

# Medicul de familie și prevenția



FOTO: SHUTTERSTOCK

## Dr. Marius Mărginean

medic specialist  
de Sănătate Publică  
și Management Sanitar,  
medic primar  
de Medicina Familiei;  
Centrul Național de Studii  
pentru Medicina Familiei

Am auzit cu toții, adesea, ca prevenția este mai ieftină decât tratarea bolilor. Se pare că este un mit, prea frumos ca să fie adevărat! Experiențele de 2-3 decenii de aplicare a unor programe serioase de prevenție au dovedit deja acest lucru. Totuși, părerea unanim acceptată este că trebuie să facem cât putem de mult pentru a preveni bolile și consecințele lor. Ministerul Sănătății a declarat prevenția ca fiind o preocupare importantă a sa și a inclus chiar în Contractul-cadru de anul acesta obligația ca medicii de familie să facă prevenție. Chiar dacă metodologia nu este suficient de clară! Vom încerca să trecem în revistă câteva dintre aspectele mai importante legate de prevenție.

### Ce este prevenția

Inițial prin prevenție se înțelegea luarea tuturor măsurilor necesare pentru a evita apariția unor stări patologice. Într-un sens mai larg, măsurile includ și terapiile preventive care pot limita progresia bolilor. Prin anii '80, a început să se facă distincție între cele 3 tipuri de prevenții: prevenția primară - care are ca scop promovarea sănătății

și evitarea riscurilor pentru sănătate, înainte de apariția bolii; prevenția secundară - care se face pentru a depista bolile în faza incipientă, asimptomatică; și prevenția terțiară - care are ca scop oprirea sau întârzierea evoluției bolii spre complicații.

Mai nou, a fost dezvoltat un nou concept, cel de prevenție cuaternară, concept inițiat de un medic de fa-

milie din Belgia, dr. Marc Jamouille. WONCA (Organizația Mondială a Medicilor de Familie) definește prevenția cuaternară ca fiind acțiunea de identificare a pacienților cu risc de supramedicalizare și de a-i proteja de noile metode invazive, sugerându-i care intervenții sunt acceptabile din punct de vedere etic.

Prevenția a fost inițial un concept legat de sănătatea publică, referindu-se la programe destinate populației, coordonate de o autoritate sanitară de pe teritoriul unei țări. Pentru a înțelege constrângerile prevenției, trebuie să înțelegem principiile etice ale sănătății publice, care reflectă orientarea acțiunilor spre menținerea și promovarea sănătății populației - în ciuda „rezistenței” clinicienilor care susțin că până la urmă populațiile sunt formate din indivizi:

1. Maximizarea sănătății
2. Respectul pentru demnitatea omului
3. Dreptate socială
4. Eficiența
5. Proportionalitatea

Deci, un program de prevenție are ca scop general maximizarea sănătății la nivelul populației. Evident că maximizarea poate, teoretic, să conducă la costuri foarte mari dacă nu ar interveni principiile de respectare a demnității omului, a dreptății sociale și eficienței. Pe de o parte, acțiunile preventive ar putea produce neplăceri la nivelul individului, dacă prin absurd s-ar exagera cu investigațiile, unele ar putea fi invazive sau ar putea fi efectuate împotriva voinței pacientului; sau ar induce diverse stigmatizări, inechități (principiul dreptății sociale) în rândul populației. De asemenea, un program preventiv ar trebui să fie însoțit de o analiză cost-eficacitate serioasă. Al cincilea principiu, cel al proporționalității, încearcă să pună în balanță beneficiul social adus, față de eventualele încălcări ale drepturilor individuale, dacă este cazul.

Cu timpul, noțiunea de prevenție a fost preluată și de clinicieni, sub numele de **prevenție clinică**. Prin prevenția clinică, medicul clinician încearcă să depisteze comportamentele greșite, să prevină apariția unor boli sau complicații. În relația medic-pacient, medicul trebuie să ofere cea mai bună soluție medicală pentru acel pacient. Dacă discutăm de prevenție, în activitatea curentă, medicul împreună cu pacientul decid care sunt măsurile pe care le pot avea în vedere, ținând cont de starea pacientului, de posibilitățile financiare și de motivație, de exemplu, dacă dorește să-și schimbe comportamentele la risc. În cazul în care nu există programe de prevenție finanțate de asigurator sau de stat, costurile ar trebui suportate de pacient. Unele gesturi uzuale de prevenție clinică sunt efectuate în mod curent de către medicul de familie. Altele, care implică un consum mai mare de timp sau costuri pentru investigații, nu sunt efectuate în mod sistematic, niciunde în lume.

### Serviciile preventive

U.S. Task Force for Preventive Services definește serviciile preventive ca fiind reprezentate de screeningurile pentru boli, imunizările și consilierea. De asemenea, ei întocmesc periodic un ghid de servicii preventive recomandate pentru toate grupele de vârstă.

În Canada, serviciile preventive sunt definite astfel: „manevrele legate de prevenția primară și secundară precoce (de exemplu imunizare, screening, consiliere și medicație preventivă) oferite persoanelor în funcție de vârstă, sex și factori de risc pentru boli, și oferite pe baza cererii și ofertei, cu două condiții:

- a. furnizorul să fie membru al unei echipe de îngrijire, sau parte a unui sistem care are sarcina de a furniza, de exemplu, un serviciu de screening; și
- b. clientul să aparțină unui grup mic (de exemplu, o familie, un grup de fumatori) de comun acord să beneficieze de acest serviciu.”

Tipurile de prevenție			Din perspectiva medicului	
			Boala	
			absentă	prezentă
Din perspectiva pacientului	Suferință	absentă	<b>Prevenție primară</b> (suferință absentă, boala absentă)	<b>Prevenție secundară</b> (suferință absentă, boala prezentă)
		prezentă	<b>Prevenție cuaternară</b> (suferință prezentă, boala absentă)	<b>Prevenție terțiară</b> (suferință prezentă, boala prezentă)

Figura 1. Tipurile de prevenții

Reținem că serviciul nu este obligatoriu nici pentru medic, nici pentru pacienți. Deși Canadian Task Force for Preventive Services a dezvoltat și actualizează periodic unul dintre cele mai bune ghiduri de prevenție, efectuarea acestor servicii nu este obligatorie și nu este efectuată în mod sistematic în asistența medicală primară.

Schema de prevenție Lifetime identifică serviciile preventive eficiente din punct de vedere clinic care ar putea fi oferite pacienților, pe toată durata vieții, într-un mod planificat și sistematic, în cadrul sistemului de sănătate, inclusiv în asistența medicală primară. Serviciile sunt oferite tuturor celor care au nevoie de ele, în special persoanelor la risc și/sau celor care aparțin unor grupe defavorizate. Toți pacienții din British Columbia au câte un furnizor de asistență medicală primară și/sau o echipă care le poate oferi sau facilita accesul la serviciile preventive. Pacienții sunt invitați să participe activ la propria îngrijire și au un cuvânt de spus în proiectarea și evaluarea sistemului.

Furnizarea de servicii preventive clinice este susținută de o infrastructură robustă, inclusiv sisteme informatice, formare și suport pentru furnizori, educație și informare a publicului și sisteme de rechemare a pacientului (recalls) și atenționare a furnizorului de sănătate (alerte), planuri de sănătate care pot fi consultate prin internet și, evident, finanțare adecvată.

Există o monitorizare și supraveghere activă, integrată, cu un program de cercetare complex în ceea ce privește serviciile preventive.

Ca rezultat, British Columbia are unul dintre cele mai bune servicii de prevenție din lume.

## Factorii de risc

În ultimele 2-3 decenii, atenția clinicienilor s-a concentrat din ce în ce mai mult către identificarea factorilor de risc incriminați în apariția unor boli cronice. De aici încolo lucrurile au început să devină din ce în ce mai complicate, mai ales după ce unii factori de risc, precum valorile ridicate ale tensiunii arteriale, au fost considerate și "boală". Adică unele "boli" pot fi factori de risc pentru alte boli.

Includerea conceptului de prevenție în activitatea clinică de rutină are anumite implicații legate de costuri și chiar de unele efecte adverse posibile (în cazul medicației administrate în scop preventiv). Să nu uităm că prevenția ar trebui să îmbunătățească starea de sănătate la nivelul populației, conform sănătății publice. În lumina modificărilor actuale, ce diferențiază prevenția de managementul modern al bolilor?

Insistând pe ideea de factori de risc la nivel individual, există o presiune enormă de a găsi soluții pentru combaterea fiecărui factor de risc posibil. Astfel, am văzut cum ghidurile se modifică de la an la an, valorile țintelor scad, astfel încât tot mai mulți pacienți intră în grupul celor cu risc crescut care necesită monitorizare mai frecventă sau medicație preventivă. Implicațiile la nivelul costurilor sunt evidente - mai multe investigații, mai multe tratamente preventive, mai multe consultații.

## Este prevenția mai ieftină?

Prevenția primară, precum vaccinarea, putem afirma că previne complet boala. Prevenția secundară care se adresează unei boli sau unui factor de risc detectează boala într-un stadiu incipient, când poate fi tratată mai eficient. Există

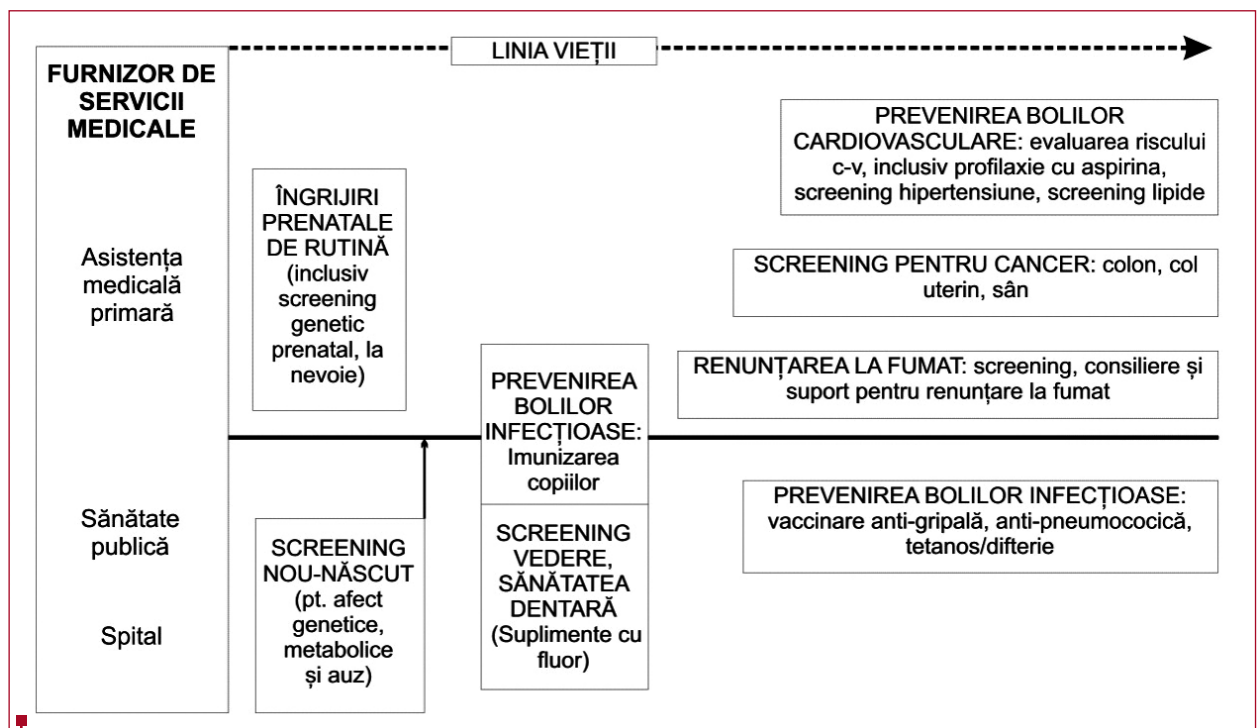


Figura 2. Schema de prevenție Lifetime



exemple bune în acest sens, precum tratarea tensiunii arteriale și scăderea colesterolului cu ajutorul statinelor, sau efectuarea testelor Papanicolau pentru cancerul de col uterin. Prevenția terțiară se adresează celor care au o boală și se urmărește prevenirea agravărilor sau a complicațiilor. Un exemplu este tratarea diabetului prin controlul tensiunii arteriale și a glicemiei, efectuarea controalelor oftalmologice și examenul piciorului pentru a preveni orbirea sau amputația.

Logic, pare mai ieftin să previi boala, decât să o tratezi! De obicei, însă, se are în vedere doar costul pe persoană, și nu costurile pe care le implică intervențiile preventive la nivelul populației. Pentru a obține beneficii în urma prevenției, trebuie să oferim serviciile preventive mai multor indivizi, de obicei pe perioade mari de timp, ceea ce duce la multiplicarea costurilor. Costul serviciului preventiv oferit unei persoane poate părea mic, dar costurile pentru toți se cumulează. Iar rezultatele nu sunt matematice! Unii, în ciuda măsurilor preventive, totuși vor dezvolta boala. Pentru alții însă, măsurile preventive vor da rezultate bune.

Cele mai mari probleme sunt legate de tratamentele preventive, ale căror costuri pot fi foarte mari, greu de susținut de sistemele de asigurare. De exemplu tratamentul cu statine este recomandat de ghidurile medicale și este utilizat de milioane de pacienți, ceea ce a dus la o creștere importantă a costurilor. Este justificat științific, dar este o decizie de sănătate publică, dacă pot fi suportate aceste costuri și dacă efectele intervenției sunt atât de importante, încât să justifice această măsură preventivă și nu alta.

Din punct de vedere profesional, medical, medicul trebuie să recomande pacientului să ia statine. Este perfect justificat științific, în lumina cunoștințelor actuale, să fie recomandate tuturor celor care au indicație medicală. Cine plătește/decontează medicamentele este o altă discuție. Decontarea de către asigurator trebuie să fie acceptată în urma unei analize serioase a priorităților din sistem și eventual chiar legat de cost-eficacitatea acestei măsuri preventive.

Pentru a determina dacă o intervenție preventivă reduce costurile medicale, costurile intervenției trebuie comparate cu costurile medicale care ar exista dacă nu s-ar aplica intervenția preventivă. Din păcate, acest lucru se face uneori în mod greșit, adăugându-se costuri care nu sunt legate direct de sistemul medical (de exemplu, la vaccinări, costuri legate de cheltuielile de timp ale părinților, absentism, costuri legate de dezvoltarea ulterioară a copilului afectat de o boală etc.). De ce este important acest amănunt? Deoarece, dacă discutăm de costurile sistemului de sănătate legat de o intervenție, rezultatele care ne interesează sunt reprezentate de scăderea costurilor de îngrijire, nu ale societății în general. Dacă luăm în calcul costurile pentru societate, atunci devine și mai evidentă obligația societății de a suporta aceste costuri!

**Imunizarea** copiilor reprezintă una dintre cele mai eficiente intervenții preventive. Putem considera că fiecare vaccinare salvează costurile pentru tratamentul unui copil. Dar și în acest caz putem lua în discuție costurile intervenției. Condiția ca această intervenție să producă o scădere a costurilor medicale este ca prețul vaccinului să fie rezonabil, altfel cost-eficacitatea scade. Există studii care arată că de fapt unele vaccinări nu reduc cheltuielile, dar nici nu le cresc. De exemplu la vaccinarea pentru varicelă

în SUA, în 1994, fiecare dolar investit a salvat 5 \$ la nivelul societății, dar numai 0,9 \$ fiind costuri medicale (adică 0,1 \$ pierderi). O analiză din 1998 privind vaccinarea pentru rotavirus demonstrează că la un preț al vaccinului mai mic de 9 \$, intervenția ar reduce costurile. Dar doza costând 55 \$ nu putea produce o scădere a costurilor medicale. Concluzia studiului a fost că finanțarea acestei intervenții poate fi considerată doar o investiție pentru sănătate, dar nu pentru a reduce costurile medicale.

Administrarea **medicației preventive** este un subiect controversat în ceea ce privește reducerea costurilor. Factorii de risc nu sunt boli, dar unii dintre ei sunt asociați cu un risc crescut de apariție a unor boli. Astfel, în ultimele decenii au apărut diverse tratamente medicamentoase pentru scăderea factorilor de risc. Ele sunt testate în trialuri clinice, apoi, dacă efectul benefic este demonstrat, sunt incluse în ghidurile medicale. După care, practice, pacientul ia acea medicație toată viața. Exemplul clasic este cel legat de factorii de risc cardiovascular – tensiunea arterială crescută și nivelul colesterolului. Intervenția preventivă, în acest caz, nu reprezintă doar simpla administrare a medicației preventive. Costurile implică de fapt screeningul pentru depistarea persoanelor cu risc (făcut anual sau la câțiva ani), efectuarea unor investigații de laborator - pentru stabilirea diagnosticului, după care urmează administrarea medicației, consultații de control pentru verificarea complianței la tratament, evoluție etc. Iar tratamentul trebuie luat de fiecare persoană depistată, toată viața. Beneficiul este că un mic procent din aceste persoane sunt salvate de la un eveniment coronarian major. În aceste condiții, intervenția nu prea are șanse să salveze costuri în sistemul medical! Problema intervine atunci când dorim să decidem care costuri le plătește asiguratorul și care nu. Administrarea intervenției tuturor persoanelor care au factorul de risc prezent poate avea o cost-eficacitate scăzută. Studiile arată că administrarea unor subgrupe populaționale care au un risc mai mare (vârsta mai mare, fumător, valori tensionale mari), cost-eficacitatea este mai mare (se salvează mai multe vieți la un cost comparabil cu grupul de persoane cu risc mai mic).

Unul dintre medicamentele administrate în scop preventiv, cu cost-eficacitate mare, este aspirina „mică” administrată zilnic (pentru prevenirea infarctului și AVC). Dar, în afară de efectele adverse inerente, cost-eficacitatea este mai importantă la bărbați, mai ales peste 45 de ani, fumători și hipertensivi și mai puțin importantă la femei, mai ales sub 55 de ani, la care previne AVC-ul, dar nu și infarctul! Și dacă adăugăm efectele secundare, poate chiar crește costurile medicale.

**Examele de screening** sunt și ele intervenții preventive valoroase pentru depistarea bolilor, unele chiar în fază incipientă, permițând instituirea unui tratament în timp util. Metodele de screening trebuie să fie sensibile și specifice, pentru evitarea rezultatelor fals-pozitive sau fals-negative, ușor de acceptat de pacienți și suficient de ieftine. Este însă obligatoriu ca aceste programe să ofere și soluții terapeutice adecvate pentru cazurile descoperite. Este lipsit de etică să organizezi un screening la sfârșitul căruia bolnavii nou depistați să nu poată primi îngriji-

FOTO: SHUTTERSTOCK



rile corespunzătoare. Costurile medicale ale sistemului de îngrijiri vor crește în perioada următoare efectuării screeningului, chiar dacă peste ani va salva niște costuri. Sistemul trebuie să fie pregătit să suporte această creștere a costurilor imediate. De asemenea, trebuie avute în vedere și costurile derulării programului, care nu sunt reprezentate doar de costul testului utilizat, ci de toate activitățile aferente programului - publicitate, educația publicului și a personalului medical, consultații, teste suplimentare în cazul rezultatelor pozitive etc. În unele situații, acest screening trebuie repetat anual sau la câțiva ani. Screeningul pentru cancerul de sân prin mamografie, screeningul pentru boala renală cronică prin măsurarea proteinuriei, screeningul pentru depistarea diabetului, pentru depistarea anevrismului de aortă abdominală, toate cresc costurile medicale. Justificarea adoptării unor asemenea intervenții de screening trebuie să aibă în vedere creșterea imediată a costurilor. Motivul principal pentru care se finanțează un program de screening poate să nu urmărească în mod direct scăderea costurilor medicale, ci gravitatea bolii respective, care poate duce rapid la deces.

**Stilul de viață sănătos** este una dintre temele favorite în ultimii ani în domeniul prevenției. De ce trebuie să ne îmbolnăvim cu bună știință și să creștem costurile sistemului de sănătate din cauza unor plăceri de moment - fumat, alcoolism, sedentarism, alimentație nesănătoasă etc.? Ce este mai simplu decât să renunțăm la fumat, la

consumul excesiv de alcool, la alimentele nesănătoase? Aparent nu ar costa nimic! În realitate, nici intervențiile preventive legate de schimbarea comportamentelor nesănătoase nu sunt gratuite și nici ușor de implementat. Iar rezultatele sunt destul de modeste la nivel populațional. Pentru personalul medical înseamnă costuri legate de identificarea persoanelor cu comportamente nesănătoase, consilierea - care e mare consumatoare de timp, furnizarea de materiale educaționale sau substituenți etc. Și după toate acestea, rezultatul depinde de motivația sau stare psihoemoțională a persoanei consiliate. Evident, nu trebuie să renunțăm la aceste intervenții, dar trebuie să le discutăm în cunoștință de cauză. Sigur că medicul de familie le poate face, dacă are timp, motivație, abilități.

De multe ori este necesar ca pe lângă serviciile medicale să existe servicii specializate de suport și consiliere pe diverse teme - renunțarea la fumat, alcoolism etc. Aceste servicii pot suplini cu succes lipsa de timp din parte medicilor. Evident, și aceste servicii trebuie finanțate de undeva!

### Obstacole în implementarea programelor de prevenție

Prevenție în general pentru toate bolile, pentru toți factorii de risc posibili, la toată populația, nu se poate face, decât în teorie. Ar implica atât resurse umane, cât și materiale peste puterile unui sistem de sănătate ca al nostru. Totuși, s-ar putea stabili un program de priorități,

bine alese și susținute financiar, astfel încât pe o perioadă medie să se acopere cât mai multe dintre problemele de sănătate publică. Un prim pas ar putea fi considerat Programul Național de Evaluare a Stării de Sănătate, efectuat în urmă cu câțiva ani. Rezultatele lui, așa cum au fost ele, ar fi putut să constituie baza proiectării unor alte programe naționale.

Pe plan mondial, studiile și rapoartele arată că există probleme mari în implementarea programelor de prevenție. Cele mai comune bariere identificate sunt reprezentate de lipsa de timp în cadrul consultațiilor, de tipul neadecvat de asigurare sau de nerambursarea serviciilor preventive, de refuzul pacientului de a discuta problemele legate de comportamentele la risc. De asemenea, nerespectarea recomandărilor făcute de medic și de lipsa de expertiză a personalului medical în ceea ce privește tehnicile de consiliere.

Pentru furnizorii de servicii, pentru medici, este foarte importantă cunoașterea timpului necesar pentru efectuarea serviciilor incluse în programul de prevenție. Pentru a calcula timpul total necesar pentru a furniza servicii preventive de către medic trebuie analizate 4 elemente:

a. lista serviciilor recomandate

b. frecvența de efectuare a fiecărui serviciu - există servicii care se repetă anual, sau la 3-5-7 ani, dacă avem în vedere doar depistarea. Evident, în cazul depistării unor factori de risc sau a unor boli, urmează alte consultații, în funcție de situație.

c. numărul de persoane care necesită fiecare serviciu - în funcție de mărimea și structura listei de pacienți a cabinetului, numărul pacienților la risc poate fi mai mare sau mai mic.

d. timpul necesar pentru a administra fiecare serviciu - se referă la timpul alocat consultației, inclusiv efectuarea unor manevre sau proceduri, analize, investigații, trimiteri, completarea de fișe etc.

Dacă facem produsul, obținem o cifră care s-ar putea să depășească timpul de lucru al medicului! Care mai are de rezolvat între timp și celelalte servicii pe care le oferă un cabinet medical. În această situație, medicul nu va putea efectua aceste servicii în mod sistematic, indiferent dacă este plătit sau nu.

În ceea ce privește medicii de familie, un studiu interesant efectuat în Canada și câteva țări din Europa a încercat să identifice barierele în ceea ce privește integrarea recomandărilor preventive în activitatea cabinetelor de medicina familiei. Lipsa de motivație din partea pacienților

și lipsa de continuitate a asistenței medicale (în situația în care pacienții nu erau înscriși la un medic de familie) par a fi principalele obstacole în ochii medicilor de familie, urmate de lipsa de stimulente financiare și suport la resurse pentru prevenție, supraîncărcarea activității cabinetului și inconsistența recomandărilor din ghiduri. Alte câteva obstacole au fost observate de către autorii studiului: strategii de intervenție limitate din partea medicilor pentru a sprijini modificarea comportamentului pacienților, nerecunoașterea importanței organizării cabinetului medical (adaptarea pentru oferirea de servicii preventive) și incapacitatea de a recunoaște obstacolele datorate propriilor convingeri (comportamentele la risc ale medicilor).

## Concluzii

Este evident că acțiunile preventive implică o logistică și intervenții multifacetate. Este nevoie de materiale informative pentru pacienți, de informații chiar pe internet, de organizații în comunitate sau ONG-uri care să ofere servicii de suport pentru diverse acțiuni. Medicul de familie poate, în multe situații, să depășească persoanele la risc, dar este aproape imposibil ca el să se implice în activități de intervenție pentru schimbarea comportamentelor. La rândul lor, aceste organizații de suport trebuie și ele sprijinite și finanțate de stat sau de comunitate.

Interesul Ministerului Sănătății pentru prevenție este laudabil. Includerea prevenției în CoCa 2014 însă nu înseamnă prea mult, poate doar o recunoaștere că și serviciile preventive trebuie plătite. În continuare ar trebui definitivă metodologia de efectuare a consultațiilor preventive de evaluare a riscului individual la adultul asimptomatic (definit în CoCa), a materialelor de suport pentru aceste activități, a unui ghid de prevenție adaptat realităților din România, agreat de medicii de familie, a instrumentelor care să vină în sprijinul medicilor. Nu în ultimul rând, este nevoie de adaptarea (putem spune evoluția) programelor informatice de cabinet, care ar trebui să fie un ajutor al medicilor în activitatea curentă. De asemenea, implicarea întregii echipe a cabinetului, inclusiv al asistentei, în activități preventive.

Oricum, rolul medicilor de familie s-a schimbat în ultimele decenii de la poziția reactivă în fața bolilor acute și cronice în cea proactivă față de sănătatea optimă a comunității de pacienți pe care o îngrijește.

Mai sunt încă multe de făcut până vom putea spune că prevenția este mai ieftină decât tratarea bolilor! ■

## Bibliografie

1. A Lifetime of Prevention. The Report of the Clinical Prevention Policy Review Committee, December 2009.
2. Gelly J, Mentre F, Nougairède M, Duval X. Preventive services recommendations for adults in primary care settings: agreement between Canada, France and the USA - a systematic review. *Preventive Medicine*, 2013 Jul;57(1):3-11.
3. Gervas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure? *Lancet* 2008;372:1997-99.
4. Hudon E, Beaulieu M-D, Roberge D. Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care: Obstacles perceived by a group of family physicians. *Family Practice* 2004; 21: 11-17.
5. Pandhi N, DeVoe JE, Schumacher JR, Bartels C, Thorpe CT, Thorpe JM, Smith MA. Preventive Service Gains from First Contact Access in the Primary Care Home. *J Am Board Fam Med* 2011;24:351-359.
6. Russell LB. Prevention's potential for slowing the growth of medical spending. National Coalition on Health Care, October 2007.
7. Samut M R. Family doctors and health promotion: Do we practise what we preach? *Malta Medical Journal* Volume 18 Issue 01 March 2006.
8. Schröder-Bäck P. & col. Ethical evaluation of compulsory measles immunisation as a benchmark for good health management in the European Union. *Cent Eur J Public Health* 2009; 17 (4): 183-186.
9. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *JEpidemiol Community Health* 2008;62:580-83.
10. Yarnall KSH, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *American Journal of Public Health*. 2003;93:635-641.