas de salud, sino que también promueva la equidad, la participación ciudadana y el acceso universal. En el caso del centro de salud de Ingeniero White, esta renovación se tradujo en un fortalecimiento de las capacidades para realizar un monitoreo constante de indicadores epidemiológicos, lo que permitió identificar patrones y ajustar las intervenciones en función de las necesidades cambiantes de la población (Mullan, 2009).

La comunidad desempeña un rol esencial en este contexto, actuando como un ciudadano vigilante que exige la implementación de políticas efectivas y la rendición de cuentas en los servicios de salud. Este control ciudadano fortalece el enfoque integral de la APS, promoviendo la inclusión de normativas que responden a los derechos de la comunidad y fortalecieron el vínculo entre el centro de salud y la población. El compromiso de la comunidad es clave para el éxito de las intervenciones en APS, especialmente en temas de prevención de lesiones y promoción de la seguridad, consolidando al centro de salud de Ingeniero White como un verdadero referente en salud comunitaria y en la construcción de un entorno seguro para todos sus habitantes.

8.3 Caracterización de las lesiones por causa externa

Las lesiones por causa externa se han convertido en un problema sanitario de gran relevancia a nivel mundial en las últimas dos décadas. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 5,8 millones de personas mueren cada año debido a estas causas, lo que representa alrededor del 10% de todas las muertes registradas en el mundo (OMS, 2018). Estas lesiones son la principal causa de defunción en los grupos de edad más jóvenes y, por lo tanto, tienen un impacto significativo en la vida de las personas y la comunidad (Ferrante, 2009).

En Argentina, en el año 2017, se registraron un total de 341.688 defunciones, de las cuales 19.419 fueron causadas por lesiones de causa externa, representando el 6% del total. Estas lesiones se sitúan como la cuarta causa de muerte en la población general (DEIS, 2018).

La Primera Conferencia Internacional sobre Prevención y Control de las Lesiones, celebrada en Estocolmo, llevó a la constitución de un Comité de Especialistas encargado de ampliar el registro de las causas externas de las lesiones en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE/ICD) de la OMS (OMS, 1992).

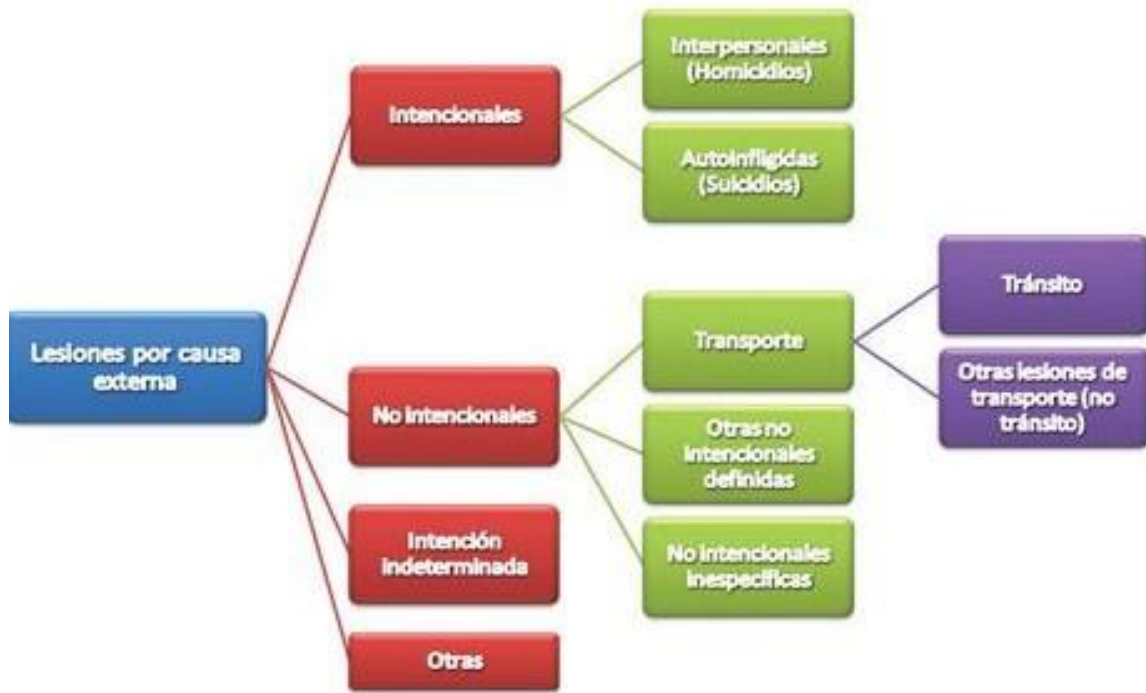
De acuerdo con la Clasificación Internacional de las Lesiones de Causas Externas (Gráfico 1), se presentan diferentes tipos de lesiones (Rodríguez, 2000).

Según el Ministerio de Salud de Argentina (2024):

las lesiones intencionales engloban las agresiones autoinfligidas y las interpersonales, mientras que las lesiones de intención no determinada se refieren a eventos en los que los datos proporcionados por el informante son insuficientes para distinguir la intencionalidad de las lesiones. Por otro lado, las lesiones por intervenciones legales y operaciones de guerra hacen referencia a eventos en los que la lesión

fue causada por fuerzas de seguridad durante una intervención legal autorizada por la autoridad judicial o gubernamental, o a lesiones causadas en el contexto de conflictos bélicos o insurrecciones civiles (p. 1).

Figura 1: Clasificación internacional de enfermedades: Lesiones por causa externas.



Fuente: Ministerio de salud de Argentina.

8.4 Codificación de las Lesiones por causa externas no intencionales

Los códigos de atención surgen de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su 10ª edición de actualización. Es un sistema de clasificación de ejes variables cuyo esquema debe servir a todos los propósitos prácticos y epidemiológicos. Este patrón puede ser identificado en los capítulos de la CIE y, hasta el momento, es considerado como la estructura más útil que cualquiera de las alternativas que se han probado (García, 1998).

La CIE utiliza un código alfanumérico, con una letra en la primera posición y números en la segunda, tercera y cuarta posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal. Los códigos posibles van, por lo tanto, de A00.0 a Z99.9 (Martín-Vegue et al., 2002).

Aunque existe una codificación internacional, en la Secretaría de Salud de Bahía Blanca se utiliza una codificación propia, con algunos diagnósticos similares al sistema internacional.

Tabla 2: comparación de codificación de LCE entre el programa SiSalud Secretariade salud Bahía Blanca y el CIE 10.

LCE no intencionales	Código SiSalud/HCD	CIE 10
Ahogamiento o sumersión		W65–W74
Aspiración o atragantamiento		W78
Caída de un nivel a otro		W 00- W19
Caída de un nivel		W 00- W20
Caída en el mismo nivel		W 00- W21
Contacto con fuente de calor		X30-X32
Contacto con sustancias calientes		X10-X19
Envenenamiento o intoxicación medicamentosa	799	T36–T50
Envenenamiento o intoxicación química	799 A	T51–T65
Envenenamiento o intoxicación otras	799 B	T66–T78
Exposición a electricidad		W85–W99
Exposición al fuego	756	X00-X09
Golpe(objetos/ personas		W21-49
Lesión arma de fuego	761 A	W31-W34
Mordeduras	761 B	X20
Picaduras	781 B/B2	X21
Sofocación, estrangulamiento y ahorcamiento		V90- V94
Trauma con objeto corto punzante	761 D	W22–W27
Traumatismo		S0-99 /T00- T99
Traumatismo de tránsito	762 T	V00- V99
Traumatismo en ámbito doméstico	762D	W01–Y34
Traumatismo en ámbito laboral	762L	Y35
Traumatismo sin especificar	760	Y33-Y34

Fuente: Elaboración propia a través de datos del SiSalud y el CIE 10

8.5 La Epidemiología y vigilancia epidemiológica

La epidemiología y la vigilancia epidemiológica constituyen pilares fundamentales para la salud colectiva, especialmente en el contexto de sociedades cada vez más complejas y diversas. En la última década, el desarrollo de estos campos ha permitido una visión más profunda y detallada sobre los determinantes de la salud y sus variaciones en el tiempo, lo cual es crucial para la toma de decisiones informadas y efectivas en políticas de salud (OPS, 2002). En particular, el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica en países como el nuestro se ha reflejado en la creación de sistemas de información en línea y accesibles, que facilitan la integración de datos provenientes de múltiples fuentes y estrategias de vigilancia. Esto no solo ha aumentado el número de notificaciones de eventos de salud, sino que ha mejorado

significativamente la calidad y la oportunidad de los datos recopilados, así como la cobertura y representatividad de la información obtenida (SIVILE, 2007; Boletín de Vigilancia, 2014).

La vigilancia epidemiológica es un conjunto de actividades destinadas a la recolección, análisis e interpretación sistemática de datos sobre eventos de salud-enfermedad y sus factores condicionantes. Su objetivo principal es detectar o prever cualquier cambio en los patrones de salud que pueda requerir una intervención, permitiendo así una respuesta oportuna para la prevención y control de enfermedades. Esta función se vuelve esencial no solo para el monitoreo de enfermedades infecciosas o crónicas, sino también para la identificación de tendencias y factores de riesgo en problemas específicos de salud pública, como las lesiones por causas externas no intencionales (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

La importancia de la epidemiología y la vigilancia epidemiológica en el ámbito de las lesiones no intencionales es particularmente relevante, dado que este tipo de eventos puede surgir en distintos contextos —hogares, espacios públicos y laborales— y afectara personas de todas las edades y condiciones. Las lesiones por causas externas, que abarcan accidentes de tránsito, caídas, quemaduras y otros eventos accidentales, representan un reto para los sistemas de vigilancia, no solo por la necesidad de capturar datos precisos y en tiempo real, sino también por la complejidad de sus determinantes, que incluyen factores ambientales, sociales y económicos.

En este sentido, el análisis epidemiológico de las lesiones no intencionales requiere un enfoque integral, que tome en cuenta los determinantes sociales y el contexto en el que ocurren. La Epidemiología Social ha sido fundamental para este enfoque, aportando una perspectiva teórica que vincula las condiciones de salud-enfermedad con los procesos sociales, económicos y culturales. Esta corriente teórica ha permitido entender que las causas de estas lesiones no son únicamente de carácter individual, sino que responden también a estructuras sociales, como las condiciones laborales, las políticas de seguridad vial y los entornos de vivienda (Cordeiro, 1976; Breilh, 1994).

Además, la epidemiología social permite considerar la influencia del “trabajo” y otros factores socioeconómicos en la ocurrencia de lesiones. Las condiciones laborales peligrosas, la falta de medidas de seguridad adecuadas y la exposición a riesgos en el ámbito del trabajo son factores clave en la epidemiología de las lesiones. Nunes (1994) señala que la epidemiología social ofrece una comprensión articulada entre los procesos de producción social y la distribución de enfermedades y lesiones en la sociedad, lo que es fundamental para abordar las causas estructurales de estos problemas de salud (p.17).

Asimismo, los avances tecnológicos han facilitado la recopilación de datos y el monitoreo de indicadores epidemiológicos a nivel nacional e internacional. Los sistemas de información modernos han permitido una mayor integración de datos y una mejor cobertura, facilitando la

vigilancia de las lesiones no intencionales y ofreciendo una visión más precisa de su impacto en la población. Este enfoque permite identificar patrones de riesgo específicos y desarrollar intervenciones preventivas adaptadas a las características de cada comunidad, lo cual es esencial para mitigar el impacto de las lesiones en la salud pública y mejorar la calidad de vida de la población (De la Torre, 2012).

8.6 La dificultad en el armado del perfil epidemiológico

La elaboración de un perfil epidemiológico es fundamental para entender la situación de salud de una población y orientar políticas efectivas de prevención y tratamiento. Sin embargo, este proceso enfrenta diversas dificultades que desafían la obtención de una representación precisa y completa de la realidad sanitaria.

En primer lugar, uno de los principales retos es la disponibilidad y calidad de los datos. La vigilancia epidemiológica requiere información actual, válida y confiable para sustentar la toma de decisiones. Sin embargo, en muchos países, especialmente en contextos de bajos recursos, existen problemas en la recolección, registro y análisis de datos. A diferencia de países con organismos como los CDC en Estados Unidos, muchos sistemas de salud carecen de instituciones que proporcionen información en tiempo real y datos desglosados que permitan construir perfiles detallados de la población (Barragán, 2007).

Además, el perfil epidemiológico no se limita solo a la descripción de enfermedades prevalentes; debe integrar los determinantes sociales de la salud, como las condiciones socioeconómicas, los modos de vida y los factores culturales. La influencia de la estructura socioeconómica, las desigualdades de género y los estilos de vida en los entornos urbanos o rurales introduce complejidades que dificultan la construcción de perfiles generales. La salud de una población no puede comprenderse plenamente sin estudiar las formas de vida y los patrones de consumo y acceso a bienes y servicios que caracterizan a diferentes grupos sociales (Breilh, 2010). Así, los perfiles epidemiológicos deben trascender los datos estadísticos y reflejar dinámicas sociales, económicas y culturales específicas de cada comunidad.

Otro desafío importante radica en la transición epidemiológica y demográfica, un fenómeno en el cual las sociedades experimentan cambios en las causas de morbilidad y mortalidad debido al envejecimiento de la población y a la disminución de las enfermedades infecciosas, lo cual es reemplazado por un aumento de enfermedades crónicas y degenerativas y lesiones por causas externas no intencionales e intencionales. Sin embargo, en muchos países, la transición no ocurre de manera uniforme, y persisten enfermedades infecciosas junto con emergentes enfermedades crónicas, creando un perfil de “doble carga” que complica aún más

el análisis epidemiológico (Frenk et al., 1991).

Por último, un enfoque exclusivamente biomédico puede limitar la interpretación del perfil epidemiológico al excluir aspectos culturales y percepciones locales de la salud. La epidemiología, al centrarse principalmente en entidades nosológicas reconocidas, puede omitir problemas de salud que, aunque no se ajusten a las categorías de diagnóstico tradicionales, afectan significativamente la calidad de vida y generan discapacidad o sufrimiento en las comunidades. Esto resalta la necesidad de un enfoque que incluya la dimensión sociocultural y las particularidades del contexto para captar plenamente el estado de salud de la población y responder de manera efectiva a sus necesidades (Urrego, 2011). Construir un perfil epidemiológico exige una aproximación multidimensional que integre datos de calidad, el análisis de factores sociales y culturales, y una interpretación flexible que incluya la variabilidad de los perfiles de salud en el contexto de cada población. Esto permitirá que las políticas de salud se ajusten de manera más precisa a las realidades locales y se orienten hacia la promoción de una salud integral y equitativa para toda la comunidad (Menéndez, 1990).

La situación descrita sobre los desafíos en el desarrollo de perfiles epidemiológicos se relaciona profundamente con las dificultades enfrentadas en lugares específicos como Ingeniero White, donde los problemas de salud colectiva están influenciados tanto por factores contextuales únicos como por las limitaciones estructurales comunes en sistemas de salud de países como Argentina.

Ingeniero White, conocido por su actividad portuaria e industrial, enfrenta desafíos de salud que se ven exacerbados por exposiciones ambientales, particularmente a sustancias químicas derivadas de la industria, y por el tipo de actividad económica predominante de la manufacturación. Estas condiciones contribuyen a un perfil epidemiológico marcado por enfermedades y lesiones relacionadas con causas externas, como los accidentes laborales y las enfermedades respiratorias derivadas de la exposición a agentes contaminantes. En este contexto, la falta de datos epidemiológicos detallados y actualizados dificulta no solo la implementación de políticas de salud pública efectivas, sino también la adecuada comprensión del impacto real de la actividad industrial en la salud de los habitantes de la región (González-Chávez y Hersch-Martínez, 1993).

La ausencia de una entidad especializada y centralizada en la recolección y análisis de datos de salud (similar al CDC en Estados Unidos) limita la capacidad para realizar estudios longitudinales que permitan observar los efectos a largo plazo de la exposición a factores de riesgo ambiental y ocupacional en Ingeniero White. Esto complica la tarea de construir un perfil epidemiológico preciso que abarque tanto las enfermedades crónicas como los accidentes y las lesiones de causa externa que afectan a la población (Simons 1985). Los sistemas de salud locales suelen enfrentarse a datos incompletos y a una falta de capacidad para integrar factores

socioeconómicos y culturales, esenciales para entender los patrones de salud-enfermedad en comunidades como esta.

El concepto de “modos de vida colectivos” que menciona Breilh (2010) también se manifiesta en Ingeniero White, donde la salud está inextricablemente vinculada con la estructura socioeconómica del entorno y los riesgos derivados del trabajo industrial. Esto crea vulnerabilidades específicas y condiciona patrones de salud, que no siempre son representados de manera adecuada en los perfiles epidemiológicos generales (Breilh, 2010, p. 83). Además, la población local a menudo percibe la salud desde una perspectiva que incluye no solo los diagnósticos médicos convencionales, sino también el conocimiento empírico de la comunidad sobre las enfermedades y sus causas, incluyendo los efectos percibidos de la contaminación ambiental.

La construcción de un perfil epidemiológico para Ingeniero White debe enfrentar los desafíos de la falta de datos confiables, la necesidad de un enfoque integrador que considere los factores socioculturales y ambientales específicos, y las limitaciones de un sistema de salud sin los recursos adecuados para enfrentar estos problemas. Un enfoque flexible y multidimensional podría ayudar a reflejar mejor la realidad de salud de esta comunidad, permitiendo tomar decisiones basadas en evidencia que aborden los riesgos particulares derivados de su contexto industrial y social.

8.7 Pilares esenciales en la salud de la comunidad

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades son dos pilares fundamentales del trabajo del equipo de salud, especialmente dentro de la Atención Primaria en Salud (APS). Esta estrategia, que aboga por una atención integral, se enfoca en mejorar las condiciones de vida de la población, fomentando la salud desde su raíz, más allá del tratamiento de las enfermedades (Czeresnia, 2006).

Según la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), la promoción de la salud se define como «proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma».

Esta visión reconoce que la salud no depende exclusivamente de los servicios sanitarios, sino también de los determinantes sociales, económicos y ambientales que afectan la vida de las personas (Báez-Pupo, 2012).

La promoción de la salud, como proceso integral, incluye estrategias destinadas a mejorar la calidad de vida y aumentar el control de las personas sobre los determinantes que afectan su salud. Kickbusch (1997) resalta que las estrategias de promoción deben integrar políticas públicas saludables, participación comunitaria y la acción de promoción de la salud deben

integrar políticas saludables, participación comunitaria y la promoción activa de la salud en todos los niveles de la sociedad, las estrategias de prevención de lesiones por causa externa son utilizadas hace años en este sentido, en el centro de salud de Ingeniero White se realizó en diferentes etapas sobre la sensibilización de los lesiones producidas en los pediátricos o en el adulto mayor, aunque no se ha escrito sobre esas acciones .

A lo largo de las décadas, la salud colectiva ha promovido incluir acciones interdependientes, tanto de prevención como de educación para la salud, entendiendo que los comportamientos individuales y el entorno social juegan un rol clave en la determinación de la salud (Edelman, Fulmer y Mandle, 2001; Eldredge et al., 2016). Esto ha llevado a integrar la promoción de la salud en diversas áreas como la legislación, la educación, la investigación y la participación comunitaria (Giraldo-Osorio, 2016; Quintero-Fleites, 2017).

En este contexto, la educación para la salud emerge como otro pilar esencial. El concepto de educación para la salud ha evolucionado de ser una intervención técnica y asistencial para convertirse en un proceso participativo y empoderador. Según Báez-Pupo (2012), la educación para la salud facilita el acceso a la información y la capacitación, permitiendo que las personas tomen decisiones informadas sobre su bienestar (p. 17). El objetivo es que la comunidad sea capaz de identificar los factores de riesgo y las condiciones que afectan su salud, y actúe para mitigar estos riesgos, siendo una estrategia determinante para trabajar las lesiones por causa externa. Esto se logra no solo a través de la provisión de información, sino también mediante otros pilares como son el empoderamiento del individuo y la participación activa de la comunidad en las decisiones sobre su salud (Carvalho, 2008).

En las lesiones por causas externas no intencionales, el enfoque más relevante es la prevención primaria, que busca evitar las lesiones y mejorar las condiciones de vida para evitar que las personas se expongan a factores de riesgo. Varios autores, como Vignolo (2011), subrayan que la prevención primaria incluye intervenciones para reducir los factores de riesgo antes de que ocurran problemas de salud (p. 12). Además, Eldredge et al. (2016) y Edelman, Fulmer y Mandle (2001) argumentan que la prevención primaria debe ser una prioridad en las políticas de salud, ya que permite reducir los costos asociados al tratamiento de enfermedades, y contribuir a la mejora continua del bienestar de la población.

Es importante destacar que la promoción de la salud no se limita a un enfoque curativo, sino que implica un enfoque anticipatorio, en el que se buscan condiciones favorables para la salud antes de que surjan problemas (Kickbusch y Dean, 1995). Un cambio fundamental en el sistema de salud ha sido la integración de la prevención y la promoción de la salud en todos los niveles de atención, desde el primer nivel hasta el tercer nivel de atención médica. Este enfoque busca equilibrar los esfuerzos entre la prevención, la promoción y el tratamiento de las enfermedades (Monreal, García y Fóres, 2016).

Esto no solo mejora la calidad de vida de las personas, sino que también reduce la carga

económica sobre los sistemas de salud, al evitar que las enfermedades progresen a etapas más complejas y costosas de tratar. Villar (2011) destaca que, especialmente en el primer nivel de atención, las acciones de promoción y prevención deben ocupar un lugar central, ya que la prevención de enfermedades permite un mayor impacto en la salud de la población con menor inversión financiera (p. 78).

Un enfoque social y político de la salud pública:

La promoción de la salud, como se menciona en la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), debe ser entendida no solo como un esfuerzo individual, sino como un proyecto social que involucra a toda la comunidad y especialmente, a los gobiernos (Paim, 2005). Este enfoque integrador se refiere a las responsabilidades políticas y sociales que deben garantizar las condiciones necesarias para una vida saludable, lo que incluye políticas públicas orientadas a la salud, como el control del medio ambiente y la promoción de la justicia social (Navarro, 1998; Figueroa, 2012).

Es importante destacar que el fortalecimiento de las políticas públicas saludables, como mencionan Kickbusch (1997) y la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), es clave para que las sociedades puedan lograr avances significativos en salud, mediante la mejora de los determinantes sociales y ambientales. Se establecieron cinco líneas de acción: desarrollar aptitudes personales, crear entornos favorables, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud, e impulsar políticas públicas saludables, todas las cuales siguen siendo relevantes hoy en día (Organización Mundial de la Salud, 1986).

La prevención de las lesiones por causa externa depende en gran medida de la participación activa de la población, que debe estar bien informada sobre cómo evitarlas y estar atenta a posibles riesgos. La educación para la salud es, en este sentido, una herramienta clave. Kickbusch y Dean (1995) señalan que las estrategias de prevención de salud deben combinar políticas públicas, participación comunitaria y promoción. Esta perspectiva es reforzada en la Conferencia de Helsinki, la cual destaca la importancia de la promoción de la salud en todas las políticas públicas (p. 36).

La salud es, en este sentido, un proyecto social, y no solo una tarea del centro de salud de Ingeniero White. Los historiadores futuros probablemente verán a las sociedades con más respeto por su habilidad para no solo curar enfermedades, sino también para promover la salud de sus ciudadanos (Navarro, 1998).

La promoción de la salud busca intervenir en los determinantes de la salud para mejorar la resiliencia y bienestar de las personas (González et al., 2012). Los determinantes de la salud incluyen factores positivos, que mejoran la calidad de vida y el bienestar, y factores de riesgo, que incrementan la morbilidad y mortalidad. La promoción de la salud busca fortalecer los determinantes positivos y reducir los negativos (Eldredge et al., 2016; Edelman, Fulmer y Mandle, 2001).

En este contexto, la prevención primaria se convierte en una herramienta esencial que no se limita al primer nivel de atención, sino que puede aplicarse en todos los niveles del sistema de salud, desde el primero hasta el tercer nivel, como en programas de inmunización o la prevención de úlceras en pacientes de cuidados intensivos (Villar, 2011).

En América Latina, los problemas de salud pública han llevado a un rediseño de los sistemas de salud para dar más importancia a la prevención y promoción, alejándose de un modelo puramente curativo y pensando en una salud colectiva (Stotz, 1997; Monreal, García y Fóres, 2016). Señalan que muchos problemas de salud están asociados a estilos de vida y condiciones socioambientales, por lo que es crucial enfocar recursos en la promoción de estilos de vida saludables y reducir la medicalización innecesaria.

La prevención de la enfermedad, como función de la salud colectiva, se enfoca en reducir factores de riesgo y detener el avance de enfermedades junto con la restauración de la salud y la promoción. Forma parte del proceso de atención integral en salud, especialmente en el primer nivel de atención, donde las actividades de prevención deben ocupar un lugar prioritario debido a sus beneficios en la reducción de enfermedades y costos en comparación con la atención curativa (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

En el marco de la promoción de la salud, el concepto de autocuidado aparece como otro pilar fundamental para el desarrollo de comunidades saludables, tal como lo plantea Guirao Goris (2003), quien define el autocuidado como una serie de actividades diarias, íntimas y personales realizadas por las personas con el fin de mantener su funcionamiento integral de forma independiente. Esto pone de relieve que el autocuidado no solo es una serie de prácticas concretas, sino también una forma de responsabilización individual en el mantenimiento de la salud.

Complementario al autocuidado se encuentra el concepto de "cuidado de sí", planteado por el filósofo Michel Foucault, quien lo define como "una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo" (Foucault, 1996). Este enfoque introduce una dimensión más profunda, en la que el cuidado de sí no se limita a las prácticas individuales, sino que abarca un proceso de construcción de significados y de actitud que impulsa las acciones de autocuidado.

La concepción foucaultiana del cuidado de sí otorga una mirada holística, integrando aspectos físicos, sociales y culturales que dan forma a las decisiones individuales sobre la salud en el contexto de la vida cotidiana. Además, la perspectiva del cuidado de sí permite comprender la salud como una construcción sociocultural, emergente de las interacciones y relaciones entre individuos y comunidades (Kisnerman, 1998). En este sentido, la prevención y la promoción de la salud requieren una comprensión de las diversas dimensiones que afectan a la vida humana: corporal, cultural y psicosocial, todas interrelacionadas en el proceso de mantener el bienestar individual y colectivo.

En la promoción de la salud, esta comprensión holística se traduce en el impulso de la autonomía y la capacidad de decisión de las comunidades, lo que fomenta su participación activa en el cuidado de la salud colectiva. Este enfoque va más allá de las intervenciones individuales, implicando el fortalecimiento de estructuras sociales que apoyen el desarrollo humano integral y la inclusión de todos los grupos poblacionales, independientemente de sus condiciones y características particulares.

El empoderamiento comunitario se convierte en un elemento esencial dentro de la promoción de la salud, promoviendo la creación de un sistema de poder compartido donde los individuos y las comunidades participen activamente en la toma de decisiones que impactan su salud y su vida diaria. En palabras de Muñoz Franco (2007), la prevención en salud colectiva y el cuidado de sí mismo deben llevar a la comunidad a construir significados y actitudes que, en última instancia, transformen la manera en que conciben y cuidan su bienestar. Esta visión integral convierte al cuidado de sí y al autocuidado en pilares complementarios de una vida saludable y equilibrada (Gattino et al., 2011).

Así, el enfoque de prevención en el equipo de salud no solo aboga por la reducción de riesgos físicos, sino que también incorpora la construcción de actitudes y significados que fomenten el autocuidado y el cuidado de sí en un nivel profundo y sostenible.

El concepto de empoderamiento en el contexto de la promoción de la salud subraya sus dimensiones sociales y psicológicas, así como su relevancia histórica y sus aplicaciones en políticas de salud (Najmanovich, 2012). En el hemisferio norte, durante los años 60, surgen movimientos sociales que impulsan ideas de autonomía y justicia social. Estos movimientos luego se entrelazan con el surgimiento de movimientos de autoayuda y psicología comunitaria en las décadas de los 70 y 80. Finalmente, en los años 90, las discusiones en torno a la noción de ciudadanía resaltan la importancia del empoderamiento como un aspecto clave para mejorar la calidad de vida y promover una participación activa en la sociedad.

El empoderamiento se presenta en dos visiones: la "psicológica" y la "social/comunitaria" (Carvalho, 2008). El empoderamiento social o comunitario, influenciado por autores como Paulo Freire (1997) y Saul Alinsky, se enfoca en la participación colectiva y en la capacidad de las personas para influir en las estructuras sociales y políticas. Este enfoque reconoce la influencia de factores socioeconómicos en la salud y busca reconfigurar el contexto social para mejorar la calidad de vida.

Así, el empoderamiento social se entiende como un pilar esencial de transformación social que implica procesos de reflexión crítica, cogestión y autonomía, promoviendo la justicia social y el fortalecimiento de la capacidad de acción de las personas y comunidades. Incorporar el empoderamiento social en las prácticas de salud no solo mejora la información y cambia comportamientos, sino que crea un espacio de participación y reflexión crítica que permite a los individuos y colectivos actuar sobre los determinantes sociales de la salud (Robertson,

2010).

Esto implica un cambio en las prácticas pedagógicas hacia un enfoque de "empowerment education", donde los profesionales de la salud y los usuarios colaboren activamente. Esto es particularmente útil en la promoción de la salud y prevención de lesiones de causa externa, ya que permite intervenciones en cada nivel de influencia, promoviendo un enfoque integral. Al mejorar la participación de las personas en la decisión sobre su salud, se pueden diseñar estrategias que no solo educan al individuo, sino que también trabajan en la creación de entornos seguros y el desarrollo de políticas públicas favorables a la salud (Minayo, 2005). La participación comunitaria es fundamental para la eficacia de prevención, ya que permite que las intervenciones se adapten a las necesidades y realidades locales, incrementando la probabilidad de éxito en la implementación de comportamientos saludables.

Este enfoque se alinea con el énfasis de Carvalho (1996) en la integración de medidas preventivas y de educación en salud, promoviendo un estilo de vida saludable y la responsabilidad personal en el cuidado propio, con la finalidad de evitar enfermedades. Carvalho enfatizó la importancia de la educación para prevenir lesiones y enfermedades causadas por factores externos, lo cual coincide con el objetivo de la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986): empoderar a las personas para tomar control de su salud. Este enfoque reconoce que la salud no depende solo de la intervención del equipo de salud, sino también de los determinantes sociales, económicos y ambientales que afectan el bienestar individual y comunitario. El trabajo del centro de salud de Ingeniero White toma estos conceptos y promueve la responsabilidad individual hacia el cuidado propio, un concepto que se refleja en la noción de autocuidado y empoderamiento en la promoción de la salud actual.

8.8 Marco normativo del Estado Nacional en la problemática de las lesiones externas no intencionales.

En el año 2007, en respuesta a la cantidad de atenciones por lesiones, se crea el Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones, a través de la Resolución Ministerial 978/2007. El mismo se encuentra dentro del ámbito de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos, bajo la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación (SISA, 2007). Otro programa que se desprende de las estrategias nacionales es el "Programa Nacional de Prevención y Control de Lesiones - Instructivo para el registro de datos en las unidades centinelas del Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE)" (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Con el fin de disminuir la morbilidad, se llevan a cabo acciones de vigilancia epidemiológica y prevención de lesiones de manera intersectorial e interdisciplinaria. Se trabaja coordinando esfuerzos con actores clave tanto en el campo sanitario como en el

campo de la seguridad vial, justicia, educación, entre otros (DEIS, 2017).

En la ciudad de Bahía Blanca, desde la Secretaría de Salud se utiliza el programa informático SIsalud, donde se cargan las distintas atenciones codificando su diagnóstico. El Programa SIsalud está avalado por la Ley N.º 17.622 y su Decreto Reglamentario 3.110/70 que legisla sobre el Secreto Estadístico y la Ley N.º 25.326 que legisla sobre la Protección de los Datos Personales para poder utilizarlo como fuente de información. El mismo posee un nomenclador para clasificar y codificar las atenciones, prácticas, tratamientos, actividades, etc. que realice el equipo de salud. (Municipio de Bahía Blanca, 2013). Este programa aporta datos al programa Nacional SIVILE.

9. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar el perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales de los usuarios que consultaron en el centro de salud Leonor de Capelli Ingeniero White, Bahía Blanca en el año 2021-2022.

10. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las lesiones por causas externas no intencionales de los usuarios atendidos en el CS de Ingeniero White.
- Describir las características sociodemográficas de los usuarios atendidos en el CS de Ingeniero White que han sufrido LCE no intencionales.
- Identificar los lugares de ocurrencia más frecuentes para las lesiones por causas externas no intencionales de los usuarios atendidos en el CS de Ingeniero White.
- Clasificar la resolución de las lesiones por causas externas en los usuarios atendidos en el centro de salud de Ingeniero White.

11. METODOLOGÍA

11.1 Diseño de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo observacional de corte transversal y retrospectivo. Se buscó cuantificar las características de una población en un momento específico, observando sin intervenir o manipular variables, y describiendo los fenómenos de salud tal como se presentan en el contexto estudiado. Este tipo de estudio analiza datos

recogidos en el pasado, permitiendo evaluar aspectos como la prevalencia y frecuencia de ciertas condiciones de salud, así como identificar factores opatrones asociados a variables de interés en un contexto determinado.

11.2 Población

Para esta investigación, se recopilarán los datos de todos los usuarios que consultaron en el Centro de Salud Leonor de Capelli de Ingeniero White y fueron diagnosticados con lesiones de causas externas no intencionales en el periodo 1 de enero 2021- 31 de diciembre 2022. Este periodo fue elegido específicamente debido a que durante estos años se implementó un trabajo de sensibilización y capacitación en el equipo de salud, orientado a mejorar la precisión y completitud de la carga de datos en el sistema. Buscando garantizar la calidad de los registros para obtener un panorama más detallado de la incidencia de estas lesiones en la población atendida, facilitando así la toma de decisiones y la planificación de futuras intervenciones preventivas.

Pacientes excluidos:

- Pacientes que presentaron lesiones de causas intencionales, como agresiones, autolesiones o violencia.
- Usuarios atendidos en el centro de salud fuera del periodo de estudio.
- Pacientes cuyos diagnósticos no incluyan información específica sobre lesiones de causas externas, es decir, aquellos sin una clara identificación de que la lesión sea no intencional.
- Casos donde se repitió la atención por la misma lesión.

11.3 Definición de variable

La relación de los datos sociodemográficos y los aspectos relacionados con la lesión, como se menciona en el proyecto, permitió obtener una visión más completa y detallada de las lesiones por causas externas no intencionales en la población de usuarios del centro de salud de Ingeniero White. Se ordenaron las variables en relación con la entrevista realizada (Anexo C). Se utilizaron datos sociodemográficos tales como, la edad, el género, la escolaridad, la cobertura social, estado laboral que identificaron posibles factores de riesgo o vulnerabilidad asociados a las lesiones.

Por otro lado, se analizaron los aspectos relacionados con la lesión, como el diagnóstico, el tipo de lesión, la severidad, el mecanismo de la lesión, el lugar de ocurrencia, la actividad realizada en el momento de la lesión, la parte del cuerpo afectada y las secuelas (González *et al.* 2016). Se pudieron identificar patrones y características específicas de las lesiones en la población

estudiada.

Esta información recopilada y analizada permitió generar conocimiento y comprensión más profunda de las lesiones por causas externas no intencionales en los usuarios del centro de salud de Ingeniero White. Además, los resultados obtenidos podrán ser utilizados para plantear propuestas de trabajo y estrategias de prevención y atención de lesiones más efectivas dentro del equipo de salud local. Si se demuestra su relevancia y se obtienen resultados positivos, estas propuestas podrían replicarse en otras áreas de la ciudad, beneficiando a un mayor número de personas.

Datos sociodemográficos:

- **Edad:** Es el periodo transcurrido entre la fecha de nacimiento y el momento de ser atendido en la Unidad de Emergencias. Se registran los años de vida cumplidos. Se dividirá por grupos etarios.
- **Género:** percepción subjetiva que un individuo tiene sobre sí mismo en cuanto a su propio género, que podría o no coincidir con sus características sexuales. Se dividirá en femenino y masculino, dado que todos los datos están asentados de esa manera.
- **Escolaridad.** Primaria–secundaria–terciaria–universitaria. En todos los casos aclarando si lo finalizó o no.
- **Cobertura social:** Todas las coberturas de salud que poseen los usuarios al momento de atenderse en el centro de salud.

Datos en relación con la lesión:

- **Diagnóstico de la lesión:** Códigos nombrados por la secretaría de salud de Bahía Blanca de las lesiones por causas externas no intencionales.
- **Naturaleza de la lesión:** Descripción del modo en que ocurrió el evento. Las categorías de esta variable son:
 - **Lesión de transporte:** Evento que incluye un vehículo, objeto u animal usándose en el momento para transportar a personas o productos de un lugar a otro.
 - **Caída:** Lesión ocasionada cuando una persona desciende bruscamente debido a la fuerza de la gravedad y se golpea contra una superficie (que produce una lesión) al mismo nivel o a un nivel más bajo. Puede ser desde su propia altura o alguna altura.
 - **Golpe o fuerza contundente:** Lesión resultado de dar contra, ser chocado, aplastado o prensado por una persona, animal u otro objeto o fuerza que no es un vehículo o maquinaria. Por ejemplo: golpe con palos, tubos, la parte plana del machete, rocas, puños, etc.

- **Puñalada o cortadura no intencional:** Cuando el objeto posea algún borde filoso o puntiagudo que corten o penetren la piel. Lesión resultada de una incisión, perforación o pinchazo con un instrumento, objeto o arma cortante o afilada. No incluye la laceración ocasionada por un objeto contundente o herida por mordida. Ejemplo: Puñal, pica hielo, la parte afilada del machete, etc.
- **Disparo con arma de fuego no intencional:** cuando se presente una herida provocada por el proyectil de un arma reglamentaria o improvisada disparada por error. Lesión penetrante resultado de una bala u otro proyectil disparado por pistola u otra arma cargada con pólvora o carga explosiva. Incluye disparo por pistola, arma corta o rifle. No incluye lesión causada por pistola para pintar.
- **Fuego o calor:** Cuando sea provocado por la exposición a una llama, calor, líquido caliente, vapor, etc. Exposición excesiva a llamas, calor o sustancias químicas que da lugar a cambios destructivos en la piel o estructuras más profundas; daño a la vía respiratoria o a los pulmones a causa del humo. Incluye: Fuego controlado o fuera de control dentro o fuera de un edificio u otra estructura; gasolina, kerosén, petróleo, ropa o prendas encendidas; Humo, fuego o llamas debido a cigarrillos u otros instrumentos incendiarios, así como quemaduras por líquidos calientes o por artefactos pirotécnicos.
- **Inmersión-ahogamiento:** Cuando sufra interrupción del paso de aire a los pulmones provocado por la inmersión en líquidos, generalmente agua dulce o salada, produciéndose progresiva asfixia o sofocamiento creciente.
- **Intoxicación:** Cuando se considere que el paciente ha sido expuesto a algún químico que provoque envenenamiento. Ingestión, inhalación, inyección o absorción a través de la piel de una droga, toxina (biológica o no), u otro químico en cantidades suficientes para causar un efecto dañino, tal como una sobredosis de drogas. Incluye: Sobredosis accidental de droga, droga equivocadamente dada o tomada; uso accidental de drogas, medicamentos o sustancias biológicas en procedimientos médicos o quirúrgicos; envenenamiento o corrosión a través de sustancias sólidas, líquidas o gaseosas. Se incluyen medicamentos, plaguicidas e hidrocarburos. Se excluyen los venenos de serpientes, pues se deberán registrar en mordeduras.
- **Mordedura:** Cuando el mecanismo involucrado sea la mordedura de algún animal o humano. Lesión causada por el mordisco, o dentellada de una persona o uno mismo o un animal no venenoso como el perro, caballo y tiburón; o por animal venenoso como las serpientes.
- **Contacto con electricidad:** Lesión ocasionada por la exposición a la corriente eléctrica. Incluye: Quemadura por corriente eléctrica, choque eléctrico, electrocución, soldadura. Excluye: Exposición a la luz.
- **Desastre natural.:** Cuando la lesión sea producto de algún evento provocado por la

naturaleza, como terremotos, derrumbes, huracanes, etc. Lesión ocasionada durante condiciones adversas del tiempo y en desastres naturales como ante la presencia de lluvias (tormentas, huracanes, ciclones y maremotos), Viento (tornados. Ventiscas), Tierra (terremotos, avalanchas) y erupciones de volcanes.

- **Contacto con Cuerpo extraño:** Cuerpo extraño en los ojos, o entrando a través de ellos u otro orificio natural del cuerpo humano, con o sin obstrucción de vías aéreas, asfixia o sofocación. Se excluyen los proyectiles de arma de fuego.

- **Tipo de lesión:** laceración, abrasión, lesión superficial; cortada, mordida, herida abierta; lesión profunda-penetrante; esguince, luxación, fractura, quemadura, contusión a órganos internos, lesión orgánica sistémica, trauma cráneo encefálico u otros.

- **Lugar de ocurrencia:** Se refiere al espacio físico en el que ocurrió la lesión por causa externa no intencional. Se registró dependiendo de las siguientes categorías:
 - **Casa u hogar:** Lugar usual de residencia de la persona, incluye: casa, vivienda, posada, hotel, garaje o jardín del hogar, casa de campo, parque residencial, acera enfrente casa.
 - **Escuela, lugar de estudio o institución:** Edificio principal y áreas adyacentes. Incluye: escuelas privadas y públicas, patio de recreo, universidades, lugar decuido de niños y niñas a nivel preescolar. No incluye áreas de deporte ni de atletismo.
 - **Calle:** Área de tránsito de vehículos, vía peatonal. Incluye: carretera, camino (pavimentado o no) y calzada de carreteras.
 - **Trabajo:** Lesión resultado de un evento que ocurre en el lugar de empleo, mientras se trabaja en actividades profesionales y asalariadas. También incluye a las lesiones que ocurren en la ruta de o hacia el trabajo.
 - **Bar, cantina o similares:** Lesión que sucede en lugares donde se expende bebidas alcohólicas.
 - **Actividad que realizaba en el momento en que ocurrió la lesión:** Se registró dependiendo de las siguientes categorías:
 - **Trabajando:** cuando la persona realiza un trabajo asalariado: actividad por la cual la persona es pagada o espera ser pagada un salario, comisión u otro beneficio monetario. Incluye cuando la persona está viajando de o hacia su trabajo.
 - **Estudiando:** La persona estaba en actividades que forman parte de un curso educacional formal o programa de instrucción proveído por una escuela, colegio, universidad, escuela de adultos, etc. Incluye: clases dentro del aula, clases de educación física.
 - **Practicando Deporte:** Incluye la actividad deportiva organizada, que es toda actividad física emprendida bajo el auspicio de una federación deportiva, club u organización

similar, actividad con un árbitro y entrenador, así como la actividad deportiva no organizada: que es toda actividad física similar a actividades deportivas competitivas, pero no bajo el auspicio de una federación deportiva, club u organización similar. Ejemplo: fútbol en la calle, jardín o parque y trotar.

- Recreación, descansando o jugando: Diversas actividades emprendidas principalmente para disfrute, relajación, o recreo. Puede ser pasiva como el estar viendo televisión o descansando; activa como estar bailando, Sola, por ejemplo, al estar leyendo; acompañada, por ejemplo, cuando hay niños jugando. Comercial: asistiendo a un parque de recreación y No comercial: merienda al aire libre.

- Tomando alcohol: actividad que incluye la ingesta de bebidas alcohólicas o embriagantes.

- Otra.

- No se sabe.

- Motivo de consulta registrada en la historia clínica y si es correspondiente a la descripción del evento. Sí describe la o las partes del cuerpo afectadas por la lesión tales como cráneo, ojos, maxilo facial, oídos, nariz, boca, cuello, tórax, espalda, abdomen, pelvis, genitales, hombros, brazos, codos, antebrazos, muñeca, manos, dedos, caderas, muslos, rodillas, piernas, tobillos, dedos de los pies, lesiones múltiples u otras.

- Severidad: las lesiones se clasificaron en sin lesión aparente, leves, moderadas y severas. Ayudará a conocer el impacto de estas en la comunidad.

- Secuelas: Estas lesiones a veces dejan secuelas irreparables, otros requieren largos y laboriosos períodos de recuperación, que llamaremos transitorias, ambas implican un desgaste emocional y psicológico que alcanza a toda la familia. Por otro lado, hay lesiones que no dejan ningún tipo de secuela.

- Clasificación de la lesión y triage de traslado:

- Alta Médica: Se refiere al alta en el momento continuó luego de realizar el tratamiento de la atención de la lesión.

- Internación en observación: Se refiere a internaciones en la habitación de observación del centro de salud.

- Traslado: Código ROJO Emergencia: urgencia vital, riesgo de vida inminente. Código AMARILLO Urgencia: urgencia no vital, sin riesgo de vida inminente, pero la atención no

debe demorarse. Código VERDE Significado Consulta Médica: urgencia no vital, no hay riesgo de vida, pero condicionante social.

11.4 Fuentes del dato

Como fuente primaria de recolección de datos se incluyeron de las entrevistas aleatorias de los usuarios que hayan sido diagnosticados con alguno de los códigos por lesión de causa externa en el centro de salud, se excluyeron los códigos relacionados a las curaciones simples o complejas que podrían tener una relación con lesiones pero que no estaban dentro del diagnóstico CIE-10. Primero se intentó realizar un acercamiento telefónico consultando la realización de esta en el domicilio y si la visita no era factible se consultaba si se podía realizar las preguntas telefónicamente (anexo B).

Como fuente secundaria, los datos de las lesiones se recopilaron a través del sistema informático SiSalud de la secretaría de Salud de Bahía Blanca y la Historia clínica de salud digital, en el cual se pudo obtener distintos indicadores de salud de los usuarios. Entre los datos que estos sistemas nos ofrecen, se pudo identificar las frecuencias de atenciones de las lesiones, diagnósticos, profesionales y /o centros de salud. También se pudo realizar una búsqueda nominalizada, es decir, apellido del paciente, edad, dirección, teléfono, cobertura social, y tratamiento realizado.

Para esta investigación se identificaron los códigos que hacen referencia a las LCE del codigero del primer nivel de atención propio de la secretaría de salud de Bahía Blanca.

11.5 Procesamiento de datos

Los resultados se presentan como descripción de las frecuencias absolutas y relativas en un análisis univariado y bivariado y se presentan en forma de gráficos y tablas. Todos los gráficos se realizaron sobre la base de las 1606 atenciones por lesiones por causas externas no intencionales en el CS de Ingeniero White de la suma de los años 2021 y 2022 y 100 entrevistas aleatorias a usuarios atendidos en el CS de Ingeniero White con algún diagnóstico de LCE no intencional. Son apoyados por sus respectivas tablas.

12. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se presentó ante el Comité de docencia de la secretaria de Salud de Bahía Blanca y al comité de Bioética del HMALL y fue aprobado por ambos comités para su realización

(Anexo A).

Se rigió dentro de la Ley de Protección de los Datos Personales N.º 25.316/00, ley promulgada por el poder ejecutivo decreto N.º 995 y la Ley 17.622/68 que garantiza el “secreto estadístico”. En su artículo N.º 10 establece: “Las informaciones que sesuministren a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la siguiente ley serán estrictamente secretos y solo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados exclusivamente en compilaciones de conjunto de modo que no pueda ser violado el secreto comercial o patrimonial ni individualizarse las personas o entidades a quienes se refieran. Quedan exceptuados del secreto estadístico los siguientes datos de registro: nombre y apellido,o razón social, domicilio y rama de actividad” (Ley 17.622, 1968; Ley 25.326, 2000).

13. RESULTADOS

13.1 Resultados en relación con las LCE no intencionales atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White.

Entre enero del 2021 a diciembre del 2022 se registraron en los sistemas SiSalud e HCDun total de 1606 usuarios diagnosticados por una LCE atendidos en el centro de salud de Ingeniero White. En la Tabla N°3 se pueden observar los datos de los mecanismos por los que se diagnosticaron las lesiones por causa externa, siendo el mecanismo sin datos, esto significa que no fue aclarada la causa de la lesión, el de mayor incidencia con 592 consultas, representando un 36.86% de los casos. Seguido por las caídas 271 consultas que responden al 16.87% casos y luego las mordeduras con 160 consultas que suponen el 9.96%.

TABLA 3. Mecanismo de lesión por causa externa no intencional. Números de casos y porcentaje de estos. Años 2021-2022.

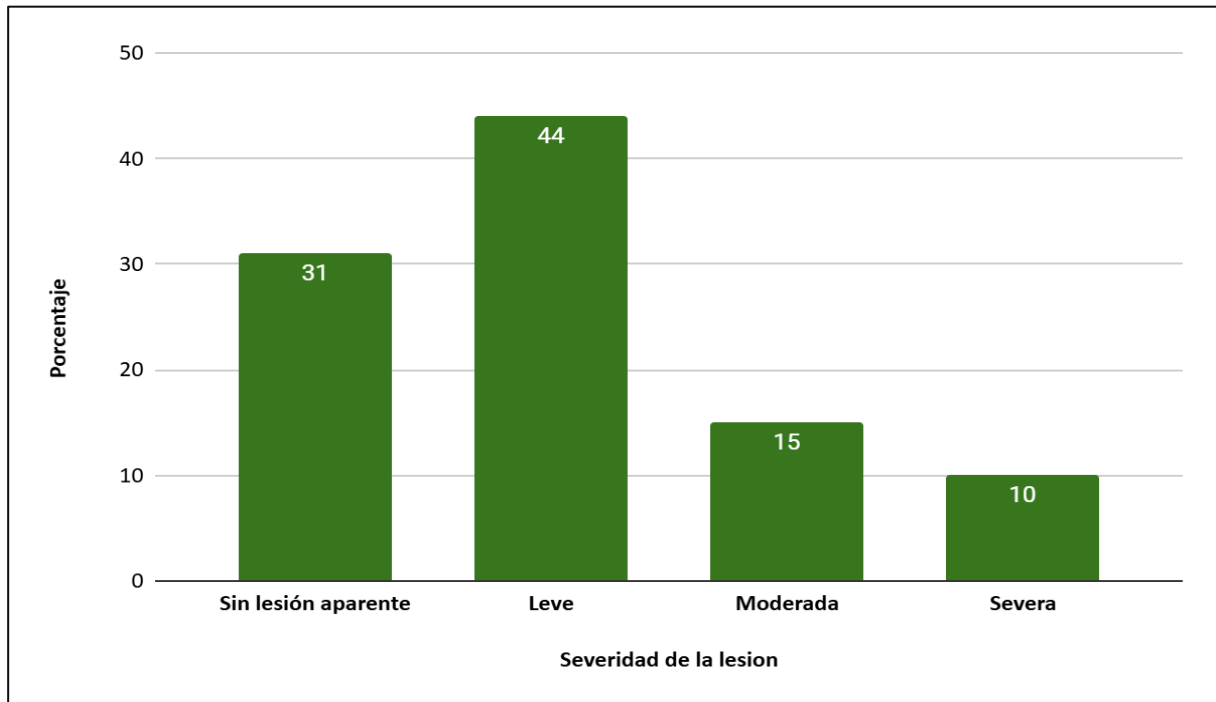
MECANISMO DE LA LESIÓN POR CAUSA EXTERNA		
	CASOS	PORCENTAJE
SIN DATO	592	36.86%
CAIDAS	271	16.87%
MORDEDURA	160	9.96%
ACCIDENTE DE TRÁNSITO	127	7.91%
HERIDA ARMA BLANCA	110	6.85%
GAS LÍQUIDO CALIENTE	100	6.23%
GOLPE FUERZA CONTUNDENTE	94	5.85%
LESIÓN CUERPO EXTRAÑO	30	1.87%
APLASTAMIENTO	30	1.87%
INTOXICACIÓN / ENVENAMIENTO	26	1.62%
FUEGO CALIENTE / HUMO	24	1.49%
PICADURAS	21	1.31%
CONTACTO MAQUINARIA/HERRAMIENTAS	9	0.56%
CONTACTO ELECTRICIDAD	9	0.56%
DISPARO ARMA DE FUEGO	2	0.12%
INMERSIÓN / AHOGADO	1	0.06%
TOTAL (N: CASOS)	1606	100.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

Las figuras N°2 y N°3 están realizadas en base a las 100 entrevistas de los usuarios diagnosticados con LCE en donde se observó que la distribución porcentual de la severidad de las lesiones atendidas en el centro de salud es de un 44% de leves y un 31% de sin lesión aparente, correspondiéndose al 41% de los casos finalizaron en alta médica y 28% en observación en el centro de salud (Figura 3). La mayoría de las lesiones leves se resuelven con alta médica en el mismo centro de salud.

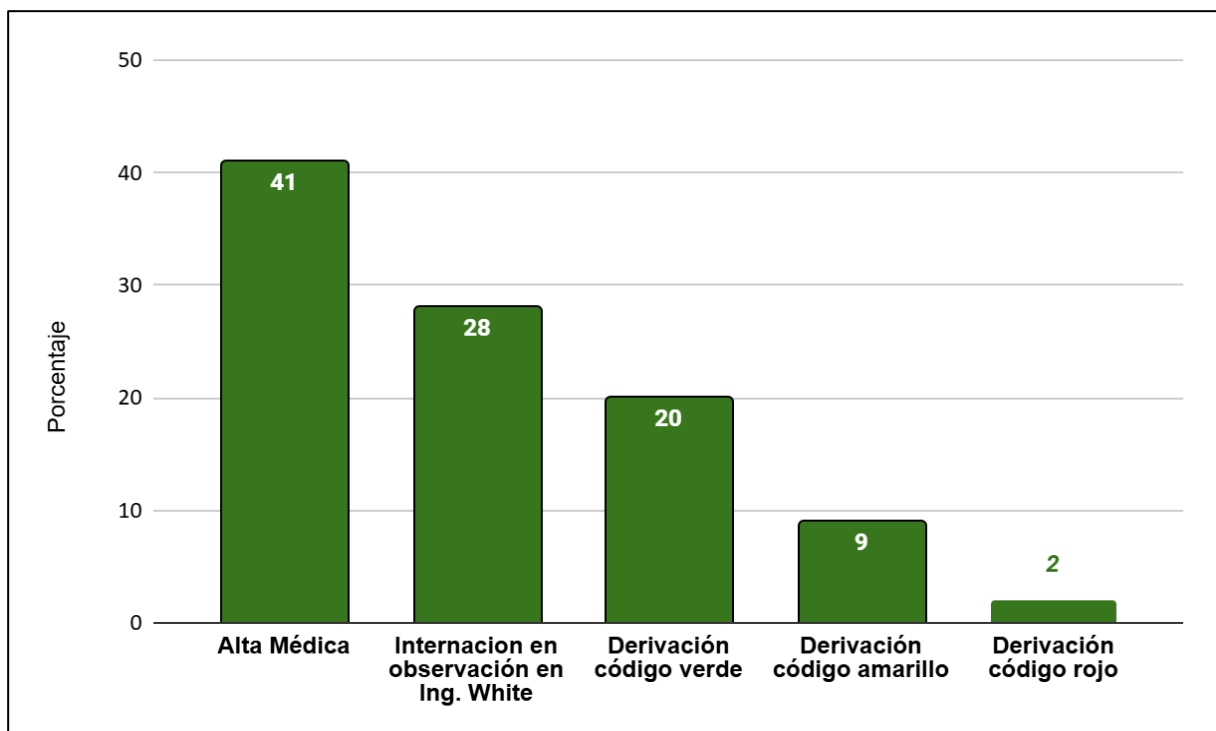
Los casos de lesiones moderadas corresponden al 15% y las graves al 10 % (Figura 2). Éstas responden a las derivaciones del gráfico 3, en donde se observa que el 9 % de los casos corresponden a código amarillo y el 2 % a código rojo.

FIGURA 2 .Distribución porcentual de la severidad de las lesiones por causa externas de los usuarios entrevistados, por género, atendidos por en el centro de salud de Ing. White .Años 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

FIGURA 3 .Clasificación porcentual de la resolución/triage de las lesiones por causa externa de los usuarios atendidos en el centro de salud de Ing. White. Años 2021-2022.



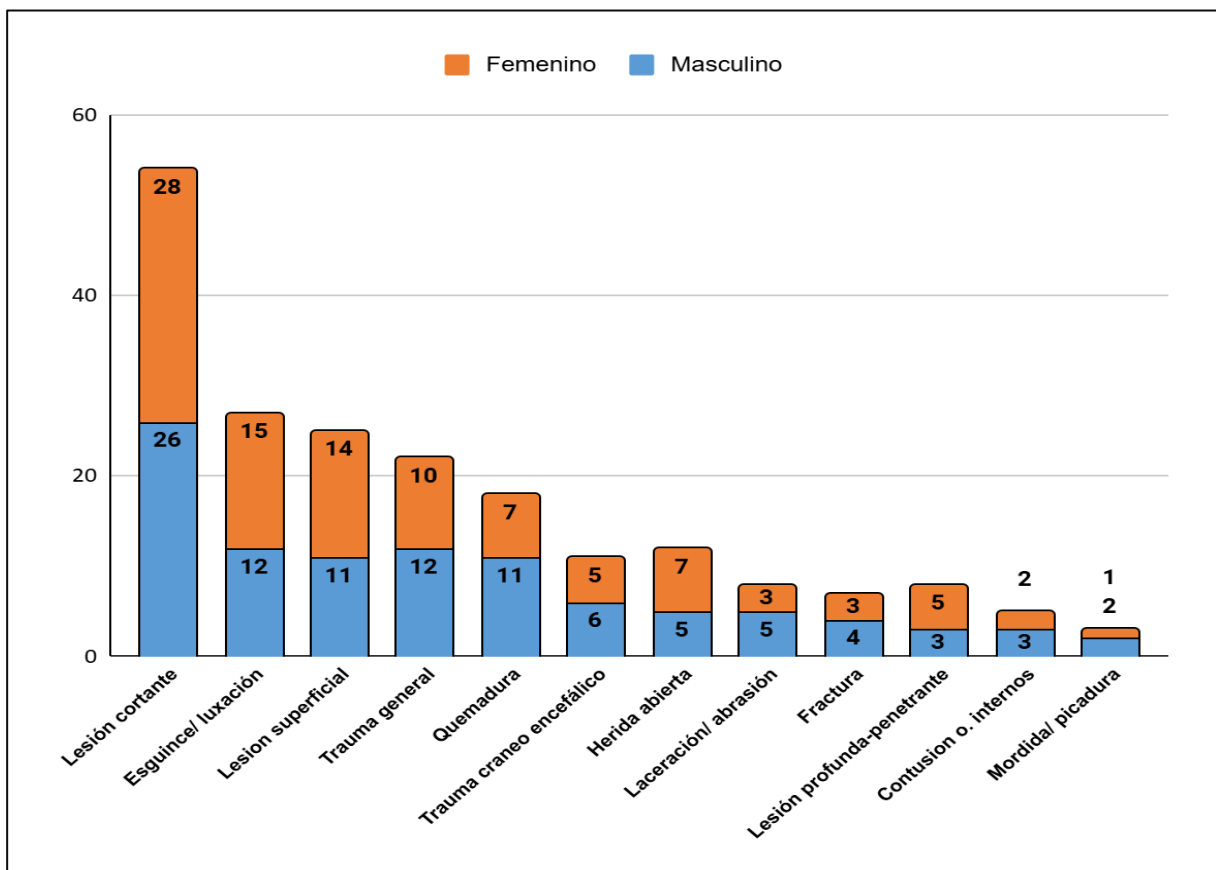
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

La Figura N° 4 presenta un análisis detallado de los tipos de lesiones por causas externas atendidas en el centro de salud de Ingeniero White durante los años 2021- 2022, desglosado por género, donde las lesiones cortantes son ligeramente más frecuentes en mujeres (28%) que en hombres (26%). La incidencia en ambos géneros es significativa, señalando la relevancia de este tipo de lesiones.

El segundo dato arrojado es el de los esguinces/luxación, se observa que este tipo de lesión afecta más a mujeres (15%) que a hombres (12%).

En la lesión superficial se observa que la incidencia de estas es similar en ambos géneros, con un ligero aumento en mujeres (14%) en comparación con hombres (11%).

FIGURA 4 .Clasificación porcentual de tipo de lesión de los usuarios entrevistados por género, atendidos por Lesiones por causas externas en el centro de salud de Ing. White. Años 2021-2022.

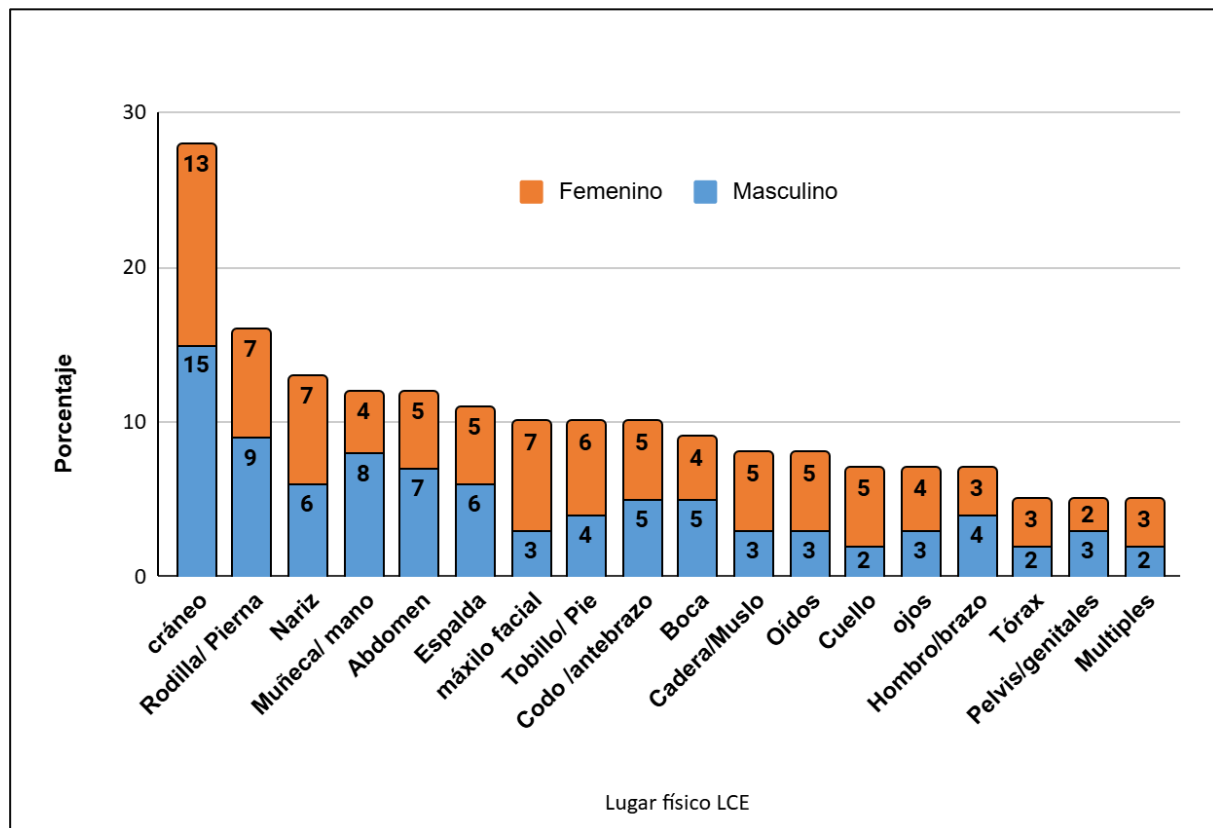


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

La Figura N°5 proporciona información sobre la ubicación anatómica de las lesiones por causas externas, desglosada por género. Las lesiones de cráneo son las más comunes y tienen similar incidencia en ambos géneros, con un 15% en hombres y un 13% en mujeres, duplicando a la

lesión de rodilla/pierna, que son más comunes en hombres (9%) que en mujeres (7%).

FIGURA 5. Clasificación porcentual del lugar físico de la lesión por causa externa de los usuarios entrevistados, por género, atendidos en el centro de salud de Ing. White .Años 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

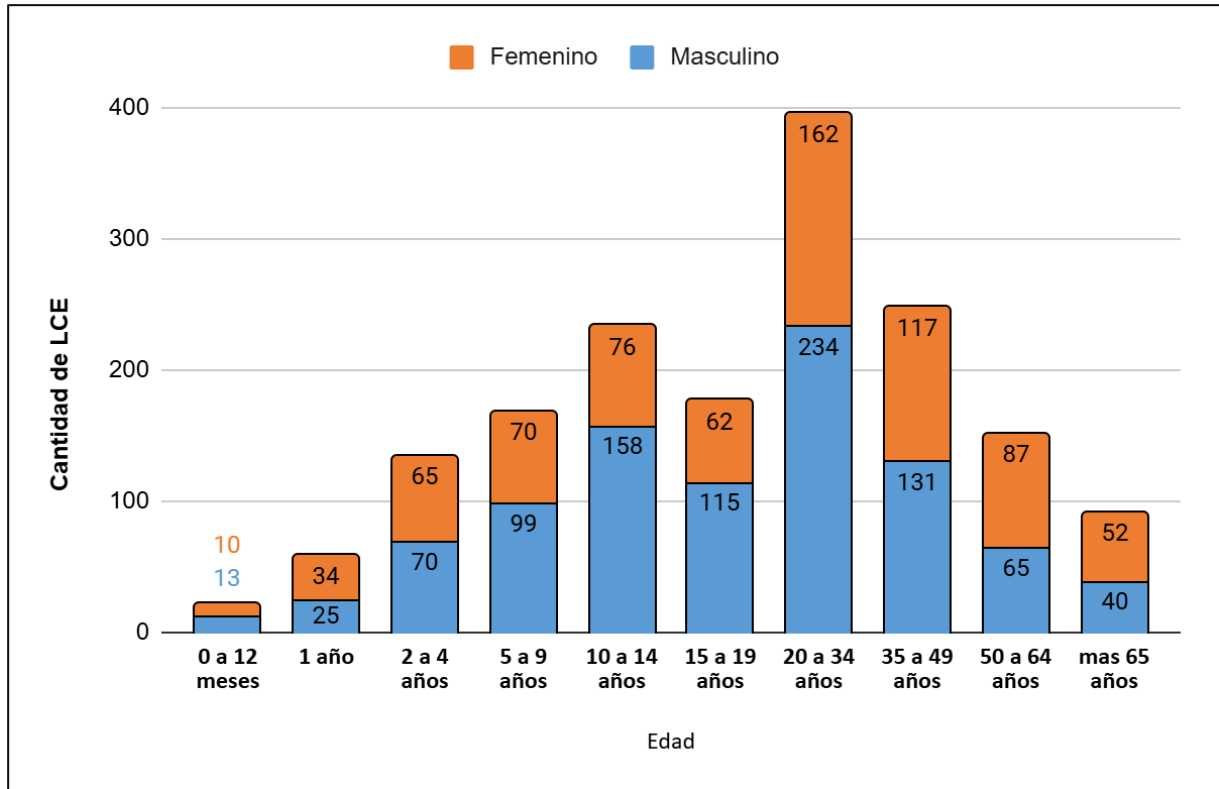
13.2 Resultados en relación con las características sociodemográficas de las lesiones por causa externas no intencionales atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White.

La figura N°6 proporciona una visión detallada de la distribución de lesiones por edad y género en la población estudiada. A continuación, se presenta un análisis de los resultados en distribución por Edad: Las categorías de edad de 2 a 14 años son las que experimentan un mayor número de lesiones, con un pico en la categoría de 10 a 14 años (234 casos). Se observa una disminución en el número de lesiones en el grupo de 15 a 19 años, seguido por un aumento nuevamente en el grupo de 20 a 34 años. A partir de los 35 años, se observa una tendencia a la disminución en el número de lesiones, siendo la categoría de más de 65 años la de menor incidencia.

En la distribución por género en todas las categorías de edad, el número de lesiones es mayor

en hombres en comparación con mujeres. La diferencia es más notable en los grupos de 2 a 19 años, donde el número de lesiones en hombres es significativamente superior.

FIGURA 6. Distribución de cantidades de lesiones por causa externas en el centro de salud de Ing. White por género y grupo de edades .Años 2021- 2022.

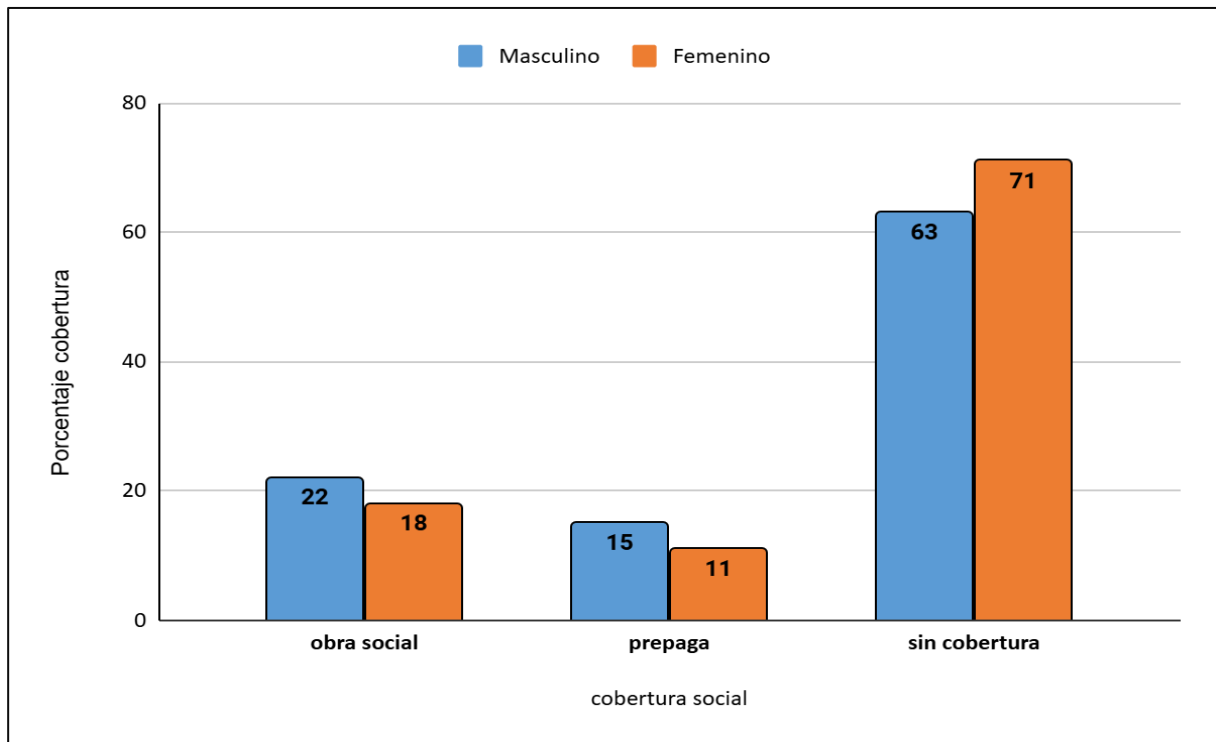


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud.

El análisis de los gráficos N° 7 y 8 revela un panorama detallado de la cobertura social y la situación laboral de los usuarios atendidos por lesiones por causas externas en el centro de salud de Ingeniero White durante los años 2021-2022. En cuanto a la cobertura social (gráfico N° 7), es visible que la mayoría de los usuarios, tanto hombres como mujeres, carecen de ella, con un 63% en hombres y un 71% en mujeres. La presencia de obra social y prepagas es significativamente mayor en el género masculino con un 4% mayor en ambos casos. Este escenario sugiere una falta generalizada de acceso a servicios de salud privado entre la población analizada.

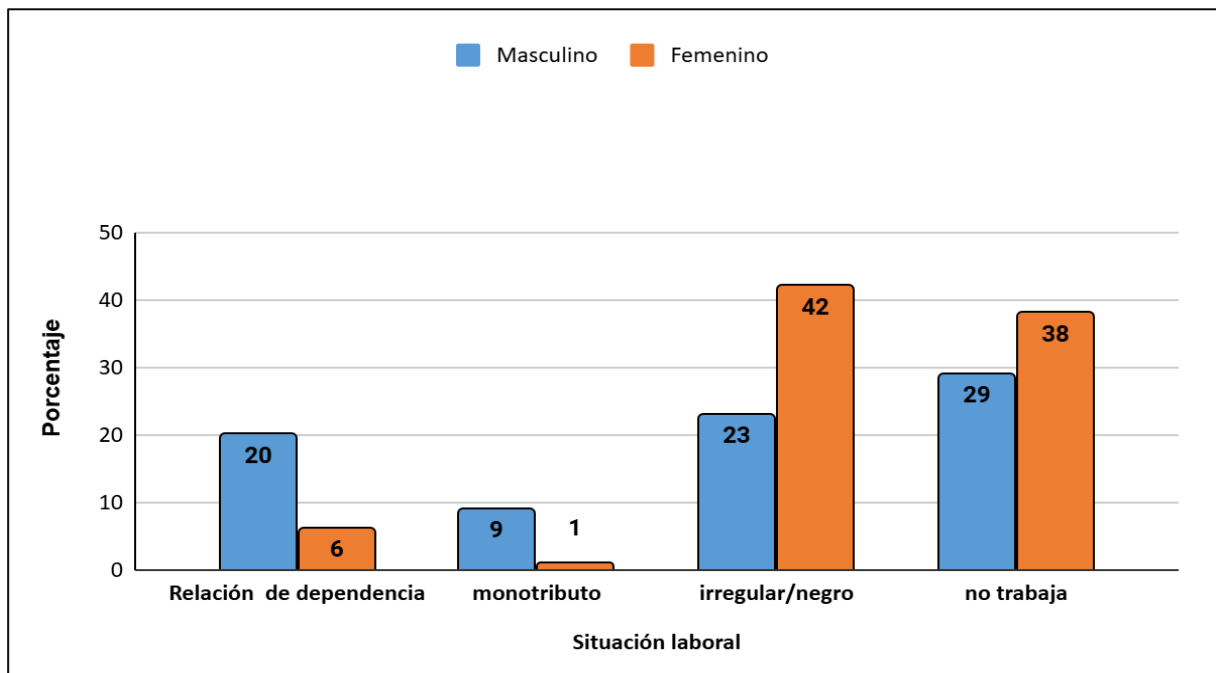
Al explorar la situación laboral (Figura 8), se destacan diferencias importantes. Mientras que un 20% de hombres tienen una relación laboral de dependencia, sólo el 6% de las mujeres se encuentran en esta categoría. Además, un porcentaje considerable de mujeres (42%) trabaja en situaciones laborales irregulares o informales, en comparación con el 23% de los hombres. La ausencia de empleo también afecta significativamente a ambos géneros, con un 29% de hombres y un 38% de mujeres que no tienen trabajo.

FIGURA 7 .Distribución porcentual de cobertura social de los usuarios con lesiones por causa externas por género en el centro de salud de Ing. White . Años 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud.

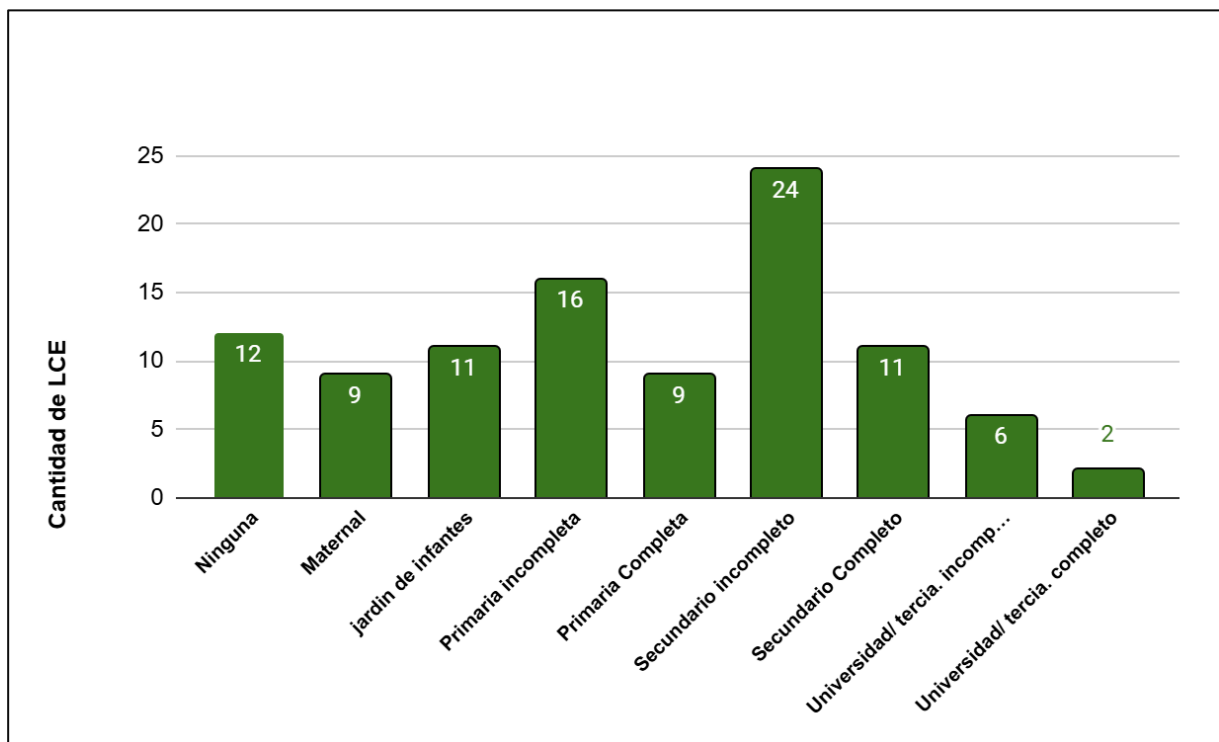
FIGURA 8.Distribución porcentual de la situación laboral de los usuarios entrevistados por género atendidos por Lesiones por causa externas en el centro de salud de Ing. White .Años 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

La Figura 9 presenta la distribución del nivel educativo de los usuarios atendidos por Lesiones por causas externas en el centro de salud de Ingeniero White durante los años 2021-2022. Se destaca que un análisis detallado de estos datos. Revelan patrones educativos diversos en la población estudiada. La categoría de mayor prevalencia es "Secundario Incompleto", representando el 24% de los usuarios, seguido por "Primaria Incompleta" con un 16%. Esto sugiere que una proporción significativa de los pacientes con lesiones externas presenta niveles educativos básicos e intermedios. Por otro lado, las categorías "Universidad/Terciario Incompleto" y "Universidad/Terciario Completo" tienen porcentajes más bajos, siendo del 6% y 2%, respectivamente. Esto indica que una minoría de los usuarios atendidos posee educación terciaria o universitaria completa. La presencia de niveles educativos más altos podría influir en la comprensión de las indicaciones de seguridad, el reconocimiento de riesgos y la adopción de medidas preventivas.

FIGURA 9. Distribución del nivel educativo de los usuarios entrevistados atendidos por Lesiones por causa externas en el centro de salud de Ing. White. Años 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

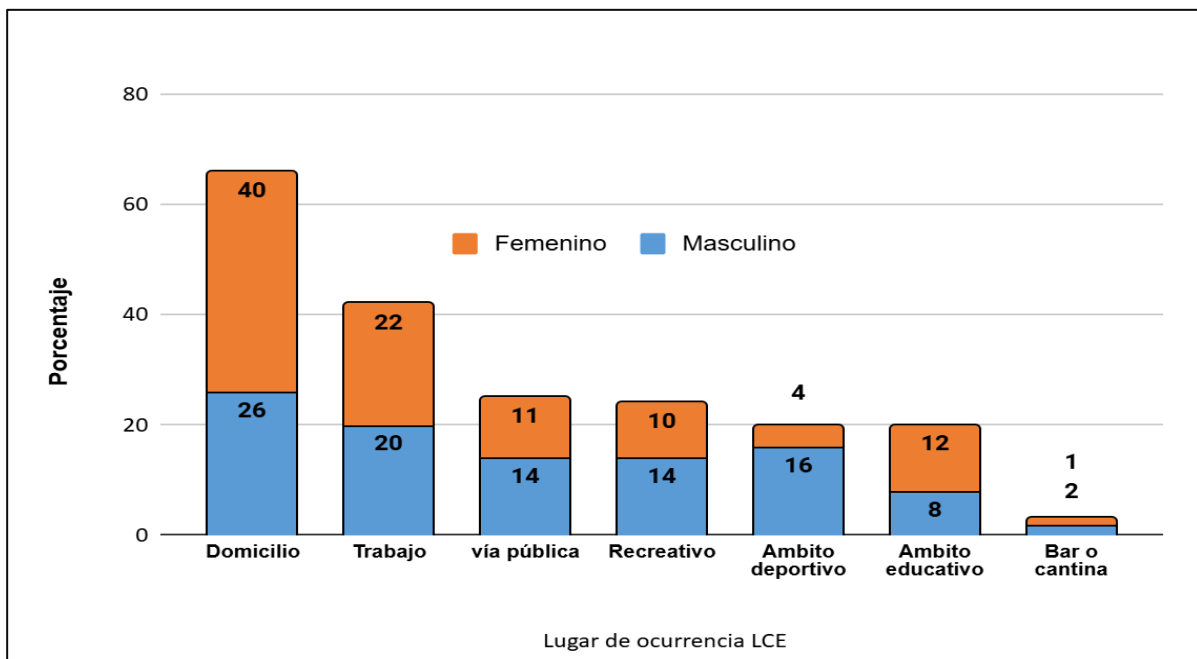
13.3 Resultados en relación con la actividad en el momento de la lesión y la resolución de esta atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White.

La distribución de lugares de ocurrencia de lesiones por causas externas en el Centro de Salud de Ingeniero White, desglosada por género, revela patrones interesantes. En primer lugar, el domicilio es el lugar más común en el que se desarrollaron las lesiones, tanto para hombres como para mujeres, representando un 26% en hombres y un 40% en mujeres. Este hallazgo sugiere que las lesiones en el hogar son más frecuentes en mujeres, lo que podría estar relacionado con roles domésticos y actividades cotidianas. Por otro lado, el trabajo y la vía pública son identificados como lugares de ocurrencia relevantes, con porcentajes similares en hombres y mujeres, destacando el impacto de las lesiones en entornos laborales y públicos. La categoría recreativa también muestra una participación notable, indicando que las actividades de ocio contribuyen significativamente a las lesiones en ambos géneros.

Es interesante observar una disparidad en el ámbito deportivo, en el cual los hombres superan a las mujeres significativamente (16% frente al 4%). Esto podría reflejar diferencias en la participación deportiva entre los géneros o posiblemente la naturaleza de las actividades deportivas elegidas.

Además, el ámbito educativo y los lugares de socialización, como bares o cantinas, presentan porcentajes menores. Esto podría sugerir que las lesiones en estos contextos son menos frecuentes.

FIGURA 10 .Clasificación porcentual del lugar de ocurrencia de la lesión por causa externa de los usuarios entrevistados, por género, atendidos en el centro de salud. Años 2021-2022.

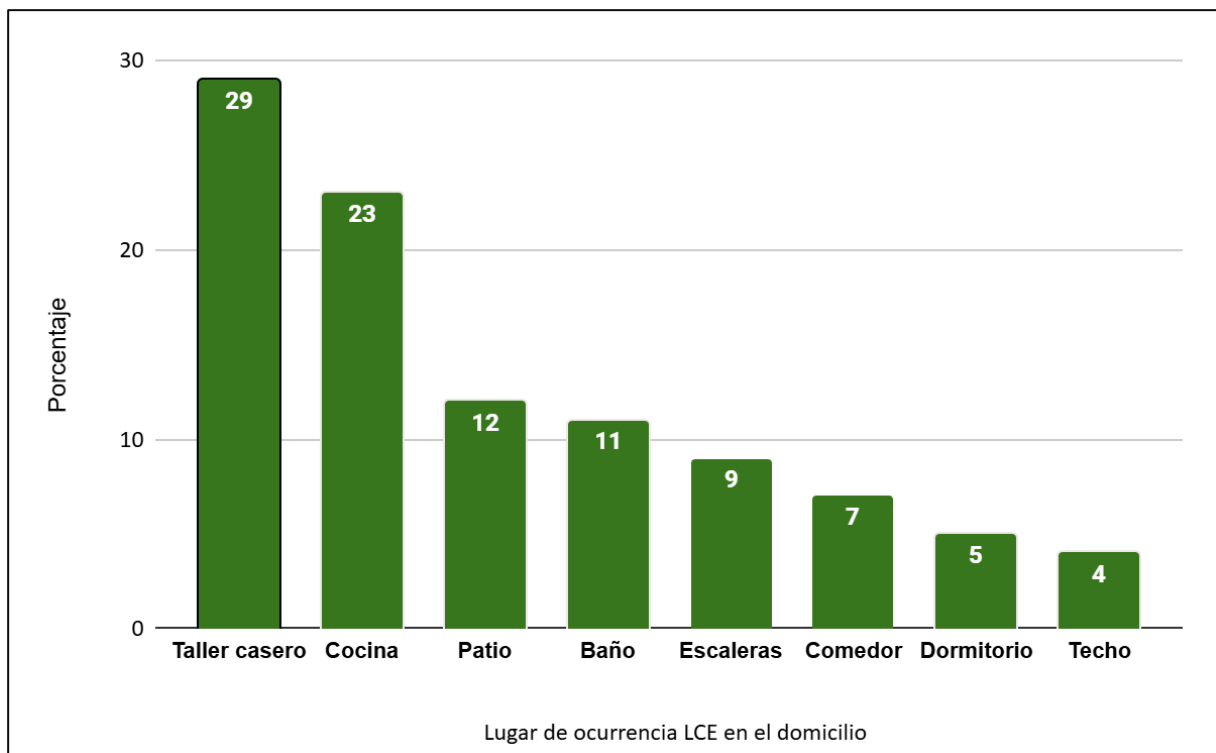


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del programa SiSalud, Historia clínica digital y entrevistas.

La clasificación porcentual del lugar físico en el domicilio donde ocurren las lesiones por causas externas, según la información recopilada en el Centro de Salud de Ingeniero White, brinda perspectivas valiosas sobre los sitios específicos de riesgo. El taller emerge como el lugar principal de ocurrencia, representando un significativo 29%.

La cocina y el patio son identificados como áreas de riesgo secundarias, con un 23% y 12%, respectivamente. Estos resultados sugieren que las actividades relacionadas con la cocina y las áreas exteriores pueden ser propensas a causar lesiones. La importancia del baño, escaleras y otros lugares dentro del hogar también se destaca, señalando que no solo las áreas de trabajo están asociadas con lesiones, sino también las actividades cotidianas en diferentes partes de la casa.

FIGURA 11. Clasificación porcentual del lugar físico en el domicilio de la lesión por causa externa de los usuarios entrevistados, atendidos en el centro de salud de Ing. White. Años 2021-2022.

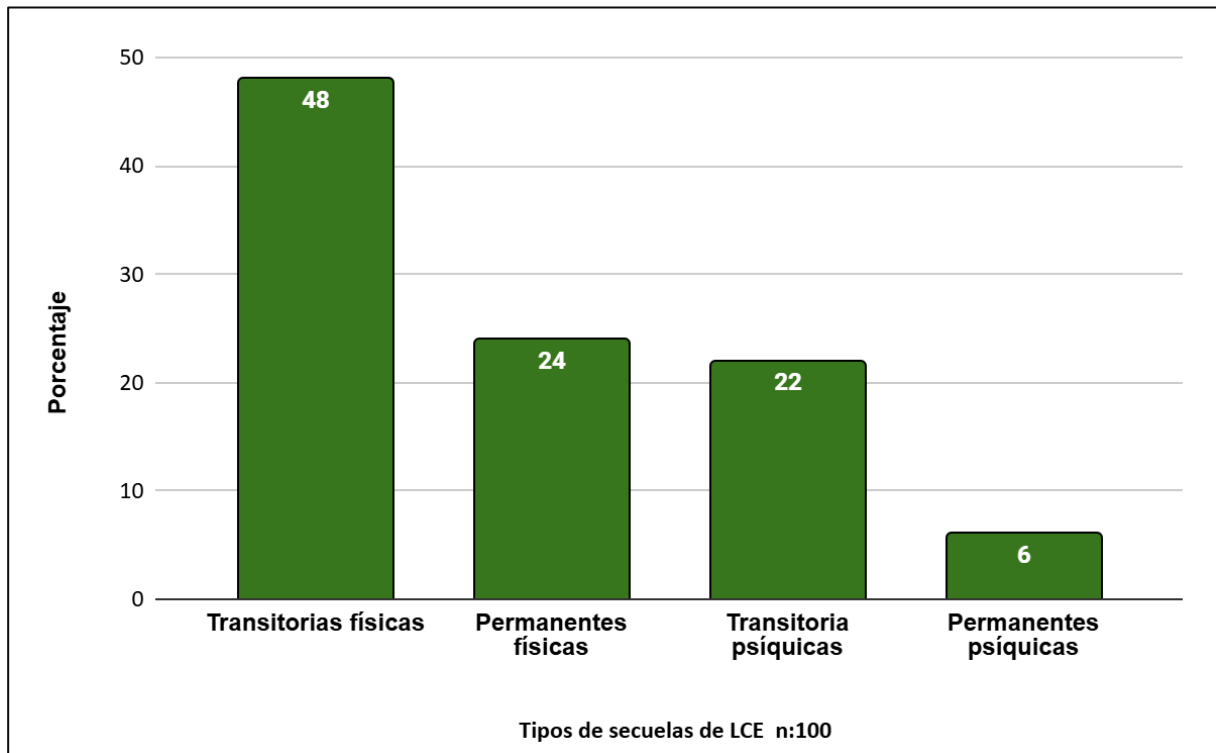


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

La distribución porcentual de las secuelas de las lesiones por causa externa en los usuarios atendidos en el Centro de Salud de Ingeniero White revela un panorama impactante. El 48% de las secuelas son físicas y transitorias, lo que indica que casi la mitad de las personas afectadas experimentan efectos temporales pero significativos en su salud física. Esto podría incluir desde heridas superficiales hasta contusiones que, aunque no son permanentes, aún requieren atención y cuidados.

Un 24% de secuelas físicas permanentes señala la gravedad de algunas lesiones y su impacto duradero en la salud de los pacientes. Estas secuelas podrían abarcar desde discapacidades físicas hasta limitaciones permanentes en la movilidad o funciones corporales. Además, el 22% de secuelas psíquicas transitorias sugiere que las lesiones también tienen un impacto en la salud mental de los afectados, aunque de manera temporal. Esto podría comprender el trauma emocional o el estrés asociado con el incidente. El 6% de secuelas psíquicas permanentes indica que un grupo más pequeño, pero significativo, de individuos experimenta consecuencias mentales duraderas a raíz de las lesiones. Este hallazgo destaca la importancia de una atención integral que no solo aborde las secuelas físicas, sino también las implicaciones mentales de las lesiones.

FIGURA 12. Clasificación porcentual de las secuelas de las lesiones por causa externa de los usuarios entrevistados, atendidos en el centro de salud de Ing. White. Años 2021-2022.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las entrevistas.

14. DISCUSIÓN

Caracterizar las LCE no intencionales atendidas en el centro de salud Leonor de Capelli de Ingeniero White entre los años 2021-2022 arrojó diferentes datos, demostrando la relevancia de la investigación para continuar armando el perfil epidemiológico con el fin de ser más precisos en la caracterización de estas.

Observando el mecanismo de la lesión, fue muy notoria la falta de datos sobre un número de 592 situaciones nombradas como lesiones externas. Este dato es significativo dado que representa el 36,86 % de las lesiones y evidencia la ausencia de un registro específico, siendo una situación no esperada de encontrar en la investigación.

Tal como se ha explicado en el marco teórico, el registro o subregistro de las situaciones ligadas a esta temática es imprescindible para visibilizar las LCE a nivel mundial. Como manifestaron los autores Di Cesare (2011) y Salinas et al. (2008), el armado de un perfil epidemiológico se dificulta con la ausencia de datos apropiados sobre cómo ocurren las lesiones. Esto también genera una dificultad en la vigilancia epidemiológica para identificar variables (Bejarano Castro et al., 2016).

Las caídas se destacaron como la segunda lesión más frecuente. Este dato se correlaciona con el informe de lesiones de la Organización Mundial de la Salud (2021), que afirma que las caídas son la segunda causa más común de lesiones, después de los accidentes de tránsito. En el centro de Salud de Ingeniero White las lesiones de tránsito no ocupan el primer lugar ya que se derivan directamente por el sistema de emergencia a los hospitales de mayor complejidad.

La alta proporción de lesiones leves, representada por el 44 %, es un hallazgo significativo. Este resultado sugiere que una parte considerable de los pacientes experimenta lesiones que no requieren medidas de atención prolongada o intervenciones especializadas. El hecho de que el 41 % de estos casos finalizaron con alta médica en el mismo centro de salud, indica una eficaz capacidad de resolución en el primer nivel de atención. El 31 % de los casos clasificados como "sin lesión aparente" es un fenómeno interesante. Este grupo podría incluir situaciones en las que las lesiones son menores y no son inmediatamente evidentes, pero se considera prudente observar al paciente por precaución. La observación en el centro de salud para este grupo puede ser fundamental para detectar posibles complicaciones que podrían manifestarse más tarde.

La distinción entre lesiones moderadas (15 %) y graves (10 %) resalta la diversidad de casos atendidos en el centro de salud. Es crucial observar que las lesiones moderadas y graves a menudo requieren derivación o incluso hospitalización, como se evidencia en la Figura 3. Los códigos amarillos (9 %) y rojos (2 %) indican la necesidad de servicios más especializados. Los autores Soriano et al. (2002) y De Lima et al. (2009) sostienen que las lesiones constituyen una de las consultas más frecuentes en los servicios de urgencias. Esto respalda la importancia de la investigación local, debido a que el centro de salud cuenta con una guardia de atención primaria.

El análisis de las áreas anatómicas más afectadas por lesiones por causas externas (LCE) en la investigación proporciona una visión valiosa de los riesgos específicos en la población estudiada. Al comparar estos resultados con un estudio similar en México realizado por

Consuelo-Estrada et al. (2018), se destaca una coherencia en los patrones de lesiones. En ambas investigaciones se observa una concordancia en la prevalencia de traumatismos en cabeza y cuello. Consuelo-Estrada et al. (2018) encontraron que estos representaban el 33,11 % de las lesiones en su estudio y en Ingeniero White, el cráneo se identifica como una de las áreas más afectadas. Esta consistencia sugiere que las lesiones en esta región son prominentes en diversas poblaciones.

La concentración de lesiones en adultos jóvenes, específicamente en el grupo de 20 a 34 años, sugiere un perfil demográfico específico. Este hallazgo es coherente con investigaciones previas que señalan que este grupo de edad es más propenso a participar en actividades que pueden llevar a lesiones no intencionales.

La observación de que la incidencia de lesiones es más común en menores de 15 años y mayores de 65 años, según el estudio realizado por la red centinela sanitaria de Castilla y León, España, resalta la consistencia de algunos patrones a nivel internacional (Baruque et al., 2012).

La mención de que los adultos mayores en el área investigada tienen en su mayoría cobertura por PAMI es relevante, siendo una limitación en la investigación. Se interpretaron con precaución los datos relacionados con esta franja etaria, para evitar interpretaciones erróneas basadas en una comprensión incompleta de los factores que contribuyen a las lesiones en este grupo, ya que los patrones de lesiones pueden estar influenciados por factores específicos como el tipo de actividades realizadas y las condiciones de salud preexistentes.

La relación entre la situación laboral y la cobertura social revela disparidades significativas. La alta proporción de trabajadores informales, especialmente en mujeres, plantea preocupaciones sobre la seguridad laboral y el acceso a beneficios sociales. Según el INDEC (2023), el sector de servicio doméstico, conformado casi íntegramente por mujeres, registra una tasa de informalidad del 75,6 %. Cabe señalar que dicho sector concentra un 15 % del total del empleo femenino en Argentina, visibilizando la hegemonía laboral del hombre.

Aunque no se encontró bibliografía específica sobre la relación entre nivel educativo y lesiones, se observa que la no finalización de los estudios puede contribuir al trabajo informal. Esto sugiere que la falta de educación formal puede ser un factor que contribuye a condiciones laborales precarias, aumentando el riesgo de lesiones.

La observación de que la mayoría de las lesiones ocurrieron en el domicilio, duplicando la incidencia laboral, sugiere un patrón consistente con estudios anteriores. La mayor proporción de lesiones en el hogar podría estar relacionada con actividades domésticas o laborales precarizadas que se realizan en el domicilio, como se observa en el caso de trabajos en talleres o galpones. Aunque no se realizó un informe sobre los distintos trabajos informales comunes en la comunidad, se detectó a través de las entrevistas que estos trabajos son la pela de camarones, herrería, artesanías, carpintería y cocina para la venta puerta a puerta.

Cada uno de ellos tiene distintas incidencias en los tipos de lesiones, mecanismos y severidad, que podrían investigarse para aportar características al perfil epidemiológico.

La investigación sobre el lugar específico en el domicilio donde ocurren las lesiones (por ejemplo, taller, galpón) proporciona información valiosa. La falta de estudios previos que investiguen este aspecto destaca la originalidad de este trabajo. La correlación entre la situación laboral precaria y la incidencia de lesiones en lugares específicos del domicilio sugiere la necesidad de medidas preventivas adaptadas a estos contextos particulares. La comparación con el estudio en España realizado por Rivero Plasencia y Cordero Miranda (2006) y Regiani y Correa (2006) refuerza la consistencia en la prevalencia de lesiones en el hogar. Este paralelismo destaca que, a pesar de las diferencias contextuales, la alta incidencia de lesiones en entornos domésticos es una tendencia internacional.

Por último, según el informe de la OPS (2012), se evidenció que aproximadamente el 50 % de los niños menores de 12 años que sufrieron lesiones no intencionales graves experimentaron algún tipo de discapacidad. Esto subraya la conexión directa entre la gravedad de la lesión y las secuelas a largo plazo.

Las secuelas pueden manifestarse en diversas formas, incluyendo discapacidades físicas, mentales o psicológicas. Ejemplos específicos incluyen discapacidades permanentes como resultado de quemaduras, que afectaron al 8 % de los niños en el estudio de la OPS (2012). Estas discapacidades pueden tener un impacto significativo en la vida cotidiana, desde la movilidad hasta la participación social. Las secuelas no se limitan a desafíos físicos; también afectan aspectos educativos, laborales y sociales. La incapacidad para asistir a la escuela, encontrar empleo adecuado y participar activamente en la vida social son problemas comunes. Además, el dolor continuo puede ser una carga constante para aquellos que sufren lesiones con secuelas. La responsabilidad de apoyar a aquellos con secuelas recae a menudo en familiares cercanos y amigos. Esto puede crear tensiones adicionales y desafíos emocionales para quienes rodean a la persona afectada. El apoyo social y emocional se convierte en un componente crucial para la rehabilitación y la adaptación, pero ¿la comunidad está preparada?

En la investigación actual, se observó que alrededor del 26 % de las personas de todas las edades experimentan secuelas permanentes como resultado de lesiones no intencionales. Este dato resalta la magnitud del problema y subraya la importancia de implementar medidas preventivas y de atención a largo plazo. Evans (2003) destaca que las secuelas no solo afectan la salud física, sino que también generan desafíos en áreas fundamentales como la educación, el empleo y la vida social. Esta comprensión integral es esencial y genera la pregunta: ¿cómo son tratadas las secuelas de las lesiones?

Es fundamental señalar que este estudio adopta un enfoque de análisis integral, buscando comprender de qué manera se vinculan las lesiones por causas externas con diversos factores

sociodemográficos y laborales en la población de Ingeniero White. Sin embargo, esta amplitud de análisis no implica descartar la existencia de variables operativas a niveles más específicos, ya sea en subgrupos particulares dentro de la población investigada o a nivel individual.

Dada la limitación de datos que pudieran permitir una discriminación más detallada a nivel individual, se reconoce la posibilidad de realizar futuras investigaciones epidemiológicas de niveles múltiples. Estas podrían ofrecer un análisis más crítico y profundo sobre el papel e impacto de las bases estructurales de las inequidades en salud. Este enfoque probablemente exploraría de manera más exhaustiva las relaciones entre las condiciones laborales, la cobertura social, la actividad al momento de la lesión y otros factores, considerando las complejas interacciones que subyacen en la problemática de las lesiones por causas externas.

Este estudio se adhiere a un marco que va más allá de explicaciones simplistas centradas en lo individual o lo sociológico. No obstante, se reconoce la necesidad de investigaciones adicionales que profundicen en aspectos específicos, tales como las implicancias del modelo de acumulación capitalista en las inequidades en salud. Estas áreas de estudio más detalladas podrían constituir el foco de futuras tesis, permitiendo una comprensión aún más completa de los determinantes de las lesiones por causas externas en la población estudiada.

15. CONCLUSIÓN

Este análisis exhaustivo del perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales, atendidas en el centro de salud de Ingeniero White ha proporcionado una visión profunda y detallada de la dinámica de la salud en esta comunidad.

Al abordar la hipótesis inicial de que el análisis de este perfil revelaría patrones específicos y factores de riesgo identificables para orientar intervenciones preventivas, los hallazgos arrojan luz sobre áreas cruciales de intervención para mejorar la salud y el bienestar de la población. Dentro de los patrones demográficos y laborales, las lesiones afectan principalmente a adultos jóvenes, con una notable concentración en hombres. Esto destaca la necesidad de estrategias preventivas adaptadas a las características particulares de este grupo. La informalidad laboral, especialmente entre las mujeres, emerge como un factor de riesgo clave, subrayando la importancia de abordar las condiciones laborales precarias para reducir la incidencia de lesiones. La distribución de lesiones según las características sociodemográficas resalta la importancia de considerar no solo la incidencia sino también los factores contextuales y demográficos que pueden influir en la naturaleza y gravedad de las lesiones por causas externas. Estos datos pueden informar estrategias de prevención y atención médica más

específicas y efectivas.

Circunstancias y Localización de las Lesiones: La mayoría de las lesiones ocurren en el hogar, duplicando las incidencias laborales, subrayando la necesidad de medidas preventivas específicas adaptadas al entorno doméstico. Esto resalta la importancia de comprender las dinámicas locales y las circunstancias específicas que contribuyen a las lesiones.

La gravedad de las lesiones y necesidad de intervención establece que, aunque la mayoría de las lesiones son leves y se resuelven con alta médica, la presencia significativa de lesiones moderadas y graves apunta a la necesidad de servicios especializados y estrategias preventivas más intensivas. Esto subraya la importancia de abordar no solo la incidencia sino también la gravedad de las lesiones.

La distribución porcentual de la severidad de las lesiones revela la capacidad del centro de salud para gestionar una variedad de casos, desde lesiones leves hasta aquellas que requieren intervenciones más especializadas. Estos resultados no solo son esenciales para mejorar la atención a los pacientes, sino que también proporcionan información valiosa para la planificación estratégica y el desarrollo de protocolos de manejo de lesiones en centros de atención primaria.

Aproximadamente el 26 % de las lesiones resultan en secuelas permanentes, destacando la necesidad de intervenciones preventivas. Estas deben abordar no solo la ocurrencia de lesiones, sino también las consecuencias a largo plazo que pueden afectar la calidad de vida de los individuos afectados. El informe destaca la necesidad urgente de estrategias de prevención y atención. Además, resalta la importancia de abordar no solo las consecuencias físicas de las lesiones, sino también los desafíos educativos, laborales y sociales que surgen como secuelas. Un enfoque integral es esencial para mitigar el impacto significativo de las lesiones no intencionales en la salud y el bienestar a lo largo del tiempo.

Si se piensa en desafíos y recomendaciones, se observa una falta de claridad entre el personal de salud sobre la definición y clasificación de las lesiones por causa externa. Esto destaca la necesidad de capacitación y concientización para mejorar la calidad de los datos recopilados. La falta de un registro único y un programa de difusión de información también son desafíos identificados.

Este estudio no solo es un informe epidemiológico, sino también un llamado a la acción. Se necesitan intervenciones específicas que aborden las características demográficas, laborales y circunstanciales locales para reducir la carga de lesiones en Ingeniero White y mejorar la salud general de la comunidad. La distribución de las lesiones según las características sociodemográficas resalta la importancia de considerar factores contextuales y demográficos para una intervención precisa y efectiva.

Este análisis integral respalda la hipótesis inicial y proporciona una base sólida para acciones concretas. La prevención y el manejo de las lesiones por causas externas en Ingeniero White

deben ser abordados desde múltiples frentes, considerando la diversidad de factores que contribuyen a este fenómeno de salud pública.

Este estudio sirve como una herramienta valiosa para la formulación de políticas y la implementación de estrategias preventivas a nivel local.

Sin embargo, es evidente que, hasta ahora, no existe un enfoque adecuado desde el ámbito de la salud colectiva para la prevención y control de estas situaciones, ya que la información generada no se difunde lo suficiente para respaldar la toma de decisiones y la mayoría de estas solo apunta a las lesiones por accidentes de tránsito.

Menéndez (2005) plantea que:

“La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico, sino que también expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.” (p. 10)

La afirmación del autor no escapa a la valoración del perfil epidemiológico de las lesiones por causa externas pensadas como parte del proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado. Las dificultades de este tipo de atención nos obligan a pensar en los contextos de estas y buscar soluciones para mejorar la prevención.

El diseño e implementación de políticas públicas orientadas a dar respuesta a las lesiones por causa externas no intencionales requieren de una asignación de recursos sostenida en el tiempo y un sistema de vigilancia para el primer nivel de atención, dado que en la ciudad de Bahía Blanca no se cuenta con ninguno.

Surgen muchos vacíos en relación con lo que implica la atención médica de las lesiones.

¿Por qué no se miden las secuelas resultantes por la lesión y su gravedad en el primer nivel de atención? ¿Es necesario invertir más en actividades como la recopilación de datos? ¿Los sectores involucrados en la atención tanto público y privado tienen un costo elevado por las LCE? ¿Por qué hay poca información de todos los aspectos vinculados a la rehabilitación y el cuidado de las personas que permanecen con secuelas?

Esta investigación aporta conocimientos acerca de los problemas relacionados con los LCE no intencionales de los usuarios del centro de salud de Ingeniero White. Evidentemente, la variedad de situaciones, contextos y características en relación a la lesión (situación socioeconómica del lugar de residencia, actividad económica, características individuales como edad, sexo, actividad y educación, lugar de ocurrencia, el uso del espacio, la infraestructura, y muchos otros), indican la necesidad de contar con estudios que abarquen y alcancen las diversas dimensiones que están naturalmente contenidas en el análisis de las lesiones causadas, abordando el problema desde otros enfoques metodológicos.

Los resultados que se obtengan servirán para elaborar un plan de acción y para coordinar las actividades de diferentes sectores, como las organizaciones no gubernamentales, las

instituciones académicas y la industria. Las medidas de probada eficacia deben ejecutarse en todas partes, adaptándolas, cuando sea necesario, a las circunstancias locales.

16. BIBLIOGRAFÍA

- 1- ALFARO, V.; BURGOS, A.; SOLÓRZANO, H.; MEDINA, H.; GENAO, A. y ROSA, C. et al. (2012). Atención de lesiones por tipo de causa externa en salas de urgencia en tres ciudades de México: Composición, frecuencia y gravedad. *Revista de Investigación Clínica* [en línea]. Disponible en:
<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-de-investigacion-clinica/articulo/atencion-de-lesiones-por-tipo-de-causa-externa-en-salas-de-urgencia-en-tres-ciudades-de-mexico-composicion-frecuencia-y-gravedad>
- 2- ASE, I.; BURIJOVICH, J. (2009). La estrategia de atención primaria de la salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5, 27-47.
- 3- BARATA, R. B.; CASTELLANOS, P. L. (1997). Epidemiología, salud pública, situación de salud y condiciones de vida: consideraciones conceptuales. En: *Condições de vida e situação de saúde*, pp. 31-75.
- 4- BARUQUE, M. L. M. et al. (2012). Incidencia, características epidemiológicas y tipos de accidentes domésticos y de ocio. *Red centinela sanitaria de Castilla y León* (2009). *Atención Primaria*, 44(5), 250-256.
- 5- BARRAGÁN, H. et al. (2007). Fundamentos de salud pública [en línea]. La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). ISBN 9789503404157. Disponible en:
<https://doi.org/10.35537/10915/29128>
- 6- BARRAGÁN, F.; SILBERMAN, P. (2016). Colisiones viales Bahía Blanca [en línea]. Bahía Blanca: Editorial de la Universidad Nacional del Sur. ISBN 978-987-655-113-7. Disponible en:
<https://www.cienciasdelasalud.uns.edu.ar/docs/repositorio/Silberman%20light%20ebook.pdf>
- 7- BEJARANO, M.; RENDÓN, L. F. (2009). Lesiones de causa externa en menores y mayores de 18 años en un hospital colombiano. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 234-241.
- 8- BEJARANO CASTRO, M. et al. (2006). Caracterización de los pacientes con lesiones de causa externa mediante un sistema de vigilancia epidemiológica. *Revista Colombiana de Cirugía*, 21(3), 180-189.
- 9- BOLETÍN DE VIGILANCIA (2014). Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. *Boletín Epidemiológico*, 1. Buenos Aires, Argentina.
- 10- BURRONE, M. S. et al. (2012). Análisis de situaciones familiares relacionadas a la salud mental de niños escolarizados en una comunidad del interior de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20, 453-459.
- 11- BREILH, J. E. et al. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos.
- 12- CAICEDO-VELÁSQUEZ, B. et al. (2016). Evolución de las inequidades en mortalidad por causas externas entre los municipios de Antioquia (Colombia). *Gaceta Sanitaria*, 30, 279-286.

- 13- CARVALHO, S. R. (2008). Promoción de la salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud Colectiva*, 4, 335-347.
- 14- CASADIEGOS-PATIÑO, L. F.; ESQUIAQUI-FELIPE, R. E.; SERRANO-DIAZ, G. Y. (2021). Carga de enfermedad por lesiones de causas externas en Bucaramanga, Colombia 2017. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 53.
- 15- CASTELLANOS ROBAYO, J. (1977). Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. *Boletín Sanitario Panamericano*, 82(6), 478-492.
- 16- CEPAL; NACIONES UNIDAS et al. (2020). Educación, juventud y trabajo: habilidades y competencias necesarias en un contexto cambiante.
- 17- CLARET, R. S. (2014). Dinámica del perfil epidemiológico de la población de más de 14 años en el AMGR. Análisis y comparación de los principales estados mórbidos de las áreas Capital, Fontana, Puerto Barranqueras y Puerto Vilelas.
- 18- CONSUELO-ESTRADA, J. R.; GAONA-VALLE, L. S.; PORTILLO-RODRÍGUEZ, O. (2018). Lesiones por causa externa en el servicio de urgencias de un hospital en un periodo de cinco años. *Gaceta Médica de México*, 154(3), 302-309.
- 19- COTANDA, F. L. (1994). Una perspectiva de la política sanitaria 20 años después del informe Lalonde. *Gaceta Sanitaria*, 8(43), 189-194.
- 20- CZERESNIA, Dina. El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. 2006.
- 21- DE LA GUARDIA GUTIÉRREZ, M. A.; RUVALCABA LEDEZMA, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *JONNPR* [en línea], 5(1), 81-90. [Consultado: 15 de febrero de 2024]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081. DOI: <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>.
- 22- DE LA TORRE, M. C. et al. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36.
- 23- DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA SECRETARÍA DE SALUD DE BAHÍA BLANCA. (2019). Informe sobre personas atendidas en el primer nivel de atención durante el 2018: Lesiones por causas externas no intencionales. [en línea]. Municipio de Bahía Blanca. [Consultado: 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://bahia.gob.ar/isalud/Info/3º%20Boletin%20lesiones%20no%20intencionales.pdf>
- 24- DÍAZ BRITO, Y. et al. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3), 299-308.
- 25- DE LIMA, R. P. et al. (2009). Accidentes en la infancia: el lugar de ocurrencia y la conducta de los familiares en el ámbito domiciliario. *Enfermería Global*, 8(1).
- 26- DI CÉSARE, M. (2011). El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones.

- 27- DI FABIO, J. L.; GOFIN, R.; GOFIN, J. (2020). Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2193.
- 28- DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA. (2013). Guía para la notificación de lesiones intencionales y no intencionales en el SNVS. *Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación* [en línea]. [Consultado: 13 de enero de 2024]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Guia_para_la_notificacion_Lesiones_no_intencionales_en_el_SNVS_Agosto_2023.pdf
- 29- DUARTE-ZOILÁN, D. G. A.; GAMARRA, C. J. (2022). Mortalidad por causas externas en el Estado de Paraná y Municipio de Foz de Iguazú, 1996 a 2016. *Medicina Clínica y Social*, 6(1), 3-12.
- 30- EDELMAN, C. L. et al. (2001). *Health promotion throughout the lifespan*. 5ª ed. St. Louis: Mosby Year Book, Inc.
- 31- ELDREDGE, L. K. B. et al. (2016). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- 32- ETCHEBARNE, L. (2001). Atención Primaria de la Salud y Primer Nivel de Atención. En: *Temas de Medicina Preventiva y Social*. Montevideo: Fefmur, pp. 75-82.
- 33- FERRANTE, D.; BONANO, D.; GALANTE, M. (2013). Inicio | Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación [en línea]. [Consultado: 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/>
- 34- FERRANTE, D. et al. (2011). Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009: evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Estudio de corte transversal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(6), 34-41.
- 35- FERRER HERRERA, I. M.; BORROTO ZALDÍVAR, T. E.; SÁNCHEZ CARTAYA, M. E.; ÁLVAREZ VÁZQUEZ, J. (2001). La participación de la comunidad en salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [en línea], 17(3), 268-273. [Consultado: 7 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000300011.ISSN 1561-3038.
- 36- FRENK, J. et al. (1991). The epidemiologic transition in Latin America. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111(6), 485-496.
- 37- FREIRE, P. (1997). *Pedagogía da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- 38- FOUCAULT, M. (1995). O poder, sujeito. En: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Río de Janeiro: Forense Universitária, pp. 231-249.

- 39- GARCÍA, C. M.; SÁNCHEZ, C. N. (1998). Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión para oncología. Original, p. 87.
- 40- GATTINO, S. (2011). Otra ética, otra estética: somos artistas de la obra. En: *Cuidados, solidaridad para con la naturaleza y en las relaciones sociales: política, estrategia, arte y apuesta*, p. 133.
41. GÉRVAS, Juan. (2008). Atención primaria: de la práctica a la teoría. *Cadernos de Saúde Pública* [en línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300007>
42. GUÍA DE CLASIFICACIÓN CIE-10. (2022). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
43. GONZÁLEZ, Alicia et al. (2016). Análisis de las causas y consecuencias de los accidentes laborales ocurridos en dos proyectos de construcción. *Revista Ingeniería de Construcción*, 31(1), 5-16.
44. GONZÁLEZ, Esperanza Caballero et al. (2012). Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. *Infodir: Revista de Información para la Dirección en Salud*, 8(15).
45. GONZÁLEZ-CHÉVEZ, Lilián; HERSCH-MARTÍNEZ, Paul. (1993). Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Pública de México*, 35(4), 393-402.
46. GRANDA UGALDE, Edmundo. (2009). *La salud y la vida*. Quito: Ministerio de Salud Pública.
47. INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y GESTIÓN SANITARIA. (s.f.). *Carta de Ottawa* [en línea]. [Consultado: 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>
48. INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. (1978). Declaration of Alma-Ata. *WHO Chronicle*, 32(11), 428-430.
49. KICKBUSCH, Ilona; DEAN, Kathryn. (1995). Health-related behavior in health promotion: utilizing the concept of self-care. *Health Promotion International*, 10(1), 35-40.
50. LALONDE, Marc. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Department of Supply and Services.
51. LÓPEZ-FERNÁNDEZ, Luis Andrés; SOLAR HORMAZÁBAL, Orielle. (2017). Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. *Gaceta Sanitaria*, 31, 443-445.
52. MARTÍN-VEGUE, A. R.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; CASTANEDO, S. H. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles Médicos*, 11(1), 24-35.
53. MELE, Daniela; CASULLO, Carolina. (2010). *Manual de promoción de la salud: experiencias provinciales*. Buenos Aires.
54. MENÉNDEZ, Eduardo L. (1990). *Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones*. Buenos Aires: Editorial Al Margen.

55. MINISTERIO DE SALUD DE ARGENTINA. (s.f.). Lesiones de causa externa. *Argentina.gob.ar* [en línea]. [Consultado: 14 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/lesiones-causa-externa>
56. MONTEIRO, Mário. (2016). Medidas indirectas da mortalidade por causas externas. *Anais do Congresso*, pp. 2183-2194.
57. MONTERUBBIANESI, Pablo Daniel; TEMPORELLI, Karina Luján. (2022). Estilos de vida, factores de riesgo y salud autopercebida de la población argentina. *Revista de Economía del Rosario*, 25(1), 2.
58. MUNICIPIO DE BAHÍA BLANCA. (s.f.). Legislación: sistemas de información [en línea]. [Consultado: 14 de enero de 2024].
Disponible: <https://bahia.gob.ar/isalud/Legislación%20Sistemas%20de%20Informacion.pdf>
59. NAJMANOVICH, Denise. (2024). Las concepciones heredadas: la ética-estética de la disociación. En: *La subjetividad en la era de la red: el vivir humano entre lo singular y lo común* [curso virtual]. [Consultado: 6 de octubre de 2024].
Disponible en: www.educampogrupal.com.ar
60. NUNES, Everardo Duarte. (1994). Salud colectiva: historia de una idea y un concepto. *Salud y Sociedad*, 3, 5-21.
61. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Decenio del Envejecimiento Saludable* [en línea]. OMS. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-es.pdf?sfvrsn=73137ef_4#:~:text=Al%20t%C3%A9rmino%20del%20Decenio%20del,y%20al canzar%C3%A1%20los%202100%20millones
63. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Caídas* [en línea]. 26 abril 2021 [consulta: 17 febrero 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
64. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Se acaba la emergencia por la pandemia, pero la COVID-19 continúa* [en línea]. [s. f.] [consulta: 7 febrero 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/6-5-2023-se-acaba-emergencia-por-pandemia-pero-covid-19-continua>
65. PACIOS ALFONSO, Nereida; SALAZAR CASANOVA, Humberto. Accidentes en el hogar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1999, vol. 15, n.º 2, p. 123-127.
66. PEDEN, Margie, et al. *Informe mundial sobre prevención de las lesiones en los niños*. Washington, DC: OMS; OPS; UNICEF, 2012. 228 p.
67. PELÁEZ, Enrique; ACOSTA, Laura; MOLINATTI, Florencia. Mortalidad por causas externas en personas mayores. Tendencias en Argentina, 2000-2014. *Astrolabio. Nueva Época*, 2021, n.º 26, p. 182-201.

68. PUPO, Francisco; ACOSTA CABRERA, Oscar. Promoción y educación para la salud. En: ÁLVAREZ SINTES, R. *Medicina General Integral. Salud y Medicina*. t. 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008. p. 82-85.
69. REGIANI, Carla; CORREA, Ione. Acidentes na infância em ambiente domiciliar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2006, vol. 10, n.º 3, p. 277-279.
70. RIVERO PLASENCIA, Xiomara; CORDERO MIRANDA, Yoslaidy. Determinación de potenciales de riesgo de accidentes en el hogar. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 2006, vol. 10, n.º 2, p. 41-50.
71. ROBERTSON, A.; MINKLER, N. New health promotion movement: A critical examination. *Philosophical Foundations of Health Education*, 2010, vol. 21, p. 257-274.
72. RODRÍGUEZ JÚSTIZ, Félix; FERNÁNDEZ NÚÑEZ, Andrés; BALY GIL, Alberto. Apreciaciones sobre la clasificación internacional de enfermedades. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 2000, vol. 38, n.º 3, p. 215-219.
73. ROVERE, Mario. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde em Debate*, 2012, vol. 36, n.º 94, p. 327-342.
74. SALINAS, Oscar, et al. Sistema de Información de Lesiones de Causa Externa (SILEX): un proyecto exitoso en El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2008, vol. 24, n.º 6, p. 390-399.
75. SIMONS, Ronald C. Sorting culture-bound syndromes. En: SIMONS, R.C.; HUGHES, C.C. (eds.). *Culture-Bound Syndromes: Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. Dordrecht: D. Reidel, 1985. p. 25-38.
76. SISA. *Ayuda en línea - Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino* [en línea]. [s. f.] [consulta: 14 enero 2024]. Disponible en:
https://sisa.msal.gov.ar/sisadoc/docs/050106/sivile_intro.jsp
77. SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA. *Manual de Prevención de Accidentes*. En: *Manual de Prevención de Accidentes*. 2001. p. 65.
78. SORIANO SUÁREZ, Elena, et al. Accidentes atendidos en un área básica de salud de Girona, España. *Revista Española de Salud Pública*, 2002, vol. 76, n.º 1, p. 57-64.
79. SUSSER, Mervyn. Pioneering community-oriented primary care. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, vol. 77, n.º 5, p. 436.
80. TESTA, Mario. Atención ¿primaria o primitiva? de salud. En: *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Grupo Editor de las Jornadas, 1988. p. 75-90.
81. TORRES, Indiana Luz Rojas; HERRERA, Richard De Jesús Gil. Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 2021, vol. 40, n.º 7, p. 711-721.
82. UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES - Facultad de Psicología. [en línea]. [s. f.] [consulta: 14 enero 2024]. Disponible en:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/786_psicologo_en_centros/material/diagnostico_de_salud_de_la_comunidad.pdf

83. UNIVERSIDAD DE BARCELONA. *Empoderamiento del paciente - Senescencia* [en línea]. [s. f.] [consulta: 14 enero 2024]. Disponible en:

<http://www.ub.edu/senesciencia/noticia/empoderamiento-del-paciente/>

84. URREGO-BURBANO, Paola A., et al. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 2011, vol. 13, p. 1010-1021.

85. VARGAS TENTORI, Fernando. Extension of Coverage, Primary Health Care and Community Participation: definitions and operational concepts. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1977, vol. 82, n.º 5, p. 386-396.

86. IGNOLO, Julio, et al. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 2011, vol. 33, n.º 1, p. 7-11.

87. ZABALA ARGÜELLES, María del Carmen, et al. Desigualdades y políticas sociales. Análisis interseccional del contexto cubano 2008-2018. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 2022, vol. 12, n.º 1.

17. ANEXO

Anexo A – Solicitud de autorización al comité de docencia de la secretaria de salud de Bahía Blanca

Bahía Blanca 4 de marzo de 2021

Comité de docencia de secretaria de salud Al secretario de Salud

De mi mayor consideración me dirijo a Uds. con el objetivo de solicitar autorización para la realización de la investigación titulada “Caracterización del perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales en el primer nivel de atención del centro de salud de ingeniero White 2021-2022” en el marco del proyecto de tesis de la Maestría en Salud Colectiva de la Universidad Nacional del Sur.

El siguiente trabajo tiene el fin de contribuir al conocimiento y comprensión de las lesiones por causas externas no intencionales en la comunidad de Ing. White caracterizando el perfil epidemiológico de las mismas atendidas en el centro de salud “Leonor N de Capelli”.

Se realizará una relación con los datos sociodemográficos: edad, género, escolaridad, constitución familiar, quién se encontraba en el momento de la lesión, cobertura social, estilo de vida, comunidad; y en relación con la lesión: diagnóstico, tipo de lesión, severidad de esta, naturaleza o mecanismo de la lesión, lugar de ocurrencia, actividad que realizaba al momento de esta, parte del cuerpo afectada y si tuvo secuelas.

La recolección de dichos datos permitirá enfocar desde una nueva perspectiva las lesiones estudiadas, esto colaborará a tener un nuevo enfoque de las mismas en la población con el propósito de generar conocimiento y de este modo poder demostrar su relevancia y conocer su incidencia en la localidad de Ingeniero White con el fin de plantear propuestas de trabajo dentro del equipo de salud y si es posible replicarlas en el resto de la ciudad.

Intento aportar información para orientar eficientemente las políticas de prevención que se encuentran implementadas. Los datos que se obtendrán pueden contribuir a mejorar, adecuar o continuar las prácticas de los profesionales ayudando a visualizar, analizar e interpretar las características más importantes de las lesiones por causas externas no intencionales, se ampliará el conocimiento al respecto, con el fin de demostrar su relevancia y conocer su incidencia en la localidad de Ingeniero White.

La selección de la muestra será obtenida por los datos que nos provee el SISALUD, y la historia clínica de los pacientes.

Se realizarán entrevistas semi estructuradas presenciales para poder trabajar con diferentes datos que el sistema informático no aporta y son necesarios conocer para realizar el proyecto.

Se trata de un estudio cuantitativo, de diseño descriptivo observacional de corte transversal retrospectivo

Se adjunta proyecto de investigación, consentimiento informado y entrevista semiestructurada.

Saluda atentamente.

Lic. Wagner Gustavo

Anexo B: Consentimiento informado

Usted está siendo invitado a participar de un proyecto de investigación denominado **“Caracterización del perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales en el primer nivel de atención del centro de salud de ingeniero White 2021-2022”** coordinado por **el licenciado en enfermería Wagner Gustavo, alumno de la Universidad Nacional del Sur.**

Antes de firmar su consentimiento es importante que lea cuidadosamente y comprenda la información detallada sobre el presente estudio. Puede realizar todas las preguntas que desee o solicitar la explicación de palabras que no comprenda

Se utilizarán los datos para una investigación **cuantitativa** cuyo objetivo es:

caracterizar el perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas

Le estamos solicitando su autorización para realizar una encuesta estructurada la cual demora aproximadamente 10 minutos. Toda la información que aporte será confidencial, es decir que solo será conocida por los investigadores, no pudiendo difundir la información a otras personas. Hay una ley que protege sus datos personales (Ley N° 25.326). Luego de finalizado el estudio le serán informados los resultados.

En la entrevista se consultará por datos de la lesión que sufrió. No tiene obligación de participar, igualmente recibirá la misma atención y cuidados si decide no ser parte del estudio.

En cualquier momento puede abandonar el mismo, sin dar justificación alguna si siente alguna incomodidad por las preguntas realizadas.

No recibirá remuneración ni beneficio alguno por participar en la investigación ni de otras instituciones asociadas a la misma. El participante podrá retirarse hasta la inclusión de sus datos en los resultados globales, donde ya no podrán ser individualizados.

Mediante la firma del consentimiento informado, usted no renuncia a ninguno de los derechos que le corresponden según las leyes de nuestro país. Los resultados podrán ser publicados o presentados en congresos, pero no se incluirán datos personales que puedan identificarlo. La Ley 25326 de protección de datos personales salvaguarda su información personal. El registro de sus antecedentes será identificado con un código y no con el uso de su nombre y solo se utilizará para los propósitos mencionados en este estudio.

Si tiene alguna duda durante cualquier etapa del estudio, podrá contactarse con el departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur al teléfono (291-4883218), mail: maestriasc@uns.edu.ar, para plantear cualquier pregunta o duda sobre este estudio, con el tesista Wagner Gustavo (291- 154168866), mail: wagner_bahia@hotmail.com; o el director de tesis Badr Pablo.

Formulario de consentimiento informado

Al firmar de manera libre y voluntaria expreso mi conformidad para participar de una investigación titulada **“Caracterización del perfil epidemiológico de las lesiones por causas externas no intencionales en el primer nivel de atención del centro de salud de ingeniero White 2021-2022”** que me ha sido claramente explicada. He leído y comprendido la hoja de información y he tenido la posibilidad de formular preguntas. Estoy satisfecho con la información recibida. He sido informado por un investigador cuyo nombre y apellido se hace constar al pie de este documento.

Tengo conocimiento que mi participación es libre y voluntaria y que puedo retirarme sin perjuicio. Se me ha informado que los datos que deriven de este estudio solo podrán ser suprimidos de la base de datos hasta el momento que sean integrados y publicados de manera anónima, donde no habrá ya forma de suprimirlos.

Entiendo que no recibirá remuneración por participar ni otros beneficios. La investigación tampoco me generará erogaciones.

Los resultados podrán ser presentados en reuniones científicas o publicados en revistas especializadas manteniendo siempre la reserva de los datos personales

PARTICIPANTE

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....

...

DNI:.....

FECHA:.....

INVESTIGADOR QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO:

FIRMA:.....ACLARACIÓN:.....

DNI:.....

FECHA:.....

Anexo C:Entrevista al usuario**Datos socio demográficos**Nombre 1°
letra y 1°letra
Apellido

Fecha:

Hora:

Genero:

Escolaridad:

Oficio:

Cobertura
Social:Otros
comentarios:Nombre del
entrevistador:

Pregunta	Ejemplo	Respuesta
¿Qué tipo de atención recibió en el centro de salud de Ing. White?	Urgencia Emergencia Consultorio externo	
¿Debió ser derivado a un centro de mayor complejidad?		

¿Cuál fue la severidad de la lesión? Ser lo más exacto posible en su respuesta	Sin lesión aparente Leve Moderada Severa	
¿Cuál fue la causa o mecanismo que le provocó la lesión? Ser lo más exacto posible en su respuesta	Accidente Caída Golpe Puñalada o cortadura Disparo con arma de fuego no intencional Fuego o calor Inmersión Ahogamiento Sobredosis de droga Explosión Mordedura Contacto con Electricidad Desastre natural Contacto con cuerpo extraño	
¿Qué Tipo de lesión le provocó el accidente? Ser lo más exacto posible en su respuesta	laceración, abrasión, lesión superficial; cortada, mordida, herida abierta; lesión profunda- penetrante; esguince, luxación, fractura, quemadura, contusión a órganos internos, lesión orgánica sistémica, trauma craneo encefálico u otros.	
¿En qué Lugar de ocurrencia le sucedió la lesión? Ser lo más exacto posible en su respuesta	Vía pública Trabajo Hogar Jardín/escuela Patio Bar o cantina	
¿Qué Actividad realizaba al momento de la lesión? Ser lo más exacto posible en su respuesta	Estudiando, Trabajando, Practicando deporte Actividad recreación Descansando Bajo efectos alcohol o droga	
¿Qué sitio anatómico sufrieron por la lesión? Ser lo más exacto posible en su respuesta	Cráneo Ojos Máxilo facial Oídos Nariz Boca Cuello	

	Tórax Espalda Abdomen Pelvis /genitales Hombro/Brazo Codo/Antebrazo Muñeca/Mano/dedo Cadera/Muslos Rodilla/Piernas Tobillo/Pie/dedo Múltiples Otro _____	
--	--	--

Anexo D: Registro electrónico de atención

Para conocer las necesidades de atención del Área VII utilizaremos el Programa SiSalud que se encuentra está avalado por la Ley N° 17.622¹ Decreto Reglamentario 3.110/70² que legisla sobre el Secreto Estadístico y la Ley N° 25.326³ que legisla sobre la Protección de los Datos Personales para poder utilizarlo como fuente en este proyecto los titulares de datos. usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. control. sanciones. acción de protección de los datos personales.

¹ será modernizado y racionalizado el servicio estadístico. — créase el instituto nacional de estadística y censos

² decreto reglamentario, instituto nacional de estadística y censo, programa anual de estadística y censos, censos agropecuarios, censos económicos, donación, personal del sector público, derecho administrativo, cultura y educación, derecho civil

³ disposiciones generales. principios generales relativos a la protección de datos. derechos de

Pantalla estadística del sistema SISalud

 Seguíenos en facebook
 Seguíenos en twitter
 Panel Salud y Cond.de Vida

Inicio

- Página principal
- Historia de Salud Elec.(HSE)**
 - Legislación SIS
 - Editar HSE
 - Ingresar Datos Planilla
- Vacunación - Inmunizaciones.**
 - Novedades
 - Menu Reportes (Nuevo)
 - Stock Vacunación
- Observatorio de Salud y Condiciones de Vida**
 - Introducción
 - Fichas de Notificación Obligatoria**
 - Alertas Epidemiológicas
 - Panel de Indicadores
 - Boletines Epidemiológicos



Usuario: **15402 WAGNER GUSTAVO**
 Oficina de Trabajo: **S1 HOSPITAL MENOR DE WHITE**
 Nivel: **Responsable**

SISalud - Secretaría de Salud - MBB

Observatorio de Salud y Condiciones de Vida > Panel de Indicadores

Menú de Estadísticas en Atención Primaria de la Salud

Este menú permite acceder a información Estadística en Primer Nivel de Atención.

- 1 % de Trabajadores por Especialidad-Efector-Area.
- 2 Nro. de Consultas por Especialidad-Edad-Sexo-Efector-Area.
- 3 10 Diagnósticos-Prácticas-Síntomas más frecuentes por Espec.-Efector.
- 4 Personas Atendidas por Especialidad-Edad-Sexo-Efector-Area.
- 5 10 Diagnósticos-Prácticas-Síntomas más frecuentes por Grupo de Eventos(salud-enfermedad).
- 6 10 Diagnósticos-Prácticas-Síntomas más frecuentes por Grupo Etareo.
- 7 Panel Mensual de CNS - CE - PAP.

Fuente: secretaria de salud de bahía blanca

Pantalla de carga de usuarios

SIsalud - Secretaría de Salud - MBB

Usuario: 15402 WAGNER GUSTAVO
 Oficina de Trabajo: 51 HOSPITAL MENOR DE WHITE
 Nivel: Responsable

Seguíenos en facebook
 Seguíenos en twitter
 Panel Salud y Cond. de Vida

Inicio

- Página principal

Historia de Salud Elec.(HSE)

- Legislación SIS
- Editar HSE
- Ingresar Datos Planilla

Vacunación - Inmunizaciones.

- Novedades
- Menu Reportes (Nuevo)
- Stock Vacunación

Observatorio de Salud y Condiciones de Vida

- Introducción
- Fichas de Notificación Obligatoria
- Alertas Epidemiológicas
- Panel de Indicadores
- Boletines Epidemiológicos
- Condiciones de Vida
- Información Geográfica
- Reg.Tareas Comunitarias- Grupos-Instituc
- Tutoriales
- Reportes(Producción de Servicios/Insumos)

Equipos de Gestión

- Equipo Administrativo.
- Unidad de Docencia.
- Unidad de Promoción.
- Mi Mundo.
- Salud Materno Infantil.
- Prendete que Aprendemos.
- Nutrición y Movimiento para la Salud.
- Guías de prácticas clínicas.(Hábitos Saludables)

Programa SUMAR

- Programa SUMAR(RESAPRO)

U. Externos

- Universidad Externos

Nuevo Paciente.

Fillatorios

Apellidos:			
Nombres:			
Documento:	Tipo: DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	Nro:	3242424
CUIL:			
Fecha Nac.:	DD/MM/YYYY	Nacionalidad:	ARGENTINO
	Calcular Edad	Edad:	
D. Materno:	Tipo: DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD	Nro:	
Nombre Materno:			
Fecha Obito:	DD/MM/YYYY		
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino		
Dirección:	Calle: -	Nro:	
	Barrio: -		
Localidad:	BAHIA BLANCA	Próv:	BUENOS AIRES PROVINCIA DE
Teléfonos:			
Mail:			
Obs.:			
O. Social:	☐ Sin Obra Social		
	Nro. afiliado:		HCHMBB

Grabar

Fuente: secretaria de salud de Bahía Blanca

Carga de atención de los usuarios:

SI Salud - Secretaría de Salud - MBB



Usuario: **15402 WAGNER GUSTAVO**
 Oficina de Trabajo: **51 HOSPITAL MENOR DE WHITE**
 Nivel: **Responsable**

 Seguíenos en facebook
 Seguíenos en twitter
 Panel Salud y Cond.de Vida

Inicio
 • Página principal
Historia de Salud Elec.(HSE)
 • Legislación SIS
 • Editar HSE
 • Ingresar Datos Planilla
Vacunación - Inmunizaciones.
 • Novedades
 • Menu Reportes (Nuevo)
 • Stock Vacunación
Observatorio de Salud y Condiciones de Vida
 • Introducción
• Fichas de Notificación Obligatoria
 • Alertas Epidemiológicas
 • Panel de Indicadores
 • Boletines Epidemiológicos
 • Condiciones de Vida
 • Información Geográfica
 • Reg.Tareas Comunitarias- Grupales-Instituc.
 • Tutoriales
 • Reportes(Producción de Servicios/Insumos)

Historia de Salud Electrónica > Ingresar Datos Planilla

Carga de Informe de Consultorio Externo

Esta opción permite el ingreso manual de la Planilla 2: Pacientes atendidos y prácticas realizadas a los mismos en una determinada:

Dep: **HOSPITAL MENOR DE WHITE** - Espec: **ENFERMERIA** - Prof: **WAGNER GUSTAVO** Fecha Desde: **15-05-2021** - Hasta: **15-05-2021**

WAGNER , GUSTAVO . DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD - 29500350

Fecha:
 DD/MM/YYYY

Seleccione Práctica:
 Código:

Seleccione un Diagnostico

Prácticas Seleccionadas:
 No Existen datos

Datos Antropométricos / Otros: (PESO,TALLA,PC,IMC,FPP,FP,TA)

No Existen datos

Fuente: Secretaría de Salud de Bahía Blanca

Anexo f: Matriz de operacionalidad de las variables y escala de medición

Componente	Variable	Indicadores	valores
Datos sociodemográficos	Edad	Número de personas	De 0 a 1año De1 a 4 años De 4 a 11 años De 12 a 19 De 20 a 59 De 60 y más
	Género	Número de personas	Masculino Femenino Se percibe
	Escolaridad	Sabe leer y escribir Educación primaria Educación secundaria Educación superior No sabe leer ni escribir	Si - No Si - No Si - No Si - No
	Grupo familiar	Convive en domicilio Mama Papa Hermano otro	Se encontraba en el momento del accidente Si No Si No Si No Si No
	Cobertura social	Si tiene No tiene No sabe En tramite	Prepaga: Obra social: Otras Sin cobertura de salud
Diagnóstico lesión	Fecha y hora	Mañana Tarde vespertino	De 6 a.m. a 11:59 a.m. De 12 pm a 17:59 p.m. De 18 pm a 23.59 p.m. De 24 am. a 5:59 a.m.
	Tipo de atención	Noche	
		Urgencia	Si No
		Emergencia	Si No
	Severidad	Consultorio externo	Si No
		Sin lesión aparente Leve Moderada Severa	
	Causa o mecanismo	Accidente Caída Golpe	

		Puñalada o cortadura Disparo con arma de fuego no intencional Fuego o calor Inmersión Ahogamiento Sobredosis de droga Explosión Mordedura Contacto con Electricidad Desastre natural Contacto con cuerpo extraño	
	Tipo de lesión	laceración, abrasión, lesión superficial; cortada, mordida, herida abierta; lesión profunda-penetrante; esguince, luxación, fractura, quemadura, contusión a órganos internos, lesión orgánica sistémica, trauma cráneo encefálico u otros.	
	Lugar de ocurrencia	Vía pública Trabajo Hogar Jardín/escuela Patio Bar o cantina Estudiando, Trabajando, Practicando deporte Actividad recreación Descansando Bajo efectos alcohol o droga	
	Actividad que realiza al momento de la lesión		
	Sitio anatómico	Cráneo Ojos Máxilo facial Oídos Nariz Boca Cuello Tórax Espalda Abdomen Pelvis /genitales Hombro/Brazo	

		Codo/Antebrazo Muñeca/Mano/dedo Cadera/Muslos Rodilla/Piernas Tobillo/Pie/dedo Múltiples Otro _____	
Secuelas	No de Permanentes Transitorias	Físicas Psíquicas Físicas Psíquicas	Si no Si no Si no Si no