Prevención cuaternaria, presente y futuro

A la memoria de Mario G. Acuña

La Prevención Cuaternaria (P4) es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario, que se originan, sobre todo, en la medicalización y mercantilización promovida por intereses que se contraponen con los de los pacientes (1). Entonces estamos enfrentando no sólo al sistema sanitario, sino también al sistema económico y social. Buscamos una medicina científica, humana y ética, accesible a los que la necesitan y basada en la equidad. Por lo tanto nuestras acciones son necesariamente políticas y su contenido democrático.

Nuestra crítica al modelo biomédico o hegemónico descrito por Menéndez requiere la construcción de alternativas (2). Una de ellas es el modelo biopsicosocial (Mc.Whinney) cuya práctica demanda actualizaciones periódica tales como el Modelo Clínico Centrado en las Personas (3).

En ese sentido, nosotros, desde la P4, junto con los planteos propios de los mencionados, postulamos un modelo caracterizado por ser:

- Inclusivo
- No reduccionista, integral e integrado
- Tolerar la incertidumbre
- Implicar las dimensiones humana, social y política
- Evitar y denunciar la naturalización de: el hambre, la exclusión, la manipulación, la desigualdad, la violencia, el racismo, la explotación, que dañan la salud más que las “enfermedades”.

Trabajar desde la P4 es un modo de proceder dentro de la relación médico paciente. De manera más general, es un proceso de cuidado dentro del sistema de atención sanitaria atendiendo las necesidades y tiempos de los pacientes, especialmente las que divergen con las nuestras. Incluye al subsistema consultante (paciente y su entorno) el subsistema asistencial el contexto donde esta relación ocurre. La aplicación mecánica de las recomendaciones tomadas de las publicaciones P4 sobre medicamentos o procedimientos sin un proceso de diálogo, de construcción, con el/los consultantes puede ser un error mayor que el que se pretende subsanar.

La necesidad de la P4 responde, entre otros, a la perversión de la MBE causada, en especial, por la acción de la industria farmacéutica. Una herramienta que bien utilizada nos ayuda en la producción de conocimiento, sufrió todo tipo de manipulaciones (sesgos de publicación, alteración de los datos, ocultamiento activo de pruebas negativas, etc.) creando un artefacto viciado de valor para beneficio económico de los laboratorios a costa de la seguridad de los pacientes. Se hace necesario, con muchísimo trabajo, recomponer esas investigaciones para develar lo que realmente la investigación nos permite saber. Tomemos por ejemplo el Estudio 329 sobre paroxetina de la iniciativa Restore Invisible and Abandoned Essays (RIAT) (4), la estafa del oseltamivir (5), la ya clásica denuncia del Buttletí Groc del fraude de los inhibidores de la COX2 (6). Es difícil de creer que se han roto todos los mandatos éticos del trabajo en salud en función del lucro. Lo que nos impone el mandato de confrontar esta amenaza. Es una enfrentamiento desigual que muchos la dan por perdida de antemano, olvidando que estamos como aquellos que empezaron a enfrentar la industria tabacalera.

La P4 corre riesgos de sufrir un proceso parecido, para servir como un instrumento de contención de costos, transformándose en una P4 “descremada”, favoreciendo intereses distintos a los de las personas.

La industria sólo vela por sus intereses, el central es la ganancia. Para ello requiere de la acumulación de poder. Está demostrado, a través de numerosos juicios donde admiten culpabilidad, que no dudan en atentar contra la salud de las personas que deberían cuidar. Los cálculos por muertes y daños graves a personas como consecuencia del ocultamiento intencional de información sobre daños posibles, entre otros, suman centenares de miles. Creemos que se trata de un tema de atentado a derechos de los pacientes y que debería juzgarse como violaciones a los Derechos Humanos.

Trabajar desde la P4 implica cuidar las condiciones de trabajo de los prestadores. Trabajar desde la P4 implica también un buen desempeño en la consulta. Las herramientas utilizadas durante la entrevista clínica y la construcción de una buena relación médico paciente son parte constitutiva, indispensable, para un cuidado desde la P4. La mayoría de nuestros pacientes tienen incorporado el modelo biomédico hegemónico. Facilitar (o no impedir) que retomen su capacidad para la toma de decisiones sobre su salud es un proceso que lleva un tiempo individual y/o grupal. Se requiere tolerancia a la incertidumbre,

abandono del paternalismo, respeto de la autonomía del paciente. Un tiempo por tanto diferente para cada consultante.

Por último queremos compartir la definición de salud de Marc Jamoulle (7):

> "La salud es una resistencia. La resistencia a la enfermedad en sí misma. También la resistencia a la violencia y el acoso, la resistencia a las drogas, la resistencia a la explotación, la resistencia a la comida basura, la resistencia a la contaminación, la resistencia a las condiciones de vivienda desastrosa, resistencia al mercado farmacéutico, incluyendo la resistencia a la mercantilización de la salud y por lo tanto a veces la resistencia a la propia medicina. Nosotros, como profesionales de la salud, estamos tratando de ayudar a nuestros pacientes a resistir".

Prevenção quaternária: presente e futuro

À memória de Mario G. Acuña

A Prevenção Quaternária (P4) é o conjunto de atividades sanitárias que atenuam ou evitam as consequências das intervenções desnecessárias ou excessivas do sistema de saúde, que se originam, sobretudo, na medicalização e mercantilização promovidas por interesses que se contrapõem aos dos pacientes (1). Assim, estamos enfrentando não apenas o sistema de saúde, mas também o sistema econômico e social. Buscamos uma medicina científica, humana e ética, acessível aos que dela necessitam e baseada na equidade. Portanto, nossas ações são necessariamente políticas e seu conteúdo, democrático.

Nossa crítica ao modelo biomédico ou hegemônico descrito por Menéndez requer a construção de alternativas (2). Uma delas é o modelo biopsicossocial (Mc.Whinney), cuja prática demanda atualizações periódicas tais como o Método Clínico Centrado na Pessoa (3).

Nesse sentido, nós, a partir da P4, junto com os posicionamentos acima mencionados, postulamos um modelo caracterizado por:

- Ser inclusivo
- Ser não reducionista, integral e integrado
- Tolerar a incerteza
- Envolver as dimensões humana, social e política
- Evitar e denunciar a naturalização da fome, da exclusão, da manipulação, da desigualdade, da violência, do racismo e da exploração, que causam mais dano à saúde do que as "doenças".

Trabalhar a partir da P4 é uma forma de proceder dentro da relação médico-paciente. De modo mais geral, é um processo de cuidado dentro do sistema de saúde que atende às necessidades e aos tempos do paciente, especialmente àqueles que divergem dos nossos. Inclui o subsistema consultante (paciente e seu entorno), o subsistema assistencial e o contexto onde essa relação ocorre. A aplicação mecânica das recomendações extraídas de publicações em P4 sobre medicamentos ou procedimentos sem um processo de diálogo, de construção, com os consultantes pode resultar em um erro maior do que aquele que se pretende sanar.

A necessidade da P4 responde, entre outros, à perversão da Medicina Baseada em Evidências causada, em especial, pela ação da indústria farmacêutica. Uma ferramenta que, bem utilizada, nos ajuda na produção de conhecimento sofreu todo tipo de manipulações (vieses de publicação, alteração de dados, ocultação ativa de resultados negativos etc.) criando um artefato viciado de valor para benefício econômico dos laboratórios à custa da segurança dos pacientes. Faz-se necessário, com muitíssimo trabalho, restabelecer essas investigações para revelar o que a pesquisa realmente nos permite saber. Tomemos, por exemplo, o Estudo 329 a respeito da paroxetina da iniciativa Restore Invisible and Abandoned Essays (RIAT) (4), a farsa do oseltamivir (5), a já clássica denúncia do Buttletí Groc da fraude dos inibidores da COX2 (6). É difícil acreditar que se rasgaram todos os pressupostos éticos do trabalho em saúde em função do lucro, o que nos impõeaincumbência de confrontar esta ameaça. É um enfrentamento desigual que muitos dão por perdido de antemão, esquecendo-se de que estamos como aqueles que começaram a enfrentar a indústria tabagista.

A P4 corre o risco de sofrer um processo semelhante, para servir como um instrumento de contenção de custos, transformando-se em uma P4 "light" e favorecendo interesses alheios aos das pessoas.

A indústria apenas vela por seus interesses,o central é a ganância. Para isso, requer a acumulação de poder.

Está demonstrado, por numerosos julgamentos em que admitem sua culpabilidade, que não hesitam em atentar contra a saúde das pessoas de quem deveriam cuidar. As estimativas de mortes e danos graves a pessoas como consequência da ocultação intencional de informação sobre danos possíveis, entre outros, somam centenas de milhares. Acreditamos que se trata de uma questão de atentado a direitos dos pacientes e que se deveria julgar como violação dos direitos humanos.

Trabalhar a partir da P4 implica cuidar das condições de trabalho dos prestadores de serviço. Trabalhar a partir da P4 implica um bom desempenho na consulta. As ferramentas utilizadas durante a entrevista clínica e a construção de uma boa relação médico-paciente são parte constitutiva, indispensável, para um cuidado sob os preceitos da P4. A maioria dos nossos pacientes tem incorporado o modelo biomédico hegemônico. Facilitar (ou não impedir) que retomem sua capacidade para a tomada de decisões sobre sua saúde é um processo que leva um tempo individual e/ou coletivo. Requer tolerância à incerteza, abandono do paternalismo, respeito à autonomia do paciente. Um tempo, portanto, diferente para cada consultante.

Por último, queremos compartilhar a definição de saúde de Marc Jamoulle (7):

> "A resistência à enfermidade em si mesma. Também a resistência à violência e ao abuso, a resistência às drogas, a resistência à exploração, a resistência à comida ruim, a resistência à contaminação, a resistência às condições de vida desastrosas, a resistência ao mercado farmacêutico, incluindo a resistência à mercantilização da saúde e, portanto, às vezes a resistência à própria medicina. Nós, como profissionais de saúde, estamos tentando ajudá-lo a resistir".

Quaternary prevention, present and future

To the memory of Mario G. Acuña

Quaternary Prevention (P4) is the collection of health activities that attenuate or avoid the consequences of unnecessary or excessive interventions in the health system, mostly originated in the medicalization and the commercial approach promoted by interests opposed to those of the patients (1). As a result, we're not only facing the health system but also the economic and social systems. We advocate for a scientific medicine, one that is humane and ethical, accessible to those who need it and based on equity. Therefore, our actions are necessarily political and their content is democratic.

Our critics of the biomedical model or hegemonic one described by Menéndez demand the creation of alternatives (2). One of these is the biopsychosocial model (Mc. Whinney), which requires periodical updates such as the patient-centered clinical model (3).

Following this path and joining the approaches mentioned above, we propose a model characterized by the following characteristics:

- Inclusive
- Non-reductionist, comprehensive and integrated
- Able to tolerate uncertainty
- Including humanistic, social and political dimensions
- Avoiding and denouncing the normalisation of: hunger, exclusion, inequality, violence, racism and exploitation, all of which are more harmful for health than "diseases".

To work within P4 is a way to behave taking in account the patient-physician relationships. More generally, it's a process of care within the health care system that bears in mind the needs and the timing of the patients, especially those who differ from us. It includes the consulting subsystem (the patient and his/her environment) and the assisting subsystem in the context where this relationship takes place. The mechanical application of the recommendations drawn from the P4 publications about medications or procedures without a process of dialogue, of construction with the people who consult, may be a bigger mistake than the one that we intended to amend.

The need for P4 is based, among other things, on the perversion of Evidence Based Medicine mainly caused by the actions of the pharmaceutical industry. This tool that, well applied, helps us in the production of knowledge, has suffered all kind of manipulations (publication biases, altered data, active concealing of negative tests, etc.), and this creates an unworthy tool offering benefits for the pharmaceutical companies at the expense of the safety of the patients. We need to work hard to restore those falsified researches and thus reveal whatever the research lets us learn.

Let's take for example the Restore Invisible and Abandoned Essays (RIAT) initiative about Study 329 on paroxetine (4), the scam with oseltamivir (5) and the now classic Buttletí Groc accusation regarding the fraud with the inhibitors of the COX2 (6). It's hard to believe, but every ethical mandate in health business has been broken on behalf of profit. It's imperative that we confront this menace. The fight will be very difficult and many people take for granted the defeat. We We're just like those who are fighting against the tobacco industry.

P4 runs the risk of enduring a similar process to serve as an instrument of cost containment, becoming a "light" P4 that favours other interests, not those of the population. The industry serves its own interests, and the main one is profit. In order to succeed it has to accumulate power. In several court trials where they admitted their guilt, it has been shown that they don't hesitate to jeopardize the health of the people they are supposed to take care of. The deaths and severe damages to people due to the intentional concealing of information about possible hazards can be counted in hundreds of thousands. We believe this infringes the rights of the patients and it should be judged as a human rights violation.

To work from P4 implies taking care of the working conditions of the providers. It also implies a good performance at the medical consultation. The tools used at the clinical visit and the creation of a good physician-patient relationship are an indispensable component of a P4 minded care. Most of our patients are used to the biomedical-hegemonic model. To facilitate (or to stop precluding) the use of their capacity to make decisions about their health is a process that takes time both for the individual and for the group. It requires tolerance to uncertainty, renouncing to paternalism and respect for the patient's autonomy. Therefore, each person requires a different time span to achieve it.

Finally, we want to share Marc Jamoulle's definition of health (7):

> "Health is a state of resistance. It is not just resistance to disease, but resistance to violence & harassment, resistance to drugs, resistance to exploitation, resistance to bad food, resistance to pollution, resistance to disastrous housing conditions, resistance to the pharmaceutical market, resistance to the commercialisation of health and even, sometimes, resistance to medicine itself. We, as health professionals, support our patients in their resistance."

La prévention quaternaire: présent et futur

À la mémoire de Mario G. Acuña

La Prévention Quaternaire (P4) est l'ensemble des activités de santé qui atténuent ou empêchent les conséquences des interventions inutiles ou excessives du système de santé (1). Celles-ci proviennent principalement de la médicalisation et de la marchandisation portées par des intérêts conflictuels a ceux des patients. Nous affrontons donc non seulement le système de santé, mais aussi le système économique et social. Nous cherchons une médecine scientifique, humaine et éthique, accessible à ceux qui en ont besoin et fondé sur l'équité. Par conséquent, nos actions sont nécessairement politiques et leur contenu démocratique.

La critique du modèle biomédical ou hégémonique décrit par Menendez nécessite la construction d'alternatives (2). L'une d'entre elles est le modèle biopsychosocial (Mc Whinney) dont la pratique requière une actualisation périodique de même que Modèle Clinique Centré sur la Personne (3).

En conséquence, nous, du groupe P4, postulons un modèle, qui :

- Soit non réductionniste, complet et intégré
- Tolère l'incertitude
- Implique les dimensions humaines, sociales et politiques
- Évite et dénonce la normalisation de la faim, l'exclusion, la manipulation, l'inégalité, la violence, le racisme, l'exploitation, qui nuisent toutes à la santé plus que ne le fait la "maladie".

Travailler dans l'esprit de la P4 est une façon de gérer la relation médecin patient. Gérer les soins au sein du système de santé implique de respecter les besoins et les cycles des patients, en particulier ceux qui différent des nôtres. On évoque ici les sous-systèmes consultant (le patient et son entourage) et d'assistance ainsi que le contexte relationnel.

La mise en oeuvre mécanique des recommandations tirées des publications de P4 sur les médicaments ou les procédures sans un processus de dialogue avec

les consultants peut être une erreur majeure.

Le besoin de P4 répond, entre autres, à la perversion de la médecine factuelle (Evidence Based Medicine ou EBM) dont l'industrie pharmaceutique porte spécialement la responsabilité. Cet outil qui, bien utilisé, nous aide à produire de la connaissances, s'est vu manipulé de toutes sortes de façons. Il a subi toutes sortes de manipulations comme les biais de publication, la modification de données, la dissimulation active de tests négatifs, etc. Ceci a mené à la création d'un artefact vicieux, une majoration de valeur économique en faveur des laboratoires au détriment de la sécurité des patients.

Il faudra beaucoup de travail pour recadrez ces enquêtes et révéler ce que la recherche permet vraiment de nous faire savoir. Pour s'en convaincre, il suffit de penser à l'Étude 329 sur la paroxétine de l'initiative Restore Invisible and Abandoned Essays (RIAT) (4), l'escroquerie de l'oseltamivir (5) ou la dénonciation classique par l'Institut de pharmacovigilance de Catalogne de la fraude des inhibiteurs de la COX2 (6). Que l'esprit de lucre ait corrompu tous les engagements éthiques n'est pas une option. Nous devons faire face à cette menace. Cette confrontation, inégale peut-être, n'est pas perdue d'avance. Nous sommes proches de ceux qui ont commencé à affronter l'industrie du tabac.

La P4 pourrait se voir réduite à un moyen de contention des coûts, se transformant en un concept pasteurisé ne favorisant que des intérêts et non des personnes.

L'industrie ne veille qu'à son intérêt. Le profit est central. Ce qui nécessite la concentration du pouvoir. De nombreux jugement prouvent la culpabilité de ceux qui n'hésitent pas un instant à mettre en danger la santé de ceux dont il ont la charge. On estime que plusieurs centaines de milliers de personnes sont mortes ou ont encouru des problèmes grave suite à la dissimulation intentionnelle d'informations concernant des effets secondaires graves. Nous pensons qu'il s'agit d'un attentat aux droits des patients qui devrait être jugé comme une violation des droits de l'homme.

Travailler selon les principes de la P4 implique aussi de veiller aux conditions de travail des dispensateurs de soins. Travailler selon les principes de la P4 implique une maîtrise de la consultation. Maîtriser les outils de l'entretien clinique et la construction d'une bonne relation médecin-patient sont indispensables pour soigner selon les principes de la P4. La plupart de nos patients ont intégré le modèle biomédical hégémonique. Cela prendra du temps d'empêcher cela et de faciliter la récupération de leur capacité à prendre des décisions individuelles ou de groupe au sujet de leur santé. Tolérer l'incertitude, abandonner le paternalisme, respecter l'autonomie du patient en sont les conditions indispensables. Un temps différent donc pour chaque patient.

Enfin, nous voulons partager la définition de la santé selon Marc Jamoulle (7):

> "La santé est un état de résistance. Résistance à la maladie bien sûr. Résistance aussi à la violence et au harcèlement, résistance aux drogues, résistance à l'exploitation, résistance à la mal bouffe, résistance à la pollution, résistance aux conditions de logement désastreuses, résistance au marché pharmaceutique, y compris résistance à la marchandisation de la santé et donc résistance parfois à la médecine elle-même. Nous, comme professionnels de santé, tentons d'aider nos patients à résister."

Prevenzione quaternaria, presente e futuro

In memoria di Mario G. Acuña

La Prevenzione Quaternaria (P4) è l'insieme delle attività sanitarie volte ad attenuare o ad evitare le conseguenze di interventi sanitari non necessari o eccessivi, causati perlopiù da una sovramedicalizzazione e da un approccio commerciale promosso da interessi contrari a quelli dei pazienti (1). Di conseguenza non stiamo solamente trattando di sistemi sanitari ma anche di sistemi sociali ed economici. Ci battiamo per una medicina scientifica, che sia umana ed etica, accessibile a chi ne ha bisogno e basata sull'equità. Perciò le nostre azioni sono necessariamente di politica sanitaria e il loro contenuto è democratico.

Le nostre critiche al modello biomedico a quello egemonico descritto da Menéndez sono volte ad individuare alternative (2). Una di queste è il modello bio-psico-sociale (Mc. Whinney), come Modello Clinico Centrato sul Paziente, che richiede aggiornamenti periodici (3).

Seguendo questo percorso e condividendo gli approcci sopra-menzionati, proponiamo un modello caratterizzato dalle seguenti

caratteristiche:

- Inclusivo
- Non-riduzionista, globale ed integrato
- Capace di tollerare l'incertezza
- Comprendente le dimensioni umanistica, sociale e politica
- Che eviti e denunci l'accettazione come inevitabile di: fame, esclusione, diseguaglianza, violenza, razzismo, sfruttamento; ciascuno dei quali sono più dannosi per la salute delle stesse "malattie".

Lavorare all'interno della P4 è un modo di agire tenendo sempre in conto il rapporto medicopaziente. Più in generale è un processo di cura all'interno del sistema assistenziale che tiene in considerazione i bisogni dei pazienti, specialmente quelli diversi da noi. Esso include il sottosistema della consultazione (il/la paziente e il suo ambiente) e il sotto-sistema dell'assistenza nel contesto in cui questa relazione si svolge. L'applicazione meccanica delle raccomandazioni estratte dalle pubblicazioni della P4 sui farmaci o sulle procedure in assenza di un processo di dialogo, di interazione con le persone che chiedono la consulenza, potrebbe essere un errore più grande di quello che si cerca di prevenire.

La necessità della P4 si basa, tra le altre cose, sulla perversione della Medicina Basata sull'Evidenza (EBM) soprattutto provocate dalle pressioni dell'industria farmaceutica. Questo strumento (la EBM) che, se ben applicato, ci aiuta nella produzione di conoscenza, ha subito tutti i tipi di manipolazione (bias di pubblicazione, alterazione di dati, occultazione attiva o test negativi, ecc.), che lo trasforma in uno strumento indegno che offre benefici alle industrie farmaceutiche a spese della salute dei pazienti. Dobbiamo lavorare duramente per correggere le ricerche falsificate e quindi rivelare qualsiasi cosa esse ci consentono di apprendere. Prendiamo ad esempio l'iniziativa Restoring Invisible and Abandoned Trials (RIAT) a proposito dello Studio 329 sulla paroxetina (4), l'imbroglio con oseltamivir (5), e l'ormai classica accuzazzione dello Butlletí Groc della frode degli inibitori delle COX2 (6). È difficile da credere, ma ogni mandato etico nel business della sanità è stato violato in nome del profitto. È imperativo contrastare questa minaccia. La lotta sarà molto difficile e in molti danno per scontata la sconfitta. Siamo proprio come coloro che combattono contro l'industria del tabacco.

La P4 corre il rischio di subire la stessa sorte di servire come strumento per il contenimento dei costi, diventando una prevenzione quaternaria leggera che favorisce altri interessi, non quelli della popolazione. L'industria fa i propri interessi, e quello principale è il profitto. Per avere successo deve accumulare potere. In diverse corti giudiziarie dove esse hanno ammesso la loro colpevolezza, è stato dimostrato che non esitano a mettere a repentaglio la salute della gente di cui dovrebbero prendersi cura. Le morti e i danni severi alla popolazione dovuti all'occultamento intenzionale delle informazioni su possibili rischi si possono contare a centinaia di migliaia. Noi crediamo che questo infranga i diritti dei pazienti e dovrebbe essere giudicato come una violazione dei diritti umani.

Lavorare secondo la P4 significa preoccuparsi delle condizioni di lavoro di chi fornisce la prestazione. Implica inoltre una buona performance nella consultazione medica. Gli strumenti utilizzati durante la visita medica e la creazione di un buon rapporto medico-paziente sono componenti indispensabili di una attenta assistenza secondo la prevenzione quaternaria. La gran parte dei nostri pazienti sono abituati ad un modello biomedico-egemonico. Facilitare (o smettere di precludere) l'utilizzo delle loro capacità per prendere decisioni sulla loro salute è un processo che richiede tempo sia per l'individuo che per il gruppo. Richiede tolleranza all'incertezza, rinuncia al paternalismo e rispetto per l'autonomia del paziente. Pertanto, ogni persona richiede un diverso periodo di tempo per raggiungerla.

Infine vogliamo condividere la definizione di salute di Marc Jamoulle (7):

> "Salute è resistenza. La resistenza alla malattia stessa. Anche resistenza alla violenza e alla vessazione, resistenza alle droghe, resistenza allo sfruttamento, resistenza al cibo spazzatura, resistenza all'inquinamento, resistenza a disastrose condizioni abitative, resistenza al mercato farmaceutico, inclusa la resistenza alla mercantilizzazione della salute e quindi, a volte, resistenza alla medicina stessa. Da professionisti della salute noi stiamo cercando di aiutare i nostri pazienti a resistere."

REFERENCIAS

1. Jamoulle M. Prévention quaternaire et limites en médecine. Pratiques: les Cahiers de la Médecine Utopique. 2013;63:1-5. Disponible en: http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/179632.

2. Menéndez EL. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud; 1988 30 Abr - 7 May; Buenos Aires. p. 451-464.

3. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. Fam Pract 1986;3(1):24-30.

4. Le Noury J, Nardo JM, Healy D, Jureidini J,

Raven M, Tufanaru C, Abi-Jaoude E. Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. BMJ. 2015 Sep 16;351:h4320. También leer: http://www.nogracias.eu/2015/10/08/estudio-329-los-muertos-en-la-cuneta-de-la-industria-farmaceutica/

5. Jefferson T, Jones M, Doshi P, Spencer EA, Onakpoya I, Heneghan CJ. Oseltamivir for influenza in adults and children: systematic review of clinical study reports and summary of regulatory comments. BMJ. 2014 Apr 9;348:g2545. También leer: http://www.nogracias.eu/2014/04/10/tamiflu-la-mayor-estafa-de-la-historia/.

6. Fundació Institut Català de Farmacologia. Las supuestas ventajas de celecoxib y rofecoxib: fraude científico. Butlletí Groc. 2002;15(4):13-14. Disponible en: https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg154.02e.pdf.

7. Jamoulle M. La médecine a plus besoin de contrôle qualité et d'humanité que d'informatisation. Ethica Clinica. 2015;80(4):37–49. Disponible en: http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/194450.

Adhieren con su firma:

1. Jorge Bernstein
2. Ricardo La Valle
3. Agustina Piñero
4. Graciela Jacob
5. Mario Martínez
6. Miguel Rabbia
7. Gustavo Giménez Lascano
8. Verónica Menares Latorre
9. José Luis Contreras Muñoz (Chile)
10. Karin Kopitowski
11. Consuelo Rodríguez
12. Gonzalo Moyano
13. Carlos Javier Muggeri
14. Marc Jamoulle (Bélgica)
15. Miguel Pizzanelli (Uruguay)
16. Soledad Carlson
17. Lulu Rojas (México)
18. Mónica Nivelo Clavijo - Facultad de Medicina U. de Chile
19. Grisel Adissi
20. Guillermina Olavarría
21. Martín Cañás
22. Horacio Boggiano
23. Mariana Mariño
24. Alberto Ortiz Lobo (España)
25. Elsa Wolfberg
26. Arturo Serrano
27. Nancy López Vázquez (Chile)
28. Raúl O Urquiza
29. Sofía Cuba (Perú)
30. Valeria Santillan
31. Daniel Moldavsky (Gran Bretaña)
32. Jesús María Bazán
33. Marta Lilian De Toro
34. Norma Mabel Clerici
35. Graciela Ghirardi
36. Ricardo Maldonado
37. Agustín González Calbano
38. Gustavo Dupuy
39. Marina Alejandra Mercado
40. Agustín Ciapponi
41. Ricardo César Garcia Amaral Filho (Manaus, Amazonas - Brasil)
42. Apolinar Membrillo Luna (México)
43. Ramiro Huber
44. Belén Rossi
45. Mariano Retamar
46. Marta Aranciaga
47. Alberto Antacle
48. Sandra Fraifer
49. Claudia E. Echegoyen
50. Analía Borowiec
51. Mariano Hernández Monsalve Psiquiatra (Madrid - España)
52. Andrea Ross
53. Gerardo Ramírez Sandoval - Director de Unidad de Medicina Familiar en el IMSS Apodaca Nuevo León (México)
54. Carolina Zamora
55. Patricio Cacace
56. Denise Chervin
57. María Laura López Cavallotti - Médica General Las Ovejas (Neuquén - Argentina)
58. Daniel Widmer - IUMF (Lausanne - Suiza)
59. Marina Laura Martino Schunk - Centro de Salud Sarmiento I (Centenario, Neuquén - Argentina)
60. Manuel Bentaberry - Unidad Docente Asistencial Rural de Florida (Uruguay)
61. Martin Agazzi
62. Bibiana Pignolino - San Martín (Buenos Aires - Argentina)
63. Ana Carolina Aymat (Vicepresidente FAMFyG)
64. Amanda Larrosa - DGCyE (La Matanza - Argentina)
65. Rolando Herrera Gutiérrez - Ex-Presidente Sociedad Boliviana de Medicina Familiar. Presidente del Colegio Médico de Cochabamba (Bolivia)
66. Prof. Lic. Viviana C. Silva - Especialista en Salud Social y Comunitaria (Córdoba - Argentina)
67. Verónica Ruth Heredia
68. Nora Díaz - Especialista en Medicina Familiar. DiWein: Centro de Salud y Aprendizajes (Salta - Argentina)
69. Carolina Posada - Ex-Presidente de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile (2014-2015)
70. Jorge Eduardo Rodríguez Rojas - Hospital Belén de Trujillo (Perú)
71. Hamilton Wagner (Brasil)

72. Raquel Vaz Cardoso (Brasil)
73. Roxana Mottafere - Médica Generalista
74. Daniel Accorinti - Médico Generalista
75. Mariana Dunayevich - Médica Generalista
76. Augusto Granel - Médico De Familia
77. Alberto Boneto - Médico Clínico
78. Nora Etchenique - Médica Hemoterapista
79. Reynaldo Castillo Osorio - Médico Veterinario
80. Marc Casañas Escarré - Estudiante de grado de Nutrición Humana y Dietética en la Universidad Rovira i Virgili (Reus - España)
81. Juan Canella - Bioquímico. Docente Universidad Nacional de La Matanza. Alames. Agrupación Raúl Laguzzi (Argentina)
82. Gabriela Bes - Farmacéutica. Agrupación Raúl Laguzzi. (Argentina)
83. Susana de Luque - Socióloga. Universidad de Buenos Aires (Argentina)
84. Rosana Chaio - Bioquímica. Hospital Vélez Sarsfield. Agrupación Raul Laguzzi (Buenos Aires - Argentina)
85. Lucia Scrimini
86. Marcelino Fontan - Antropólogo. Antropología Médica.
87. Giglio Prado
88. Alames Argentina
89. Miguel Ángel Suárez Cuba - Presidente de SOBOMEFA (Bolivia)
90. Niurka Taureaux Díaz (Cuba)
91. Andrés Szwako - Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Asunción (Paraguay)
92. Marina Almenas Morales - San Juan (Puerto Rico)
93. María Florencia Huarte
94. Carolina Udaquiola - Médica Generalista (San Luis - Argentina)
95. Fernando Coppolillo - Presidente FAMFyG
96. Carolina Scandroglio - Jefa de Residentes de Medicina General del Hospital Álvarez (Buenos Aires - Argentina)
97. Stella Sappa
98. Oscar Abudara Bini
99. Mauricio Uehara - Director de la Residencia de Medicina General de Tucumán (Argentina)
100. Adrián Alasino (Presidente FAMG)
101. Rafael Pasarini (Presidente Honorario de FAMG)
102. Leonor Taboada (España)
103. Mariana Guilligan
104. Abel Jaime Novoa Jurado - No Gracias (España).
105. Enrique Troncoso - Médico Psiquiatra
106. Cecilia Laura Drimer
107. Maria Eugenia Queirolo - Medicina General y Familiar (Casilda - Santa Fe)
108. Viviana Mazur - Esp. Medicina General y Familiar. AMeGES (Argentina)
109. Claudia López Gallardo
110. Alejandro Rodríguez Vilardebó. Médico Especialista en Psiquiatría (Barcelona - España)
111. Carlos Javier Muggeri
112. Karina Dobal
113. Luis Ohman - Psiquiatra
114. Marta Francischetti - Psicopedagoga
115. Mónica Lalanda (España)
116. Mario Rovere
117. Sebastia Juncosa Font (Barcelona - España)
118. Mariel Hespanhol Torres - Estudiante de Medicina. Miembro del grupo de P4 y SBE “Os Mafaldas” (Brasil)
119. Gabriela Lacarta
120. Federación Argentina de Medicina Familiar y General (FAMFyG)
121. Federación Argentina de Medicina General (FAMG)
122. Mercedes Sidders - Médica Generalista
123. Dario Ascani
124. Alicia Guadalupe Naranjo - Esp en Medicina Familiar y General. ASAMEFA (Salta - Argentina)
125. Cristian Opelt - Lic. en Enfermería
126. Rut Bernstein Epstein (Francia)
127. Héctor Maria Rodriguez Bay - Médico General (General La Madrid - Argentina)
128. Guillermo Hugo de Hoyos (Neuquén - Argentina)
129. Sociedad De Medicina Rural del Neuquén
130. Alejandra Marina Mercado
131. Cátedra Taller A de Estructura y Función Normal (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Comahue)
132. Cátedra de Atención Primaria de la Salud I (Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional del Comahue)
133. Capítulo de Medicalización, Prevención Cuaternaria y SM en APS
134. Leticia Andina
135. Ali Shukor (Canadá)
136. Elena Victoria Rubinstein - Pediatra
137. Mónica Rodríguez - Lic. en Kinesiología
138. Mario Bulacios (Catamarca - Argentina)