

## Los niveles de prevención y su relación con el Proceso Salud-Enfermedad: Proceso Salud-Enfermedad-Prevención

### The levels of prevention and their relationship with the Health-Disease Process: Health-Disease-Prevention Process

Ivanna V. Olivero<sup>a</sup>

---

#### Abstract:

The health-disease-prevention process encompasses a series of activities aimed at promoting health, preventing and treating illnesses, as well as managing sequelae, disabilities, or associated diseases, and providing care to individuals with terminal illnesses. Integrality represents a fundamental principle in public health systems, ensuring citizens the right to receive care that spans from disease prevention to the most complex treatments, without discrimination based on health conditions. This approach prioritizes preventive activities and seeks to offer care services without prejudice, acknowledging the autonomy and cultural and social diversity of individuals and communities. A detailed exploration of this process is carried out, including examples and current legislation in the Argentine Republic.

#### Keywords:

Process, health, disease, model, prevention

---

#### Resumen:

El proceso de salud-enfermedad-prevención abarca una serie de actividades dirigidas a promover la salud, prevenir y tratar enfermedades, así como a manejar secuelas, discapacidades o enfermedades asociadas, y a proporcionar cuidados a personas con enfermedades terminales. La integralidad representa un principio fundamental en los sistemas de salud pública, asegurando a los ciudadanos el derecho a recibir atención que abarque desde la prevención de la enfermedad hasta los tratamientos más complejos, sin discriminación alguna respecto a las condiciones de salud. Este enfoque prioriza las actividades preventivas y procura ofrecer servicios de atención sin prejuicios, reconociendo la autonomía y la diversidad cultural y social de los individuos y las comunidades. Se hace un recorrido por este proceso detallando con ejemplos y legislaciones actuales de la República Argentina.

#### Palabras Clave:

Proceso, salud, enfermedad, actividades, prevención

---

### Introducción

Para entender el proceso salud-enfermedad-prevención, primero debemos definir los tres componentes: Se entiende la Salud como un proceso sociohistórico multideterminado, holístico e integral, que permite a las personas y colectividades resolver conflictos de la vida y gestionar sus condiciones para su realización, buen vivir y felicidad en convivencia armónica con la naturaleza y la sociedad, constituyendo un objetivo, un recurso y un derecho que se puede garantizar actuando

participativamente, intersectorialmente, y transdisciplinariamente (Olivero, 2023, p.1). La enfermedad surge de la reconstrucción técnica del discurso profesional durante el encuentro con el paciente. Esta reconstrucción se basa en una comunicación que gira en torno al lenguaje culturalmente compartido sobre la enfermedad Good y Good (s.f.) postulan que la percepción de la enfermedad se ve moldeada por el relativismo intra e intercultural. Según su enfoque, las fronteras entre salud y enfermedad se definen a través de las experiencias en diversas culturas, así como por las

---

<sup>a</sup> Autor de Correspondencia, Universidad Nacional de San Luis || San Luis –San Luis | Argentina, <https://orcid.org/0009-0001-3575-1782>, Email: [ivanavolivero@gmail.com](mailto:ivanavolivero@gmail.com)

narrativas y prácticas empleadas para hacer frente al sufrimiento. Desde esta perspectiva, la enfermedad (y la salud) no se concibe como una entidad objetiva ni su representación, sino más bien como un producto de la interacción cultural que puede encapsular múltiples significados. Además, destacan que la interpretación de los síntomas como manifestación de una realidad biológica subyacente es una característica propia de la racionalidad biomédica (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). En cambio el padecimiento se refiere a la forma en que el sujeto enfermo percibe, expresa y lidia con el proceso de enfermar (Madrid, 2011). Por otro lado el estado a través del sistema de salud realiza actividades para proteger o restablecer la salud que las podemos agrupar en tres niveles de acuerdo en que estadio del proceso salud enfermedad se encuentre la población: cuando todavía está sana, cuando está enferma, cuando ya se trató o no hay alternativas de tratamientos.

### **Proceso Salud-Enfermedad**

En los confines de la historia médica y la epidemiología, emerge un concepto perdido en los laberintos del tiempo: la constitución epidémica. Remoto en sus orígenes, forjado por la mente de Hipócrates y posteriormente rescatado por el inglés Thomas Sydenham en el siglo XVII, este concepto evocaba un conjunto de condiciones que influían en el desarrollo y la gravedad de ciertas enfermedades, confiriéndoles características singulares en diferentes lugares y épocas. Durante dos siglos y más, la constitución epidémica yacía en el olvido. Fue en los albores del siglo XX cuando resurgió, redescubierto por los médicos epidemiólogos de la Sociedad Real de Medicina de Londres. Inspirados por las corrientes de la Patología Geográfica e Histórica, impulsadas por el erudito August Hirsch, vislumbraron en el antiguo concepto una herramienta para comprender los misterios de las enfermedades epidémicas (Paiva et al., 2018). Así nació el modelo de Historia Natural de la Enfermedad, un relato de la salud y las dolencias humanas, desde su gestación hasta su resolución o cronicidad (Hamer, 1929).

El concepto de historia natural de la enfermedad fue introducido nuevamente en 1945 por Macfarlane Burnet aplicándolo exclusivamente a enfermedades infecciosas (Rodríguez Domínguez, 2024). En 1965, los autores Leavell y Clark concibieron la historia natural de la enfermedad y los niveles de prevención (Leavell y Clark, 1965). La historia natural de la enfermedad describe la evolución de la enfermedad sin intervención médica, desde antes de su inicio (interacción entre el individuo y su entorno biopsicosocial) hasta su resolución en recuperación, cronicidad o muerte (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011). La

denominación de "historia natural de la enfermedad" dada por Leavell y Clark al esquema, refleja el supuesto, el cual postula que la enfermedad sigue una trayectoria más o menos definida y este fluir irremediable solo podrá ser interrumpido por la acción preventiva (García, 2010). En el proceso de la salud y la enfermedad, las fronteras se desdibujan, confundiendo nuestros sentidos con su ambigüedad. La etiqueta de enfermo o sano se nos adhiere por meras conveniencias prácticas, una clasificación que busca simplificar la complejidad del devenir humano. Así al convertirse en natural, el paradigma dejó de ser histórico (Arouca, 2018). Almeida Filho y Rouquayrol (2008) señalan que el modelo de salud-enfermedad es solo un marco general que puede abarcar múltiples y variadas enfermedades. Destacan la crítica hacia dos aspectos principales: en primer lugar, que la comprensión de los fenómenos de salud no se limita a la causalidad de las enfermedades, sino que requiere considerar procesos relacionados con la promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud tanto individual como colectiva para lograr una explicación eficaz. En segundo lugar, cuestionan la idea de que la historia natural de las enfermedades sea algo intrínsecamente natural, subrayando su naturaleza histórica y social. Terris desarrolla el modelo en el que la salud y enfermedad forman un continuo (Delgado y Llorca s/f). La condición de salud o enfermedad es el resultado de un proceso donde entran en juego aspectos históricos, geográficos, culturales, económicos y políticos que influyen en la vida del individuo, su familia y su comunidad (Breilh, 2013). La concepción de salud y enfermedad como entidades opuestas o categorías dicotómicas fue remplazada por una comprensión más integrada y dinámica (Iriart et al., 2002). Laurell y Menéndez (1994) han propuesto la adopción de la categoría de proceso salud-enfermedad-atención, destacando su carácter universal y su influencia estructural en las sociedades y estratos sociales. Este enfoque considera que los procesos relacionados con la salud y la enfermedad están intrínsecamente vinculados a las respuestas sociales, y que la atención juega un papel fundamental en la producción y reproducción de la sociedad. Menéndez (2003) refuerza esta idea al enfatizar la importancia de integrar las formas de atención en el análisis de los procesos de salud y enfermedad en diversos contextos y poblaciones. Desde esta óptica, se plantea que el objeto de estudio de la Salud Colectiva se centra en el proceso salud-enfermedad-atención (Michalewicz et al., 2014). Según Menéndez (1994), tanto los padecimientos como las respuestas hacia ellos son fenómenos sociales que generan representaciones y prácticas destinadas a comprender, abordar y, en la medida de lo posible, resolver los impactos y consecuencias de los daños a la salud. En este sentido,

los grupos sociales desarrollan acciones, técnicas e ideologías frente a los procesos de salud y enfermedad, algunas de las cuales se institucionalizan profesionalmente para establecer un marco legitimado de comprensión y acción ante los daños a la salud. Además, estas prácticas también buscan orientar y normalizar acciones preventivas y de promoción de la salud (Pagnamento et al., 2016). Menéndez (2003) define los modelos de atención como más que simplemente las actividades biomédicas, sino que engloban todas aquellas acciones, como la prevención, tratamiento, control, alivio y/o cura de una dolencia particular. En la década de 1990, en Brasil, surgió un grupo de académicos que estudiaron el proceso que denominaron salud-enfermedad-cuidado y sus bases sociales, éticas y políticas. Sostuvieron que en comunidades con múltiples vulnerabilidades trabajar en prevención y promoción es posible, aunque los resultados estarán influenciados por los determinantes (Ayres et al., 2012). Una de sus características innovadoras es que considera los modos de intervención en estos procesos, reconociendo que las concepciones, saberes, tecnologías y servicios en salud disponibles influyen en los procesos de salud-enfermedad-cuidado. La intervención ya no se concibe como la solución, sino como parte del problema en estudio, y conceptualiza el proceso de salud-enfermedad como continuo. (Camarotti et al., 2018).

La Declaración de Alma-Ata (OPS, 1978) difunde una concepción de atención primaria de la salud integral, interpretada como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad y esto se reforzó en la conferencia de Astaná sobre Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. En este principio la integralidad representa una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. En este contexto, la cartera de servicios debe basarse en niveles de prevención adecuados para abordar las necesidades de salud de la población desde una perspectiva holística, considerando aspectos biopsicosociales, espirituales y culturales del individuo y las colectividades (Astudillo-García et al., 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), define la prevención como medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a

detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Este trabajo denomina este proceso como salud-enfermedad-prevención, el cual implica una serie de actividades que se llevan a cabo para promover la salud, prevenir y tratar la enfermedad, sus secuelas, discapacidad o enfermedades asociadas y cuidar a la persona con enfermedad terminal. El proceso salud-enfermedad-prevención aborda la salud y la enfermedad desde una perspectiva integral, considerando la interacción de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Tabla 1).

### **Periodo Prepatogenico**

En esta etapa, la enfermedad aún no se ha desarrollado plenamente; las células, los líquidos tisulares, los tejidos u órganos del ser humano todavía no se han visto afectados por el proceso. En el cual el sujeto está expuesto a factores de riesgo o agentes causales de la enfermedad y los determinantes sociales de la OMS (2011). El individuo como entidad social comienza a formar parte de esa historia al interactuar con su entorno circundante y con los agentes físicos, químicos, biológicos, sociales o psicológicos presentes en su contexto ambiental (Leavell y Clark, 1965). Leavell y Clark identifican tres elementos importantes que interactúan: el huésped, el agente (ya sea animado o inanimado) y el medio ambiente (García, 2010). Esta interacción se conoce como tríada ecológica. El huésped es cualquier organismo vivo capaz de albergar un agente causal de enfermedad. El agente puede ser cualquier sustancia, viva o inanimada, o una fuerza, a menudo intangible, cuya presencia o ausencia constituye la causa inmediata o próxima de una enfermedad en particular. En este sentido algunos ejemplos de agentes son: elementos nutritivos, químicos exógenos, químicos endógenos, factores fisiológicos, factores genéticos, factores psíquicos, fuerzas físicas y agentes biológicos invasores (Fox et al, 1970). En la época de Leavell y Clark, predominaba el concepto ecológico de causalidad de la enfermedad, con aquello de agente, huésped y medio ambiente), mientras que ahora la causalidad tiene que ver con "causas suficientes y necesarias" y el concepto de factores de riesgo (Villar Aguirre, 2011) En el modelo original de Leavell y Clark, el factor social participa simultáneamente como causal, unido al hospedero y al medio ambiente, y funcionando en ambos como un conjunto de caracteres vinculados a los individuos, como el estatus económico y social, las actitudes en relación con el sexo, etc., e instituciones y estructuras sociales bien caracterizadas de determinados grupos, como la familia, la comunidad, etc. Se reconoce la posibilidad de que, para algunas enfermedades, no haya un solo agente sino un

complejo de dos o más factores actuando en conjunto, a veces sin que ninguno sea indispensable (Fox et al, 1970). Por ejemplo, un microorganismo, una sustancia química o radiación. Los agentes se pueden dividir en biológicos y no biológicos. Los agentes biológicos son organismos vivos capaces de provocar infección o enfermedad en humanos y animales. Las especies que causan enfermedades en humanos se denominan patógenos. Dentro de los agentes no biológicos se incluyen los químicos y físicos (OPS, 2011). El medio ambiente se refiere al conjunto de condiciones o influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo. En él se estudian factores físicos como el clima y la geografía, factores socioeconómicos como los ingresos, las viviendas, la promiscuidad y el hacinamiento, y factores biológicos como los animales. La cadena epidemiológica, también conocida como cadena de infección, se utiliza para comprender las relaciones entre los diferentes elementos que conducen a la aparición de una enfermedad transmisible. Está compuesta por el agente, el huésped y el medio ambiente (OPS, 2011).

Si se aplica este modelo de tríada ecológica a las enfermedades crónicas no transmisibles requiere cierta adaptación, ya que estas enfermedades suelen ser multifactoriales. Para interpretarlo y aplicarlo a las enfermedades crónicas, consideraríamos un huésped con marcadores de riesgo, donde el agente serían los factores de riesgo y el entorno abarcaría los determinantes sociales, biológicos y físicos. Según el enfoque histórico, la población es algo más que un agregado de personas; es un organismo con leyes propias cuya forma actual es producto de su desarrollo histórico. Según los seguidores de esta escuela, los daños a la salud se han sucedido de acuerdo a grandes determinantes histórico-sociales más que a factores específicos, y son los cambios ambientales, demográficos, económicos y sociales los que en última instancia determinan el estado de salud. Agrega, que estos cambios no sólo afectan a las poblaciones, sino a los factores causales y a la forma de relacionarse con ellas (Alarcón, 2009). Los determinantes sociales de la salud se dividen en estructurales e intermedios. Los determinantes estructurales son condiciones más amplias y fundamentales que afectan la salud de manera indirecta, como las políticas gubernamentales, la distribución del poder y los recursos económicos, así como las normas sociales y culturales. Estos determinantes estructurales crean el entorno en el que las personas viven, trabajan y se relacionan, y tienen un impacto profundo y duradero en la salud de la población. Por ejemplo, la pobreza, la discriminación racial y de género, y la falta de acceso a servicios básicos de salud son determinantes estructurales que pueden influir en la salud de una comunidad. Por otro lado, los determinantes intermedios son factores más directos que están más cerca de la

experiencia individual y pueden ser modificados más fácilmente. Estos determinantes incluyen comportamientos individuales, factores biológicos y acceso a servicios de salud. Por ejemplo, el tabaquismo, la dieta y el ejercicio son determinantes intermedios que pueden influir en la salud de una persona (Álvarez Toste et al., 2021). Por ejemplo, la aparición de un nuevo caso de malaria si lo analizamos desde la concepción de la triada ecológica está condicionada por las características del entorno, tales como la presencia de aguas estancadas, la humedad, la geografía y el clima, que favorecen la proliferación del vector de la enfermedad, el mosquito *Anopheles*. Además, influyen las características del huésped, como el hecho de ser una mujer embarazada, que puede atraer más a los mosquitos. Asimismo, se consideran las características biológicas del agente causal, en este caso el parásito *Plasmodium*, como su resistencia, patogenicidad y etapa de desarrollo (Trampuz et al., 2003). Si lo analizamos desde el concepto de determinantes sociales: de la OMS, los intermedios, fueron las viviendas con mala infraestructura física y sanitaria, hacinamiento, ubicadas en áreas boscosas y con animales. De los estructurales, el mayor riesgo correspondió a personas migrantes y con bajos ingresos (Cardona-Arias et al., 2019).

### **Periodo Patogenico**

Si se cumplen todas las circunstancias y características previamente mencionadas en un huésped susceptible y en un momento específico, se produce una perturbación en el equilibrio ecológico y el huésped se ve directamente afectado (Leavell y Clark, 1965). El período patogénico se inicia con el estímulo que desencadena cambios en la estructura y el funcionamiento del organismo humano, y concluye con la recuperación, la cronicidad, la discapacidad o el fallecimiento del individuo. Este período abarca varias etapas: a) patogénesis temprana; b) detección temprana de la enfermedad; c) enfermedad avanzada; d) convalecencia; y e) desenlace final (recuperación, estado crónico, discapacidad o muerte). La etapa de patogénesis temprana se caracteriza por las reacciones y modificaciones que tienen lugar en los tejidos y el funcionamiento del organismo como respuesta al estímulo que origina la enfermedad. La aparición de signos y síntomas que permiten el diagnóstico clínico marca la transición hacia las etapas posteriores (OPS, 1971). En el caso de las enfermedades transmisibles, debido a la rápida multiplicación de los microorganismos, su virulencia y su capacidad para producir toxinas, estos cambios evolucionan rápidamente. No obstante, en el caso de las enfermedades crónicas degenerativas y mentales, dichos cambios pueden requerir meses o incluso años antes de manifestarse con signos y síntomas

evidentes del proceso patológico. Con el propósito de vincular de manera didáctica las actividades de prevención, resulta conveniente subdividir el período patogénico en dos etapas: el período subclínico y el período clínico.

### **Periodo subclínico**

Cuando el agente o los agentes han generado cambios anatómicos y funcionales suficientes, sus manifestaciones se vuelven reconocibles para un observador, ya sea a simple vista o a través de instrumentos de medición (signos). El Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico (Cortés Gabaudan, 2007) define 'signo' como la 'manifestación objetiva de una enfermedad o estado que el médico percibe o provoca' La aparición de ese primer signo marca el inicio del período patogénico de la enfermedad. Estos signos pueden incluir, por ejemplo, una presión sistólica elevada, la visualización de una fractura en una radiografía, la detección de una imagen tumoral en una mamografía, una glucemia en ayunas alterado, un índice de masa corporal que indica bajo peso, lunares con un patrón patológico, conjuntiva pálida, amarilla o enrojecida, entre otros ejemplos (Gil-Cuesta y Vaqué Rafart, 2008). En el caso de las enfermedades transmisibles, la fase inicial del período patogénico se conoce como período de incubación. Por otro lado, en las enfermedades crónicas, esta fase es denominada período de latencia (Gil Cuesta y Vaqué Rafart, 2008).

### **Periodo clínico**

En este período clínico, el paciente experimenta síntomas. El Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico (Cortés Gabaudan, 2007) define 'síntoma' como la 'manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente, como el dolor, picor, visión de 'moscas volantes', cansancio, incontinencia urinaria, ardor, picazón u otros aspectos no habituales que la persona pueda experimentar y expresar.

### **Periodo de Resultado**

Dadas las implicaciones, es importante puntualizar aquellas manifestaciones que pueden ser indicadoras de tal padecimiento para su posterior evaluación clínica. Leavell y Clark (1965) no representan este apartado como un período específico, pero a los fines prácticos es mejor separar este del patogénico para entender las actividades de prevención que se realizan en este periodo más claramente (Tabla 2). Este período marca el desenlace del proceso de salud-enfermedad-prevención. Si las acciones de prevención secundaria funcionan correctamente, las enfermedades pueden curarse y las personas vuelven al período prepatogénico o mantienen una cronicidad de la enfermedad controlada. Las enfermedades crónicas son condiciones de larga duración y se consideran controladas

cuando presentan pocos síntomas y provocan secuelas ni enfermedades asociadas, como en el caso de la diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades mentales, trastornos músculo-esqueléticos, problemas de visión y audición, enfermedades genéticas, celiaquía e hipotiroidismo. En el caso de que la prevención secundaria no haya funcionado, pueden presentarse varias alternativas: muerte, secuelas, incapacidad, discapacidad, enfermedad crónica no controlada, enfermedad terminal o enfermedad crónico-degenerativa.

*Recuperación:* Cuando posterior al curso de la enfermedad, no se genera ningún tipo de secuela y se alcanza un estado igual a la condición pre patológica.

*Muerte:* El final de la vida secundario a la paralización del funcionamiento de los componentes celulares corporales.

*Estado crónico:* Aquella enfermedad que perdurará en el tiempo, generalmente controlable pero no curable y que requerirá un seguimiento y acompañamiento médico (Alvarez et al., 2020). Cuando la persona ha alcanzado la mejoría médica máxima, esto significa que se han agotado todas las posibilidades con respecto al tratamiento y rehabilitación y donde se establecen secuelas que obedecen a condiciones perdurables en el tiempo (Alvarez et al., 2020). Incapacidad se refiere a la situación en la que una persona no puede desempeñar una actividad laboral debido a una lesión, como una hernia después de un accidente que impide que un albañil continúe trabajando, o la artrosis de mano que impide que una peluquera siga ejerciendo su profesión (Vicente-Herrero et al., 2016). La recuperación con discapacidad se relaciona con la dificultad para desempeñar un rol en la vida diaria que sería considerado normal según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales. Según la legislación argentina discapacidad con deficiencia física de origen motor es un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (Servicio nacional de rehabilitación, 2015). La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior al promedio combinado con limitaciones en el funcionamiento adaptativo (es decir, comunicación, autodirección, aptitudes sociales, cuidados personales, uso de recursos comunitarios y mantenimiento de la seguridad personal), junto con una necesidad demostrada de soporte (Sulkes, 2022). La discapacidad sensorial se refiere a la discapacidad auditiva, visual u otras deficiencias sensoriales, como la pérdida del olfato por la enfermedad por coronavirus (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV-2.

Tabla 1. *Periodos del proceso salud-enfermedad.*

PERIODO PRE PATOGENICO	PERIODO PATOGENICO		PERIODO DE RESULTADO
Individuo o población sana: en interacción con los determinantes sociales de la salud	Individuo o población enferma		Individuo o población que se cura y pasa al primer período, muere o tiene ya secuelas, incapacidad, discapacidad, enfermedad crónica no controlada con secuelas o enfermedades asociadas, enfermedad crónica degenerativa, enfermedad terminal
	En período Subclínico: con signos. Se producen alteraciones químicas, físicas y humorales	En período Clínico: con síntomas. La persona se auto percibe como enfermo	

*Elaboración propia, 2024.*

### Niveles de prevención

Matizando las palabras de Costa y López (1986) la disminución de la incidencia de enfermedades se considera prevención primaria; la disminución de la prevalencia, se considera prevención secundaria; y la disminución de secuelas y complicaciones de las enfermedades, prevención terciaria. El estudio minucioso de la historia natural de la enfermedad ha sido sumamente fructífero en el ámbito de la Medicina. Mediante una observación y descripción adecuadas de la evolución de la enfermedad, se logró comprender su curso y, de este modo, detectarla en sus etapas tempranas y prevenir las secuelas que puede dejar (García-Maldonado, 2012). La interrupción de la cadena de sucesos que conforman la historia natural de la enfermedad, y que conducen al deterioro gradual de la salud, se ha convertido en uno de los principales objetivos de la Salud Pública. Las medidas preventivas disminuyen los riesgos en las personas y comunidades y los gastos innecesarios de recursos (Sánchez-Pérez, 2018). Esta responsabilidad recae en todos los miembros del equipo de salud, ya que, como hemos visto, la enfermedad obedece a múltiples causas o factores de riesgo interrelacionados que no pueden ser abordados únicamente por una disciplina o por diferentes disciplinas aisladas, sino que deben ser considerados dentro del contexto sociocultural en el que operan. Se ha planteado que los equipos de salud deben ser capaces de establecer barreras que frenen el avance de la enfermedad (Leavell y Clark, 1965). Estas barreras se conocen como niveles de prevención. El término prevención se define como las acciones orientadas a la erradicación, eliminación y minimización del impacto de la enfermedad y la discapacidad; incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas (Mejía, 2013). La Prevención se define como las "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales

como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida" (OMS, 1998).

Se dividen en los siguientes:

#### Nivel de prevención primaria

La prevención primaria es considerada como aquella que realiza las acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad, además de reducir el riesgo de nuevos casos; incluye la promoción de salud y las acciones específicas (Quintero-Fleites et al., 2017). La acción preventiva se ejerce en el período prepatogénico de la enfermedad y, como tal, busca preservar el equilibrio de la tríada ecológica. Según Leavell y Clark, en la actualidad se puede lograr eliminando o reduciendo la cantidad y calidad de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo presentes en la sociedad, así como mejorando o fortaleciendo los factores protectores de la salud. Este tipo de prevención puede llevarse a cabo mediante actividades de promoción de la salud o mediante medidas de protección específicas (Leavell y Clark, 1965).

#### La promoción de la salud

En la Carta de Ottawa se establece que la promoción de la salud implica brindar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y tener un mayor control sobre la misma (OPS, 1986). Posteriormente, se enfatiza que la promoción de la salud se concibe cada vez más como la suma de acciones realizadas por la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, con el objetivo de desarrollar mejores condiciones de salud tanto a nivel individual como colectivo (OPS/OMS, 1990). La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1998). No está dirigida a un padecimiento en particular, sino que sirven al bienestar y la salud en general (Chamorro et al., 2017). Se centra en los determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud (Vignolo et al., 2011). Se logra principalmente a través de medidas educativas, entornos saludables (Valenzuela, 2006). Intervenciones económicas y sociales y, por lo tanto, está estrechamente vinculada a los diferentes sectores de la economía y a la realidad sociocultural de una comunidad en particular.

Con relación a lo planteado por Leavell y Clark cuando incluyen la educación sanitaria, los controles periódicos y la genética como actividades de promoción (Leavell y Clark, 1995, p. 18) (Tabla 2). Es importante destacar que la promoción de la salud no se limita a la educación en general, talleres o folletos, sino que su alcance depende del objetivo de la actividad educativa o de concientización y no de las herramientas utilizadas para llevarla a cabo. Estas actividades pueden realizarse en los tres niveles de prevención por ejemplo un taller de alimentación para pacientes dializados, un folleto del cuidado del pie diabético. Los controles periódicos suelen formar parte de políticas estatales, por ejemplo, los controles de crecimiento y desarrollo del niño sano cuya actividad fundamental es el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno perteneciente al segundo nivel de prevención (Comité de Crecimiento y Desarrollo. 2017) En los mismos si se realizan actividades de promoción como brindar educación sobre una alimentación adecuada según la edad pero es más adecuado mencionar esta actividad y no los controles cuando se refiere a promoción. En la actualidad se utilizan estudios de mutaciones para adoptar hábitos preventivos frente a enfermedades a las que una persona pueda tener predisposición, lo que se consideraría como protección específica ya que se dirige a una patología específica. La genética tiene su componente de promoción de salud en su sobresaliente contribución a la incrementada producción y rendimiento entre diversas razas y variedades de animales y plantas (Acevedo, Martínez y Utz, s/f). Ejemplos de medidas de promoción de la salud más claros además de condiciones de trabajo y recreación adecuados y proyectos de urbanización y acceso a la vivienda adecuada podrían ser programas de huertas comunitarias, legislación laboral que apoye la lactancia materna, Programa canguro, Hospitales amigos de la madre y el niño, servicios sanitarios como agua potable y cloacas, planificación familiar, Buenas prácticas de manipulación de los alimentos, Higiene personal, educación sexual integral, reglamentación de kioscos saludables en escuelas, bicisendas y plazas saludables que incluyen elementos para realizar actividad física (Plan nacional argentina saludable, 2013).

Promoción de la salud	Protección específica	Diagnóstico y tratamiento temprano	Limitación de la discapacidad	Rehabilitación
Educación sanitaria Buenos estándares de nutrición ajustados a las diferentes fases del desarrollo Atención al desarrollo de la personalidad Provisión de condiciones adecuadas de casa, recreación y condiciones de trabajo. Genética Exámenes periódicos selectivos	Uso de inmunizaciones específicas Atención a la higiene personal Uso de saneamiento ambiental Protección contra riesgos ocupacionales Protección contra accidentes Uso de nutrientes específicos Protección contra carcinógenos	Medidas para encontrar casos individuales y de masa Exámenes selectivos Encuestas de selección de casos Objetivos curar y prevenir la enfermedad Prevenir la difusión de enfermedades comunicables Prevenir complicaciones y secuelas Acortar el periodo de incapacidad	Adecuado tratamiento para detener la enfermedad y prevenir futuras complicaciones y secuelas Provisión de facilidades con el fin de limitar la incapacidad y prevenir la muerte	Provisión de facilidades hospitalarias y comunitarias para adiestramiento o educación con el fin de usar el máximo de las capacidades remanentes. Educación del público y de la industria para utilizar al rehabilitado. Trabajo como terapia en los hospitales Ubicación selectiva

Elaboración propia, 2024.

#### La protección específica

Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo (Ministerio de salud, república de Colombia, 1998). Se refiere a aquellas medidas que tienen un impacto directo en la prevención del desarrollo de una o dos enfermedades en particular (Rosales Ortega, s/f). Por ejemplo, las inmunizaciones son medidas específicas que evitan la aparición de enfermedades inmunoprevenibles en la comunidad (Ministerio de Salud y Deportes, 2013). Del mismo modo, en Argentina, la Ley 17259 de la República Argentina (1967) y su Decreto reglamentario N° 4277/67 establecen que toda la sal destinada al consumo humano o animal debe ser enriquecida con yodato de potasio. Esta disposición se implementó siguiendo la recomendación de la OMS (2011) para prevenir enfermedades causadas por la deficiencia de yodo en la alimentación, como el bocio, que es frecuente en áreas con suelos y aguas con baja concentración de yodo. Asimismo, la Ley 25459 de la República Argentina (2001) establece la fortificación obligatoria de la leche en programas alimentarios, con el objetivo de reducir la prevalencia de anemia en niños pequeños y mujeres embarazadas, así como las malformaciones del tubo neural en los bebés. La Ley 25630 de la República Argentina (2002) establece que la harina de trigo destinada al consumo en el mercado nacional debe ser enriquecida con hierro, ácido fólico, tiamina, riboflavina y

Tabla 2. Segundo paradigma de los niveles de prevención de Leavell y Clark 1965.

Prevenición primaria                      Prevenición secundaria                      Prevenición terciaria

niacina, con el fin de prevenir anemias y malformaciones del tubo neural, como la anencefalia y la espina bífida. La AAFP recomienda fuertemente prescribir 4 mg/día de ácido fólico durante 1-3 meses previos a la concepción y durante el primer trimestre de embarazo a aquellas que planifican embarazo y han tenido un hijo con defectos del tubo neural. El saneamiento ambiental y la atención a la higiene personal, como propusieron Leavell y Clark en 1995, previenen numerosas enfermedades y, por lo tanto, se considerarían actividades de promoción. Estas acciones no tienen como objetivo la prevención de una patología específica, a menos que, por ejemplo, se trate de un programa de higiene bucodental para la prevención de caries o lavado de manos para prevenir el contagio de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) causada por el virus SARS-CoV-2 mantener la distancia interpersonal de dos metros (Servicio Geológico Minero Argentina, 2020).

### Nivel de prevención secundaria

Si por alguna razón las acciones de prevención primaria no han sido implementadas o han sido insuficientes en su desarrollo, se abre paso a una preocupante probabilidad: la de que un individuo susceptible se vea expuesto a estímulos perjudiciales y, como consecuencia, se inicie el periodo patogénico. En tal circunstancia, resulta imperativo recurrir a la segunda barrera, a ese nivel de prevención secundaria, para aplicar medidas que contrarresten la situación. Es en este punto donde se libra una nueva batalla en pos de la salud. La prevención secundaria se convierte en una herramienta crucial, en una salvaguarda adicional para el individuo y para la comunidad. Se trata de una acción que busca detener o retrasar la progresión de la enfermedad, una respuesta directa a ese estímulo nocivo que amenaza con alterar el equilibrio vital (OPS, 2002). En esta etapa, se despliegan recursos y estrategias para detectar tempranamente la presencia de la enfermedad y tomar acciones oportunas. Los métodos de diagnóstico y los tratamientos se convierten en protagonistas de este segundo nivel de prevención. Es un eslabón fundamental en la cadena de cuidados, un paso necesario para proteger a aquellos que, por diversos motivos, no han logrado sortear los riesgos iniciales (Goddard y Esposito, 2021). La prevención secundaria, en su apremiante tarea de detectar y combatir la enfermedad en sus primeras manifestaciones, se convierte en una valiosa herramienta para preservar el bienestar y la vitalidad del individuo y de la comunidad en su conjunto (Schürmann y Trachsel, 2023). Un objetivo de la misma es reducir la prevalencia de la enfermedad.

### Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno o limitación de la propagación

Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte (Ministerio de salud, República de Colombia, 1998). Significa la búsqueda de enfermedades en sujetos aparentemente sanos para detectarlas con la mayor precocidad posible. Lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no es avanzado y, donde aún no se manifiestan síntomas. Un programa de detección precoz es un programa epidemiológico de aplicación universal o a grupos seleccionados con una mayor probabilidad de padecer una enfermedad en particular, para detectar una enfermedad grave en fase inicial o precoz, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz o curativo.

Leavell y Clark, en su obra de 1965, no logran captar la esencia y trascendencia de esta actividad en el campo de la Salud Pública (Tabla 2). Es importante destacar que no cualquier examen o prueba puede ser considerado como diagnóstico precoz, ya que debe estar imbuido de determinados objetivos y cumplir con una serie de pasos rigurosos. Las pruebas que se realizan en una detección precoz son las mismas que se aplican para diagnosticar en personas enfermas con síntomas ya expresados; sin embargo en el primer caso el diagnóstico es de presunción, de probabilidad, y en el segundo caso es de confirmación diagnóstica (Viñez, 2017).

Los objetivos del diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la contención de la propagación son tres (Acevedo et al., 2013):

- a) Prevenir la diseminación de la enfermedad hacia otros individuos, en caso de que sea de naturaleza transmisible.
- b) Curar o detener la enfermedad con el fin de prevenir complicaciones o secuelas indeseables.
- c) Prevenir la prolongación de la incapacidad o discapacidad.

El cribado poblacional es una actividad preventiva que se aplica a todas las personas residentes en la comunidad, de manera sistemática, con invitación individual de cada persona de la población objetivo y dentro del marco de un programa organizado. Es, por tanto, un proceso organizado e integrado en el sistema de salud, en el que todas las actividades están planificadas, coordinadas, monitorizadas y evaluadas dentro de un marco de mejora continua de la calidad, garantizando los principios de eficiencia y equidad. El cribado debe ser un proceso

continuo y no una prueba puntual (Chirivella González et al., s/f).

Estos pasos fundamentales son los siguientes:

En primer lugar, se deben identificar los grupos de riesgo. A través de la ciencia epidemiológica, se conocen los factores de riesgo asociados a determinada patología. Se describen las características de una población que la colocan en situación de vulnerabilidad, como la edad, la herencia genética, la presencia de ciertas enfermedades, la etnia, el género, entre otros aspectos relevantes. Esto permite que tanto el individuo como el equipo de salud sean conscientes de su situación y actúen en consecuencia.

Luego, se produce el encuentro entre el equipo de salud y las personas en riesgo. Es responsabilidad del equipo médico o del Estado tomar un papel activo en la búsqueda de aquellos individuos que se encuentran en situación de riesgo, con el objetivo de realizar un diagnóstico precoz. Esto puede implicar concientizar a las personas para que acudan a centros de salud que brindan servicios gratuitos (por ejemplo, mujeres mayores de 40 años con mayor riesgo de cáncer de mama) o acudir a espacios donde se congregan (como las escuelas). Asimismo, se establece la rutina de realizar pruebas de detección temprana en determinadas ocasiones, como en el momento del nacimiento (pesquisa neonatal), tal como recomienda el Ministerio de Salud en el año 2023.

Se lleva a cabo la evaluación diagnóstica, utilizando técnicas sensibles y específicas para cada patología. Los programas diseñados con este propósito buscan detectar la enfermedad en su fase subclínica, es decir, antes de que los síntomas se manifiesten de manera evidente en el paciente. Se buscan signos que indican cambios corporales, tisulares y celulares que puedan medirse mediante instrumentos o la observación clínica, como la disminución de los niveles de hemoglobina en la sangre, hiperfenilalaninemia, cambios en el peso corporal por encima o lo debajo de los normal, temperatura corporal anormal o presencia de células tumorales (Clínica Universidad de Navarra, 2023) Ejemplos: La prueba de descarte neonatal para fenilcetonuria (Mariño y Zarzalejo, 2000) En el caso de enfermedades agudas con periodos de incubación muy cortos, a menudo resulta difícil detectarlas en su etapa asintomática, pero se procura identificar la patología y buscar atención médica tan pronto como aparezcan los primeros signos y síntomas. Para poder llevar a cabo un cribado poblacional han de darse unas condiciones predeterminadas, definidas por Wilson y Jungner en 1968 y luego en 1975 por Frame y Carslon (Tabla 3):

Tabla 3. Comparación de criterios para hacer un tamizaje

WILSON Y JUNGER	FRAME Y CARLSON
Problema importante por prevalencia, gravedad o repercusión	La enfermedad debe tener un efecto significativo sobre la calidad de vida, la incidencia de la enfermedad debe ser suficiente para justificar
Debe existir un tratamiento aceptado para la entidad	
Se dispone de instalaciones para el diagnóstico y tratamiento	
Debe existir un periodo latente o temprano reconocible	Debe existir un periodo latente o temprano reconocible en el que la detección y tratamiento reduzcan la morbilidad y mortalidad
Debe existir una prueba diagnóstica disponible	Debe existir una prueba diagnóstica disponible a un costo razonable
La prueba diagnóstica debe ser aceptable para la población	
La historia natural de la enfermedad debe ser bien conocida	Debe existir un periodo latente o temprano reconocible en el que la detección y tratamiento reduzcan la morbilidad y mortalidad
Existe una política acordada en el manejo de la enfermedad	
El costo de la detección y tratamiento precoz debe ser balanceado con el equivalente tardío	El costo de la detección y tratamiento precoz debe ser inferior con el equivalente tardío
La detección debe ser un proceso continuo	

Elaboración propia, 2024. A partir de Wilson y Jungner, 1968; Frame, y Carlson, 1975.

La detección de personas sanas como enfermas (falsos positivos) es la principal desventaja de los métodos de cribado, al exponer a personas sanas a pruebas complementarias que confirmen o descarten el diagnóstico (Ciapponi, 2000; Sociedad Española de Oncología Médica [SEOM], 2017).

El tratamiento oportuno y la limitación de la transmisión son aspectos cruciales que, una vez que la patología ha sido detectada. Por ejemplo, en el caso de la fenilcetonuria, se implementa un tratamiento sustitutivo mediante el uso de fenilalanina (Mariño y Zarzalejo, 2000). En situaciones en las que no se conoce un tratamiento específico, pero la enfermedad se propaga rápidamente, el diagnóstico precoz adquiere una importancia vital para detener su transmisión. Un ejemplo emblemático de esto lo encontramos en la epidemia de SARS-CoV-2, en la cual la identificación como persona de riesgo se basaba en haber tenido un contacto estrecho con un enfermo. En tales circunstancias, se procedía a realizar un hisopado y utilizar la técnica de la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) para detectar la presencia del virus (Ministerio de salud de la Nación, 2020). El objetivo principal es controlar la propagación de la enfermedad y proteger tanto a los individuos afectados como a la comunidad en general. Los programas de diagnóstico precoz han demostrado su eficacia para disminuir la mortalidad por carcinoma

colorrectal, cáncer de mama y cáncer de cérvix; así como una disminución en la incidencia de cáncer de cérvix y carcinoma colon rectal (Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) 2017). Se recomienda por ejemplo: Tamizaje para diabetes tipo 2 en adultos con hipertensión y dislipemia (Valdez et al., 2015). Tamizaje a personas de 50 o más años con sangre oculta en materia fecal anual, sigmoideoscopia flexible cada 5 años (Valdez et al., 2015; Ministerio de Salud de la Nación 2017; Gualdrini et al., 2015) Tamizaje con mamografía, con o sin examinación mamaria, cada 1-2 años para mujeres de 40 y más años y todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o tienen 18 años de edad, deben realizarse un papanicolau anual (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

### **Limitación del daño**

Si las acciones de prevención primaria no han sido implementadas o han sido insuficientemente desarrolladas, y el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno resulta inalcanzable, el individuo acude al profesional de la salud en la etapa clínica, cuando los síntomas hacen su aparición y la enfermedad se manifiesta (Acevedo et al., 2013). En este escenario, el paciente adquiere un rol activo, pues su malestar y los síntomas que experimenta le indican que algo no está en armonía en su organismo. El dolor, los cambios en la piel, la apatía o la disminución del apetito, náuseas, vómitos, picazón son algunos de los síntomas que el paciente puede manifestar. En este punto, se torna imperativo recurrir a la segunda barrera o nivel de prevención, donde se aplican las medidas de prevención secundaria, focalizadas en limitar el daño. Un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado se erigen como las mejores acciones preventivas en esta etapa del proceso, con el propósito de evitar secuelas, discapacidades o incluso la muerte. La efectividad de esta forma de prevención se encuentra intrínsecamente ligada a la calidad y distribución de los recursos físicos y humanos en los servicios de atención médica, así como a su organización y administración en los diferentes niveles de complejidad y los sistemas de referencia y contrareferencia (Acevedo et al., s/f).

### **Nivel de prevención terciaria**

En las sinuosidades de la existencia humana, encontramos circunstancias particulares donde las enfermedades, por su naturaleza intrínseca o por la insuficiencia de las medidas preventivas previas, logran pasar desapercibidas. Ya sea que la persona no acuda al sistema de salud, no sea detectada o no adhiera al

tratamiento, se encuentra en una situación en la cual la enfermedad progresa sin control, dejando a su paso un rastro de consecuencias y padecimientos. Es en este nivel, donde nos adentramos en el terreno de lo avanzado, lo irreversible y lo terminal. En el tercer período, donde las enfermedades han alcanzado un estadio avanzado o han dejado secuelas, se despliegan actividades como la rehabilitación y los cuidados paliativos.

### *Rehabilitación*

La rehabilitación, como un accionar intrincado de medidas físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas, busca la readaptación del incapacitado o del enfermo crónico, con la esperanza de recuperar las virtudes que aún perduran en su ser y reintegrarlo a sus quehaceres cotidianos, procurando su propia subsistencia (Vignolo et al., 2011; Casas, s/f) Es el conjunto de medidas físicas, mentales, sociales, vocacionales y económicas que tienen por objetivo hacer que un individuo deficitario, usando toda su capacidad restante, sea capaz por sí solo de reubicarse en la sociedad y proveer su propia subsistencia (Acevedo et al., 2013). Algunos ejemplos palpables de esta realidad: Un individuo aquejado por la diabetes, que ha sucumbido ante la retinopatía diabética, aquel otro cuya existencia ha sido golpeada por un accidente cerebrovascular, resultado de una hipertensión arterial no controlada. En estas circunstancias, la fragilidad humana se manifiesta en todo su esplendor, y es en la rehabilitación y los cuidados paliativos donde se busca mitigar el sufrimiento y ofrecer un alivio en el camino hacia la etapa final. En casos en que una enfermedad sea irreversible Terminal, la prevención terciaria se enfoca en proporcionar cuidados paliativos. Estos cuidados buscan aliviar los síntomas, controlar el dolor y mejorar la calidad de vida de las personas en la etapa final de la enfermedad (Picasso centro médico, 2023).

### *Cuidados paliativos*

Cuidados paliativos son el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser, buscando mejorar su calidad de vida (Pessini y Bertachini, 2006). Los cuidados paliativos son un derecho de la persona, reconocido internacionalmente, que ha de prestarse en 3 niveles de atención: primario (básico), secundario (consulta de equipos especializados) y terciario (atención a pacientes muy complejos que precisan hospitalización) (Herrera- Molina et al., 2006).

La prestación de cuidados paliativos se rige por los siguientes principios: proporciona alivio para los síntomas difíciles de controlar, como el dolor, la disnea, la fatiga, las náuseas, el vómito persistente, el malestar psicológico y espiritual, teniendo en cuenta las necesidades sociales. Afirma la vida y considera la muerte como parte natural del proceso. No busca acelerar ni retrasar la muerte. Integra los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de la persona. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte. Ayuda a las familias a adaptarse durante la enfermedad de la persona y en el duelo. Utiliza el trabajo en equipo para desarrollar capacidades en las personas y sus familias. Mejora la calidad de vida y puede influir positivamente en el curso de la enfermedad. Puede aplicarse tempranamente en el curso de la enfermedad, en conjunto con otros tratamientos que puedan prolongar la vida, lo que ayuda a mejorar la adherencia a los mismos (Santacruz-Escudero y Martínez-Gil, 2020). La OMS los define como el "cuidado total activo e integral, cuyo enfoque es el de mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que enfrentan los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales (OMS, 2014; Navarro-Hernández, 2017). Por ejemplo el caso de una persona aquejada por un cáncer terminal o esclerosis múltiple (Salud Play, s/f) Esto difiere de lo presentado por Leavell y Clark (1965) que no menciona a los cuidados paliativos (Tabla 2) y se agrega en el esquema del proceso salud-enfermedad-prevención (Tabla 4).

### **Nivel de prevención cuaternaria**

La medicalización de la vida y la persecución ilimitada de la prevención a cualquier costo generan la exposición de gran parte de la población a riesgos innecesarios (Kopitowski, 2013). En base a esto ha surgido la prevención cuaternaria que son las actividades sanitarias que se realizan para disminuir o evitar las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del propio sistema sanitario evitar la iatrogenia (Segovia, s/f; Camacho et al., 2012). El concepto de Prevención Cuaternaria tiene origen en 1986 de la mano de Marc Jamouille, quien combinó en un mismo esquema conceptual la línea del tiempo de la prevención con la dimensión relacional persona-médico: esto implica considerar la perspectiva de la persona cruzándose con la del médico respecto a un episodio de salud (Jamouille, 2015). En 1999 Wonca International Classification Committee (WIIC), acepta la definición propuesta por el

autor (Suarez-Cuba, 2013). La prevención cuaternaria se torna sumamente compleja cuando el paciente presenta síntomas y quejas, pero el médico no logra identificar la enfermedad subyacente. En tales situaciones, aplicar la prevención cuaternaria requiere un enfoque individualizado hacia el paciente, una comunicación efectiva, así como un equilibrio entre la búsqueda de procedimientos adecuados y la determinación de los necesarios, todo ello en consonancia con la medicina basada en la evidencia. Esta integración se vuelve imperativa en el proceso de guiar al paciente a través del sistema de salud moderno (Baricević et al., 2014). Esto difiere de lo presentado por Leavell y Clark (1965) que no menciona a los cuidados paliativos (Tabla 2) y se agrega en el esquema del proceso salud-enfermedad-prevención (Tabla 4).

### **Conclusiones**

El enigmático laberinto del proceso salud-enfermedad-prevención se despliega, revelando una naturaleza dinámica y fascinante. Finalmente se presenta una propuesta de reorganización/reestructuración del modelo original bajo el nombre de proceso salud-enfermedad-prevención que emerge como la fusión de los primeros paradigmas delineados por Leavell y Clark en aquel lejano año de 1965, conocidos como la historia natural de la enfermedad y las acciones preventivas. Este nuevo modelo se concibe como un proceso no lineal aplicable al análisis de fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, así como a la implementación de acciones desde el sistema de salud para mejorar la calidad de vida de la población. Cabe destacar que este modelo considera las particularidades de distintas enfermedades, individuos y contextos. El modelo propuesto se estructura en tres períodos: prepatogénico, patogénico y pospatogénico o resultado. El período patogénico se divide en dos etapas: enfermedad subclínica y enfermedad clínica. Por su parte, el período pospatogénico contempla cuatro posibles situaciones: cronicidad controlada, incapacidad y secuelas, cronicidad no controlada, así como enfermedad terminal o crónica degenerativa. En el primer nivel de prevención se engloban las actividades de promoción, que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida, así como las medidas de protección específica destinadas a prevenir una determinada enfermedad. En el segundo nivel, encontramos el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno, así como la limitación de la propagación de la enfermedad, dependiendo de cada caso específico. En el tercer nivel, se distinguen las actividades de rehabilitación de aquellas relacionadas con los cuidados paliativos. Mientras que la rehabilitación se enfoca en la readaptación del individuo y su reincorporación a las actividades habituales, los cuidados paliativos se centran

en el alivio de síntomas, el dolor y el sufrimiento del paciente. Esta estructura del modelo, representado en la Tabla 4, ofrece una visión sistemática y comprehensiva de las diferentes etapas y niveles de prevención, así como de las intervenciones necesarias en cada una de ellas. Mediante este enfoque, se busca abordar de manera integral los desafíos de la salud pública y promover el bienestar de la población en su conjunto. El proceso salud-enfermedad-prevención aborda la salud y la enfermedad desde una perspectiva integral, considerando la

interacción de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Se compone de tres componentes interrelacionados: Prevención: Son medidas dirigidas a evitar la ocurrencia de enfermedades, prevenir su progresión o minimizar sus efectos negativos. Se dividen en prevención primaria (evitar la enfermedad), secundaria (detección temprana) y terciaria (reducción de complicaciones).

Tabla 4. El proceso salud-enfermedad-prevención.

PERIODO	PRE PATOGENICO		PATOGENICO		RESULTADO	
Población objetivo	sana		enferma		Con secuelas, incapacidad, discapacidad, Enfermedad crónica no controlada con secuelas o enfermedades asociadas, enfermedad crónica degenerativa, enfermedad terminal	
	en período Subclínico: con signos		en período Clínico: con síntomas			
Nivel de prevención	PREVENCION PRIMARIA		PREVENCION SECUNDARIA		PREVENCION TERCARIA	
Objetivo	Reducir la incidencia de enfermedad		Reducir la prevalencia		Rehabilitar o aliviar	
Actividades	Promoción de la salud:  Dirigido a la mejorar la calidad de vida y el estado de salud en general	Protección específica:  Para prevenir una patología específica	Diagnóstico precoz y tratamiento temprano o limitación de la propagación:  Equipo de salud o estado activo para detectar una enfermedad asintomática en un grupo de riesgo y detener la propagación o aplicar un tratamiento oportuno	Limitación del daño  A demanda o por derivación cuando la persona sintomática acude al servicio de salud	Rehabilitación:  Para reinsertar el individuo en la sociedad	Cuidados paliativos:  Tratamiento del dolor

Elaboración propia, 2024.

## Referencias

- Acevedo, G., Martínez, D., y Utz, L. (2013). *Manual de Medicina Preventiva y Social*. <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
- Alarcón, J. (2009). Epidemiología: concepto, usos y perspectivas. *Revista Peruana de Epidemiología*, 13(1), 1-3. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203120866002.pdf>
- Alazri, M. H., Neal, R. D., Heywood, P., & Leese, B. (2006). Patients' experiences of continuity in the care of type 2 diabetes: a focus group study in primary care. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(528), 488-495.
- Almeida Filho, N. y Rouquayrol, M. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Editorial: Lugar
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G., Jerónimo, J., Salmerón, J, Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E., y Herrero, R. (2020). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*, 52(6), 544-559. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000600010&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000600010&lng=es&tlng=es).
- Álvarez Toste M., Gámez Sánchez, D. y Romero Placeres, M. (2021) Higiene y Epidemiología. Aspectos básicos. Editorial Ciencias Médicas.
- Alvarez, J.E, Buriticá, N., Herrera, J., Ortiz, D., Salazar, K. (2020). Uso de la historia natural de la enfermedad como herramienta en la gestión de la patología laboral en Colombia. *Científica Educación, Empresa y Sociedad*. <https://www.editorialeidec.com/wp-content/uploads/2020/08/uso-de-la-historia-natural-de-la-enfermedad-como-herramienta-en-la-gestion-de-la.pdf>
- Arouca, S. (2018). La historia natural de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4). Recuperado de <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1708/1194>
- Ayres, J.R., Paiva, V., Franca, Jr. I.F. (2012) Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM, (orgs.). *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção de saúde*. Curitiba: Juruá Editora. p. 71-94
- Baricević, I.Z., Botica, M.V., Renar, I.P. (2014). Quaternary prevention as a basis for rational approach to the patient in family practice. *Lijec Vjesn*, 136, 152-155.
- Breilh, J. (1989). Epidemiología, economía, medicina y política. Fontamara.
- Breilh J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1): S13- S27. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>
- Camarotti, A.C., Wald, G., Capriati, A., y Kornblit, A. L. (2018). Modelo integral comunitario para prevenir y abordar problemáticas de salud adolescente. *Salud colectiva*, 14(3), 545-562. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1768>
- Camacho, J.G., Gavilán Moral, E. y Jiménez de Gracia, L. (2012) Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Atención Familiar*, 8(6), 312-317.
- Cardona-Arias, J.A., Salas-Zapata, W.A., Carmona-Fonseca, J. (2020) Determinación y determinantes sociales de la malaria: revisión sistemática, 1980-2018. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43(e39). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.39>
- Casas (s/f). Los niveles de prevención y la rehabilitación del enfermo mental. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v4n7/art3.pdf>
- Chamorro, Serrano Blanch, y Román Ortiz (2017). Capítulo 3. En: Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) Manual SEOM de prevención y diagnóstico precoz del cáncer. <https://seom.org/manual-prevencion/files/assets/common/downloads/manual-prevencion.pdf>
- Chirivella González. I., Martínez Martínez, y Viala Monleón, A. (s/f) detección precoz del cáncer. Programas de cribado Médico Adjunto. Servicio de Oncología. <https://seom.org/manual-prevencion/files/assets/common/downloads/manual-prevencion.pdf>
- Ciapponi A. (2000). Controversias acerca del screening. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 20(2), 35-40. <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/publicac/20161111141957/nexo-rev-hosp-ital-b-aires-2000-20-2.pdf>.
- Clínica Universidad de Navarra. (2023). ¿Qué es un signo en Medicina? <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/signo>
- Comité de Crecimiento y Desarrollo (2017) Guía para el seguimiento del desarrollo infantil en la práctica pediátrica. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(Supl 3):s53-s62.
- Cortés Gabaudan, F. (Coord.). (2007). *Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Salamanca: Universidad de Salamanca. <http://dicciomed.eusal.es/>.
- Delgado, M., Llorca, J. (s/f). Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad. Determinantes de la salud. 1-6. [https://www.epdemexico.com/campusvirtual/app/courses/SPYE1P/document/1.3.1-Documentos-Modulo-1\\_52\\_0\\_DELETE\\_3403/03-concepto-de-salud-el-continuo-salud-nfermedad.pdf\\_52\\_0.pdf\\_DELETE\\_3408](https://www.epdemexico.com/campusvirtual/app/courses/SPYE1P/document/1.3.1-Documentos-Modulo-1_52_0_DELETE_3403/03-concepto-de-salud-el-continuo-salud-nfermedad.pdf_52_0.pdf_DELETE_3408)
- Fox, J., Hall, C. y Elveback, L. (1970). Epidemiología. El hombre y la enfermedad. Editorial: La prensa Médica Mexicana.
- Frame, P.S., Carlson. S.J. (1975). A critical review of periodic health screening using specific screening criteria. *The Journal of Family Practice Issues*, 2, 29-36
- García, J.C. (2010). Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (4): 371 - 380. [http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol\\_36\\_04\\_10/spu14410.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_04_10/spu14410.htm)
- Gil Cuesta, J., Vaqué Rafart, J. (2008). Aspectos básicos de la transmisibilidad. *Vacunas*, Jan, 9(1), 25-33. doi: 10.1016/S1576-9887(08)71918-6.
- Goddard, A., y Eposito, D. (2021). Clinical Prevention/Community and Population Health. Role Development for the Nurse Practitioner, 277.
- Gualdrini, U., Iummatto, L.E., Bidart, M.L. (2015) Guía para equipos de atención primaria de la salud: información para la prevención y detección temprana del cáncer colorrectal. Instituto Nacional del Cáncer;
- Herrera Molinaa, E., Rocafort Gilb, J., Cuervo Pinnac, M.A., y Redondo Moralodd, M.J. (2006) Primer nivel asistencial en cuidados paliativos: evolución del contenido de la cartera de servicios de atención primaria y criterios de derivación al nivel de soporte. *Atención Primaria* 38(Supl.2), 85-92, DOI:10.1157/13094780.
- Jamouille M. (2015) Prevención Cuaternaria; antes que nada no hacer daño. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35):1-3 <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1064>
- Kopitowski, K.S. (2013). Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires*, 33(3): 90-95. [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios\\_att\\_achs/8937.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_att_achs/8937.pdf)
- Laurell A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*. (19). [https://saludpublicasur.webnode.com/\\_files/200000045-79ad87aa4b/laurellsaludenfer.pdf](https://saludpublicasur.webnode.com/_files/200000045-79ad87aa4b/laurellsaludenfer.pdf)

- Leavell, H. y E. G. Clark. (1965) Preventive medicine for the doctor in his community (3er. Edición). McGraw-Hill
- Madrid. (2011). Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Kairos Revista de temas sociales*, 15, 2-8 .
- Mariño, M. E. y Zarzalejo, Z (2000). Tratamiento nutricional de un niño con fenilcetonuria de diagnóstico neo natal. Estudio de caso. *Anales Venezolanos de Nutrición*. 13, 1. <http://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2000/1/art-6/>
- Mejía, O. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1). <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a03.pdf>
- Menéndez E.L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia & Saúde Colectiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, 217-224.
- Ministerio de Salud de la Nación (2014). Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino.
- Ministerio de Salud de la Nación (2020). Consenso sobre el uso de pruebas diagnósticas para SARS-CoV-2. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-09/covid-19-consenso-sobre-uso-de-pruebas-diagnosticas-para-sars-cov-2.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). Pesquisa neonatal. <https://www.argentina.gob.ar/salud/glosario/pesquisaneonatal#:~:text=Se%20debe%20realizar%20a%20todos,Fenilcetonuria>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2015) El cáncer en 8 palabras. Guía abreviada para Atención Primaria de la Salud. Instituto Nacional del Cáncer;
- Ministerio de Salud de la Nación. (2017) Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Buenos Aires. <https://www.mendoza.gov.ar/salud/biblioteca/manuales/manual-de-bioseguridad-para-establecimientos-de-salud-capitulo-20-inmunizaciones-en-el-personal-de-salud/>
- Ministerio de salud República de Colombia. (1998) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Acuerto-117-de-1998.pdf>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2013). Manual de Bioseguridad para Establecimientos de Salud – Capítulo 20 Inmunizaciones En El Personal De Salud
- Navarro-Hernández, M. (2017). Cuidados Paliativos en el Primer Nivel de Atención. *Atención Familiar*, 24(3), 95-96.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Reduciendo las Inequidades de Salud a través de Acción en los Determinantes Sociales de la Salud. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA62-REC1/WHA62\\_REC1-sp-P2.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA62-REC1/WHA62_REC1-sp-P2.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2010). A Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health. [http://www.who.int/social\\_determinants/corner/SDHP2.pdf](http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHP2.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Declaración de Astaná sobre Atención Primaria de Salud: De Alma-Ata a la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Versión preliminar. Buenos Aires, Argentina: PAHO;. <https://bit.ly/2ulgSY5>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la salud. Glosario. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=F34B7509B51F21B803DA42F4C2D38B91?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=F34B7509B51F21B803DA42F4C2D38B91?sequence=)
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.
- Organización Panamericana de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270&lang=en)
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington D.C.: OPS, © 2002, 36 p. Pessini, L, y Bertachini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200012>
- Organización Panamericana de la Salud. (1971). Educación para la salud. 5 (2) <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3252/Educacion%20medica%20y%20salud%20%285%29%2C%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (1986). Carta de Ottawa. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades, Unidad 2: Salud y enfermedad en la Población. Washington, D.C: OPS.
- Pagnamento, L., Weingast, D., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C., Specogna, M. (2016) Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una propuesta conceptual para su análisis [en línea]. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5, 6 y 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8183/ev.8183.pdf)
- Picasso centro médico. (2023) [https://www.picassocentromedico.com/blog/2023/07/10/tipos-prevencion-salud/#Cuidados\\_paliativos](https://www.picassocentromedico.com/blog/2023/07/10/tipos-prevencion-salud/#Cuidados_paliativos)
- Plan nacional argentina saludable (2013). Acciones municipales de promoción de la alimentación saludable, la actividad física y la lucha contra el tabaco. <https://www.santafe.gov.ar/archivos/salud/AccionesMunicipales.pdf>
- Programa Provincial de Actualización de la Formación en Medicina General Página 11 <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000485/0000874.pdf>
- Quintero Fleites, E. J., Fe de la Mella Quintero, S. y Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111. Recuperado en 24 de marzo de 2024, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000200003&lng=es&tlng=es).
- Rodríguez Domínguez. (2024). En Martín, Abreu, L. y Martín Armendarez, L. Fundamentos del diagnóstico <http://fundamentosdeldiagnostico.com/>
- Rosales Ortega, C. (s/f) Historia Natural de Enfermedad, Niveles de Prevención y Cadena Epidemiológica. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/811046/0007734\\_Tema\\_2\\_Subtema\\_1\\_Historia\\_Natural\\_de\\_Enfermedad\\_-\\_Jos\\_Carlos\\_Rosales\\_Ortega.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/811046/0007734_Tema_2_Subtema_1_Historia_Natural_de_Enfermedad_-_Jos_Carlos_Rosales_Ortega.pdf)
- Saludplay (s/f). Página oficial. [https://www.picassocentromedico.com/blog/2023/07/10/tipos-prevencion-salud/#Cuidados\\_paliativos](https://www.picassocentromedico.com/blog/2023/07/10/tipos-prevencion-salud/#Cuidados_paliativos)
- Sánchez-Pérez, M. P. et al. (2018). El modelo de Leavell y Clark como marco descriptivo dentro de las investigaciones sobre el virus de la hepatitis b en niños con infección por VIH/sida del grupo de

investigación gastrohnap de la universidad del valle de cali, colombia  
*Revista Gastrohnap*, 15 (3): S6-S9.

Santacruz, J. G., y Martínez Gil, L. F. (2020). Cuidados paliativos: conceptos básicos. *Revista De Nutrición Clínica Y Metabolismo*, 4(2).  
<https://doi.org/10.35454/mcm.v4n2.212>

Schürmann, J., y Trachsel, M. (2023). Ethical issues of primary and secondary dementia prevention: A narrative literature review. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1024/1662-9647/a000321>

Segovia I (s/f). Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención.  
[https://www.uncursos.cl/medicina/2021/1/ME01011208003/3/material\\_docente/bajar?id=3844098&bajar=1](https://www.uncursos.cl/medicina/2021/1/ME01011208003/3/material_docente/bajar?id=3844098&bajar=1)

Servicio Geológico Minero. (2020). Protocolo de medidas de seguridad para el SARS-COV-2 (COVID-19).  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo\\_segemar\\_aprobado-hisopados\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/protocolo_segemar_aprobado-hisopados_0.pdf)

Servicio nacional de rehabilitación. (2015). Normativa para la certificación de personas con discapacidad con deficiencia física de origen motor (neurológico,traumatológico y reumatológico)  
[https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/norma\\_para\\_la\\_evaluacion\\_de\\_personas\\_con\\_discapacidad\\_con\\_deficiencia\\_fisica\\_de\\_origen\\_motor\\_1.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/norma_para_la_evaluacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_fisica_de_origen_motor_1.pdf)

Sociedad Española de Oncología Médica. (2017) Manual SEOM de prevención y diagnóstico precoz del cáncer. <https://seom.org/manual-prevencion//files/assets/common/downloads/manual-prevencion.pdf>

Suarez Cuba, M.A. (2013)Prevención cuaternaria en medicina familiar/general. *Revista Médica La Paz*, 19, 67-72.

Trampuz, A., Jereb, M., Muzlovic, I., Prabhu, R. (2003). "Clinical review: Severe malaria". *Critical Care*, 7(4): 315–23.

Valdez, P., Castagna, R., Pose, A., Gaydou, A., Crespo, J., y Babbino, V. (2015). Prácticas preventivas en salud: análisis en nuestro medio y predictores de cumplimiento. Estudio multicéntrico. *Revista argentina de medicina*, 3(6), 32-42.  
<http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/41>

Valenzuela, T. (2006). Herramientas de Comunicación para el desarrollo de entornos saludables. OPS/OMS.

Paiva, V, Ayres JR Capriati A, Amuchástegui A Pecheny M (2018) Prevención, promoción y cuidado. 10.55778/ts874276476

Vicente-Herrero, M.T., Terradillos García, M.J., Aguado Benedí, M.J., Capdevila García, L., Ramírez Iñiguez de la Torre, M.V., Aguilar Jiménez, E. (2016). Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. <http://www.aeemt.com/>

Vignolo, J, Vacarezza, M, Álvarez, C, y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.  
[http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).

Villar Aguirre, M (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4), 237-241.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es).

Wilson, J.M.G. y Jungner G. (1968). Principles and Practice of Screening for Disease. *World Health Organization Public Health Papers*, (34), [whqlibdoc.who.int/php/WHO\\_PHP\\_34.pdf](http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf)

Woo, B. (2006) Primary Care — The Best Job in Medicine? *The New England Journal of Medicine*, 355, 864-866. <https://goo.gl/5B4CWm>

Yang, W., Huang, J. (2017) Chronic Subdural Hematoma: Epidemiology and Natural History. *Neurosurgery Clinics of North America*, 28, 205-210. <https://goo.gl/ojUyRM>