

Cambiar el paradigma de la atención primaria: Intervenciones conductuales, subsidios e impuestos para “el cambio de modo de vida”

Changing the paradigm of primary care: Behavioral Interventions, Subsidies and Taxes to “Change Lifestyle”

“...Sin embargo, la prevención de enfermedades debe mantenerse como el objetivo principal que requiere estrategias, tanto individuales como las orientadas hacia la población, incluida la imposición de impuestos a los alimentos no saludables...”

MATTI UUSITUPA

INTRODUCCIÓN

Muchos de nosotros –médicos de atención primaria, clínicos y cardiólogos– pensamos que estamos realizando una prevención primaria adecuada cuando tratamos con fármacos a personas asintomáticas con los criterios actuales de presión arterial alta, hiperglucemia o colesterol alto; creemos que lo hacemos eficientemente porque toman la medicación que les recetamos.

En realidad pensamos así porque consideramos solamente una población autoseleccionada, la que se convierte en nuestros pacientes que nos siguen y adhieren a los tratamientos propuestos. Los otros pacientes, que vemos ocasionalmente y les recetamos medicación y no vuelven, por supuesto, no los recordamos, pero son la mayoría y, probablemente no aceptaron o, sí aceptaron pero luego no adhirieron a nuestras recomendaciones. Como sostienen Prior y Volpp (1) “Prescribir una medicación es simple para el proveedor, pero tomar una medicación no parece ser simple para muchos pacientes. Por fuera de los ensayos clínicos, la aceptación de la medicación es a menudo baja...”

Pero, ¿solo los fármacos deben ser la respuesta a los “modos de vida” poco saludables?; que son los que producen la epidemia actual de enfermedades no trasmisibles, como discutimos en cartas anteriores (2)

Fiona Godlee, editora en jefe del BMJ, (3) expresa: “Más de la mitad de los adultos mayores de 45 años serán etiquetados como hipertensos si se adoptan las nuevas pautas de EE. UU., concluye un estudio en el BMJ de esta semana (doi: 10.1136 / bmj.k2357); esto equivale a 70 millones de personas en los EE. UU. y 267 millones de personas en China que son elegibles para los medicamentos antihipertensivos, un aumento marcado sobre las ya elevadas tasas de tratamiento farmacológico para la presión arterial alta. Además, el estudio calcula que se aconsejaría a 7,5 millones de personas en los EE. UU. y 55 millones en China, que comenzaran el tratamiento con medicamentos, mientras que 14 millones en los EE. UU. y 30 millones

en China, recibirían un tratamiento más intensivo. La evidencia de los ensayos clínicos indica algún beneficio del consumo de medicamentos en términos de reducción del riesgo de accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca, pero, ¿es una medicación masiva lo que realmente queremos?”

Y concluye: “Esta es una perspectiva atroz. Todos los sistemas de salud están bajo presión, y es correcto que dejemos de hacer cosas que no funcionan, como sostiene Ann Robinson (doi: 10.1136 / bmj.k3028). Las píldoras no pueden ser la respuesta a enfermedades causadas por una vida poco saludable. Además del costo insostenible de los beneficios, a menudo marginales, siempre causan daño. En lugar de medicar a casi toda la población adulta, invirtamos nuestros preciosos recursos en cambios sociales y de estilo de vida, salud pública y prevención.”

El reemplazo de la utilización de fármacos por la prevención primaria de las conductas habituales, para incentivar a los pacientes a modos de vida más saludable está probado hace 16 años por Knowler y col., en un estudio que inició toda una época. Demostró que el programa de modificación del modo de vida conocido como *Diabetes Prevention Program* (DPP) redujo la incidencia de diabetes en un 58% con respecto a la conducta habitual, pero también sorprendentemente con respecto a la droga habitualmente utilizada que era la metformina. (4)

Recientemente el ensayo clínico DiRECT (5) demostró que el control intensivo de peso, con disminución de 15 kg produce, increíblemente, la remisión completa en el 85% de los pacientes, sin necesidad de ningún fármaco antidiabético en diabéticos tratados sin insulina.

Como editorializa Matti Uusitupa (6) la remisión de la diabetes tipo 2 no es una misión imposible. Sostiene: “Estos resultados son impresionantes y apoyan firmemente la opinión de que la diabetes tipo 2 está estrechamente asociada con la masa grasa excesiva en el cuerpo.” Pero concluye que no debe olvidarse de cambiar el componente social; dice: “Sin embargo, la prevención de enfermedades debe mantenerse como el objetivo principal que requiere estrategias tanto individuales como orientadas hacia la población, incluida la aplicación de impuestos a los alimentos no saludables para hacer frente a la epidemia de obesidad y de diabetes tipo 2.”

Los profesionales de la salud debemos alentar un cambio en el paradigma de la prevención primaria, imposible de cumplir en una corta visita asistencial, promoviendo los grupos de pares, personas en igual situación, con un programa estructurado dirigido por un promotor de modo de vida saludable, y al mismo tiempo siendo líderes en la promoción de impuestos y subsidios para impedir que las corporaciones monopólicas de alimentos, bebidas y tabaco, sometan el consumo de la población a las necesidades de sus ganancias.

En una reciente revisión de Sassi y colaboradores (7) se expresa que “los impuestos sobre las bebidas alcohólicas, el tabaco y las gaseosas, ofrecen una estrategia particularmente efectiva para reducir las enfermedades crónicas entre la gente más pobre de la sociedad que están afectadas en forma desproporcionada por productos no saludables.” (8)

Y finaliza: “Aplicar impuestos a productos no saludables puede producir ganancias mayores de salud, y las evidencias muestran que pueden ser implementadas justamente, sin dañar en forma desproporcionada a los más pobres de la sociedad.”

En las próximas líneas desarrollaremos las evidencias que tenemos para cambiar el paradigma actual de prevención primaria, que fue inefectivo para frenar el incremento de las enfermedades no transmisibles.

CAMBIOS DE CONDUCTA A UN MODO DE VIDA SALUDABLE PREVENCIÓN Y REMISIÓN DE LA DIABETES

El estudio del programa de prevención de diabetes

Existen algunos factores de riesgo para la diabetes que son potencialmente reversibles, como son las concentraciones elevadas de glucosa en plasma en ayunas o después de una carga de glucosa oral, el sobrepeso y un estilo de vida sedentario.

La hipótesis fue que la modificación de estos factores con un programa de cambios en el modo de vida (al menos un 7 por ciento de pérdida de peso y 150 minutos de actividad física por semana) o la administración de metformina podría evitar o retrasar el desarrollo de diabetes.

Se asignó en forma aleatoria a 3.234 personas no diabéticas, con elevadas concentraciones de glucosa plasmática en ayunas y poscarga, a 3 grupos: a) placebo, b) metformina (850 mg dos veces al día) y c) un programa de modificación del modo de vida. La edad promedio de los participantes era de 51 años, y el índice de masa corporal (IMC) 34,0 kg/m².

El seguimiento tuvo lugar durante 2,8 años. La incidencia de diabetes fue escalonadamente decreciente en los grupos placebo, metformina y modo de vida, 11,0; 7,8 y 4,8 casos por 100 personas/año, respectivamente. Los cambios del modo de vida disminuyeron la incidencia un 58 por ciento (IC 95%, 48 a 66%) y la metformina un 31% (IC 95%, 17 a 43%), en comparación con placebo; pero el cambio en el modo de vida fue significativamente más efectivo que la medicación

con metformina. Para prevenir un caso de diabetes durante un período de tres años, se necesitan tratar 6,9 personas en el programa de cambio de modo de vida, y 13,9 si reciben metformina.

Los autores concluyen que los cambios en el modo de vida y el tratamiento con metformina redujeron la incidencia de diabetes en personas con alto riesgo, y que el cambio en el modo de vida fue más efectivo que la metformina.

El ensayo clínico DiRECT de remisión de diabetes tratada

Dado que la diabetes tipo 2 es un trastorno crónico que requiere tratamiento de por vida, el objetivo sería verificar si el manejo intensivo del peso dentro de la atención primaria de rutina puede lograr la remisión completa de la diabetes tipo 2.

Para ese propósito Michael Lean y sus colegas comunican los resultados al año del ensayo aleatorizado por *cluster* (grupos) DiRECT que investiga el efecto del control de peso en la atención primaria en pacientes con diabetes tipo 2 de hasta 6 años de duración.

Se asignaron al azar 49 prácticas de atención primaria con 298 diabéticos de 20-65 años e IMC de 27-45 kg/m² que no recibían insulina a: grupo de programa de control de peso administrado por dietistas o enfermeras capacitadas (n = 149) o grupo control con atención según las guías (n = 149). El programa de control de peso comenzó con una dieta con una fórmula baja en calorías (825-853 kcal/día) durante 3-5 meses, seguida de la reintroducción de alimentos estructurada de 2-8 semanas y las fases de mantenimiento de la pérdida de peso.

Los medicamentos antidiabéticos y antihipertensivos se suspendieron en el grupo de intervención al inicio del estudio. Los resultados coprimarios fueron la pérdida de peso de 15 kg o más y la remisión de la diabetes, definida como hemoglobina glicosilada (HbA1c), de < 6,5% a los 12 meses. De cada 4 pacientes, 1 (24%) logró una pérdida de peso de 15 kg o más en el grupo de intervención, comparado con ninguno en el grupo control (p < 0,0001). Se logró la remisión de la diabetes (sin ningún fármaco antidiabético) en el 46% en el grupo de intervención y en el 4% en el de control (OR 19,7; IC 95% 7,8-49,8; p < 0,0001). La remisión estuvo estrechamente relacionada con la magnitud de la pérdida de peso, que comenzó con 34% con 0-5 kg, continuó con 57% con 10-15 kg y alcanzó el 86% en los que perdieron 15 kg o más.

Estos hallazgos demuestran que a los 12 meses, casi la mitad de los participantes que realizaron un enfoque intensivo hacia la pérdida de peso (en promedio 10 kg) lograron la remisión a un estado sin diabetes sin ningún medicamento; asimismo, de los que llegaron al objetivo de disminuir 15 kg, el 86% también lograron la remisión. Por lo tanto, la remisión de la diabetes tipo 2 debería ser en adelante un objetivo práctico para la atención primaria.

INCENTIVOS FINANCIEROS PARA LA CESACIÓN DEL TABACO

Los incentivos financieros son otro ejemplo de intervención conductual efectiva para la interrupción del consumo de tabaco durante el embarazo que, a pesar de los múltiples estudios que lo muestran, no ha sido trasladado todavía a la práctica habitual. Una revisión de la Cochrane determinó que los incentivos financieros son la intervención más efectiva en esta población y puede llevar a dejar de fumar 4 veces más que los logrados con otras intervenciones. Fumar durante el embarazo es la causa principal de morbilidad y mortalidad en la madre y en el niño, fundamentalmente de los sectores socioeconómicos pobres. Pero esos incentivos no han sido implementados en la atención de rutina de las mujeres embarazadas.

Un reciente ensayo clínico pragmático realizado entre la práctica habitual y 4 métodos distintos de intervención para la interrupción del consumo de tabaco se asignó, en forma aleatoria, a 6.006 personas fumadoras de 54 compañías. (9) Si bien ofrecía el incentivo de US\$600 depositados, y rescatables solamente si dejaba de fumar, llegó a cesar de inhalar tabaco solo el 2,9%, contra el 2,0% de US\$600 como recompensa, 1% de utilización libre de e-cigarettes, 0,5% de uso libre de reemplazo de nicotina y 0,1% sin intervención

Sin embargo, no cabe duda de que el aumento progresivo del costo de los cigarrillos por impuestos al consumo es, por lejos, el método más efectivo; estos métodos personales están muy lejos de la disminución a casi la mitad cuando se incrementa el precio al triple con el impuesto progresivo al consumo

CAMBIOS DE MODO DE VIDA INDUCIDOS POR IMPUESTOS Y SUBSIDIOS

Se reconoce que solo tres conductas personales, influenciadas notoriamente por el entorno social, como el tabaco, el alcohol y el sobrepeso o la obesidad contribuyen aproximadamente con 14 millones de muertes prematuras.

Actualmente todavía el tabaco mata a más de 7 millones de personas, y el consumo excesivo de alcohol, más de 3 millones. Y lo que es aún peor, la cantidad global de gente joven de 5 a 19 años de edad con sobrepeso y obesidad se incrementó de 11 millones en 1976 al fabuloso número de 124 millones en 2016; son justamente los mayores consumidores de hidratos de carbono y bebidas azucaradas. Por lo tanto, el aumento del índice de masa corporal ostenta el triste mérito de matar 4 millones de vidas cada año. Además, también se conoce que este tributo de vidas afecta de manera desproporcionada a las personas con menores recursos socioeconómicos y a los países con bajos ingresos.

El grupo *Sugar, Tobacco, and Alcohol Taxes* (STAX) de la *London School of Hygiene & Tropical Medicine* manifiesta que: (10) “Más de una década después de la adopción de la Convención Marco sobre el Control

del Tabaco de la OMS, hay una evidencia apremiante que la manera más efectiva de reducir el consumo de tabaco y salvar vidas es elevando sustancialmente el precio del tabaco por medio de los impuestos. Similarmente, el impuesto al alcohol es la forma costo-efectiva de reducir el consumo y el daño que produce el alcohol. Con evidencia creciente, los impuestos al azúcar y otras herramientas fiscales promueven la salud y la nutrición.”

En una sociedad que incentiva el consumo para el desarrollo de la estructura económica actual, las variaciones de los precios de los productos producen una diferencia discordante con la demanda; es decir, que las compras de las familias tienen lo que los economistas llaman “elasticidad” a la demanda de precios. Esto determina que si la compra de un alimento o bebida tiene una elasticidad -1,0, el precio aumenta un 20% y la compra disminuirá un 20%; si la elasticidad fuera la mitad (-0,5) el mismo aumento del 20% reduciría la demanda un 10%, la mitad del anterior.

Una manera que tiene el Estado de aumentar el precio y disminuir la demanda, es aplicar impuestos (valor agregado) para desalentar el consumo de productos dañinos para la salud como los que estamos considerando. Sin embargo, son un instrumento muy poco utilizado por los gobiernos, quizás debido al *lobby* del monopolio de las tres grandes corporaciones (tabaco, alcohol y alimentos), donde hasta invocan el argumento falso e infundado acerca del impacto potencialmente regresivo en las poblaciones de bajos ingresos. (11)

A pesar de todos los esfuerzos de la industria, la tributación del consumo tiene tres “ganancia-ganancia-ganancia” (*win-win-win*) que alcanzan a la salud pública, la movilización de los recursos domésticos, y también a la equidad. “Los impuestos sobre azúcar, tabaco y alcohol han sido, o están siendo, introducidos en diversos contextos, incluidos Botswana, Chile, Ecuador, India, México, Nigeria, Perú, Arabia Saudita, Sudáfrica, Emiratos Árabes Unidos, y Gran Bretaña. Los impuestos al tabaco y al alcohol son reconocidos por la OMS como *Best Buys* para prevenir y controlar las ENT ...” (10)

Sassi y colaboradores, con el objetivo de estimar el patrón de gasto en productos potencialmente no saludables en diferentes niveles socioeconómicos, utilizaron los datos de una encuesta realizada en hogares, poniendo el foco en países de ingresos bajos y medios.

El estudio se basó en la buena calidad de los datos disponibles en 13 países desde el año 2000, los cuales fueron, 4 países en América Latina (Chile, Guatemala, Panamá, Nicaragua), 3 de Europa central y del Este (Albania, Polonia, Turquía), 2 de África Occidental (Niger, Nigeria) 3 de Asia del Sur y del Este (India, Timor-Leste), 1 de Asia Central (Tajikistan) y 1 de África Sub-Sahariana (Tanzania). Estos países cubren un amplio rango de ingresos nacionales, desde los de ingresos medios altos (Chile y Polonia) a los de bajos ingresos (Niger, Tanzania), pero se excluye a los países de la OCDE con los ingresos más altos.

Resumiendo, dice: “La política de precios afecta el gasto de un número más grande de hogares de ingresos altos que hogares de ingresos bajos, y cualquier resultado de incremento de precio tiende a ser financiado desproporcionadamente por los hogares de ingresos altos,...sin embargo, los precios incrementados son a menudo una carga financiera (proporcionalmente) más grande para los hogares de ingresos bajos que para los hogares de ingresos altos, en mayor grado en el caso del tabaco... Los beneficios de salud más grandes se acumulan a menudo en los consumidores individuales de ingresos bajos debido a su fuerte respuesta a los cambios de precios. La carga financiera creada por el impuesto, potencialmente más grande en los hogares de ingresos bajos, puede ser mitigada por el uso a favor de los pobres de los ingresos generados por los impuestos.” (7)

Las bebidas azucaradas contribuyeron en el aumento de calorías y del IMC en las últimas décadas. En EE. UU., “en particular, entre 1980 y 2011 se detectó que era 2,2 veces más caro comprar frutas y vegetales frescos comparado con el costo de las bebidas carbonatadas. Pero a su vez...la elasticidad de precios promedio global estimada para las bebidas azucaradas fue -1,21. Esta estimación está basada en 12 estudios disponibles de elasticidad sobre bebidas azucaradas... implica que las tasas que aumentan los impuestos de bebidas azucaradas el 20% reducirían el consumo global en un 24%.” (12)

Tabaco

No hay un patrón consistente en la prevalencia de consumo de tabaco por niveles socioeconómicos en los países seleccionados en la encuesta de hogares. Pero existe un claro gradiente en el gasto entre el quintilo de los hogares más ricos a los más bajos; los más ricos sostienen un gasto absoluto más de seis veces mayor que los hogares de ingresos bajos en países como India, Timor-Leste, y Guatemala.

“La demanda de productos del tabaco en los países de ingresos bajos y medios (PIBM) es al menos tan reactiva, o a menudo más reactiva, a los precios que en los países de ingresos altos; hay algunos estudios con hallazgos que sugieren que la demanda en PIBM puede ser el doble de reactiva que en los países de ingresos altos.

La evidencia sugiere que los consumidores más jóvenes y de bajos ingresos dentro de los países responden con más fuerza a los cambios de precios...” (7)

Alcohol

Las políticas del aumento de precio de las bebidas alcohólicas afectan menos a los hogares más pobres que a los más ricos. Como expresan Sassi y colaboradores, “los patrones socioeconómicos son claros en el consumo de alcohol. El estado socioeconómico alto está asociado con una prevalencia alta de consumo de alcohol en la mayoría de los países de nuestro análisis”...y “el gradiente en gasto promedio en alcohol es sustancialmente más elevado que el gradiente en la prevalencia

del consumo; los hogares más ricos gastan cantidades mayores que los hogares de la escala socioeconómica más baja...” (7)

Bebidas gaseosas y bocaditos

El consumo de bebidas gaseosas es similar al del alcohol, el uso y los gastos son más altos en los hogares ricos, aunque menos elevados. Para los bocaditos, si bien menos claros, son consistentes con lo observado para las bebidas gaseosas.

“Dentro de los países, la elasticidad de precios para diferentes productos de alimentos y bebidas son más altos en los grupos de ingresos más bajos... es 1,14-1,21 veces mayor... Los resultados son similares para las bebidas azucaradas.” (7)

CONCLUSIONES

Las enfermedades crónicas no transmisibles, cada vez más predominantes en el mundo actual, se producen por cambios en el “modo de vida” que implican conductas no saludables –como las tres principales fumar tabaco, consumir en forma dañina alcohol, y alimentos procesados o bebidas gaseosas– influenciadas por la comunidad que las rodea y la sociedad global.

Tratar al paciente en forma individual en un consultorio, sacado del contexto de su comunidad, y en entrevistas de pocos minutos junto con otros problemas médicos y citarlo meses después, no ha resuelto el problema, ni siquiera lo ha estabilizado.

Parece necesario probar con cambios en el paradigma de la atención primaria de la salud. Un cambio que puede ser promisorio es la creación de grupos de pares (pacientes en la misma situación) reunidos con alguien que facilite el funcionamiento periódico del grupo –inicialmente profesionales de la salud y luego trabajadores de salud de la comunidad adecuadamente formados–, que permita el aprendizaje del conjunto, el estímulo de conocer que otros tienen el mismo problema, sentirse apoyado y tener a quienes recurrir.

En contextos francamente pobres y dispersos, como en la India rural, se experimentó con grupos cara a cara de apoyo de pares para enfermedades crónicas, que, en inglés lo llaman *communitisation* de la atención de salud (difícil de traducir, algo como *comunalización*).

Yogesh Jain y Priyank Jain publican en su ensayo (13), que después de un esfuerzo de una década los resultados obtenidos eran desalentadores; en el mejor de los casos la adhesión al tratamiento era del 20-40% y resolvieron suministrarles intervenciones educativas. Las primeras sesiones personales se convirtieron, en los hechos, en grupales en poco tiempo, guiados por trabajadores de la salud de la comunidad adiestrados.

Así, observaron algo interesante: los pacientes comenzaron a ofrecer soluciones y apoyo entre sí. El grupo se transformó de ser una reunión informal a un foro muy deseado donde se compartía la información y se construía una verdadera comunidad. En un año se formaron múltiples grupos de apoyo; las sesiones

comenzaban con la averiguación de las razones de las altas y las bajas por parte de los miembros desde la última reunión y preguntas acerca de la enfermedad y el tratamiento. La función del trabajador de la salud era compartir nuevos conocimientos, corregir las equivocaciones y dispensar las drogas a los pacientes estables siguiendo algoritmos establecidos. En las sesiones se entrelazaban actividades físicas como juegos y ejercicios y comenzaron a designar un encargado y secretario dentro del grupo para que organice las reuniones y la agenda. Desde aquí, gente que no es considerada en la toma de decisiones, comenzó a tener poder de decisión y actuar colectivamente.

El resultado fue que en los 49 grupos, el registro de las reposiciones de drogas mostraba una asistencia continuada por encima del 90%, que antes de comenzar con los grupos era del 20 al 44%. (13)

Como manifiestan los autores del ensayo: “Se intentó que las reuniones grupales no fueran intimidantes, y que se fomentara el aprendizaje mutuo entre los miembros y los trabajadores de la salud. Un resultado intangible de esto fue la sensación de pertenencia y mayor autoestima. Creemos que la conectividad social que emerge de sufrir la adversidad juntos es la clave para enfocar la recuperación, y tener capacidad de apoyar a otros en su recuperación.” (13)

En otro extremo de la sociedad, en el *Medicare* de EE UU., sostiene que se puede disminuir el riesgo de diabetes en un sistema de salud digital de pares con un preceptor humano que interacciona; disminuye el peso a los 12 meses 7,5%, con disminución significativa de la hemoglobina glicosilada y el colesterol total. (14)

Por otra parte, es importante que la sociedad demuestre qué se consideran conductas saludables, por medio de la actividad consciente del estado aplicando impuestos en las conductas dañinas a la salud (tabaco, alcohol, alimentos ultraprocesados y bebidas gaseosas) y, además, recompensado con subsidios a las saludables (frutas y verduras). De esta manera se crea el contexto social de rechazo a las conductas dañinas y de fomento a las saludables, como se logró en parte, en las últimas décadas con el cigarrillo.

Rachel Nugent, de la organización no lucrativa de investigación (RTI International) en Seattle, EE. UU., y director de la fuerza de tareas (*task force*) de *Lancet*, expresó, “Las enfermedades no transmisibles son una de las mayores causa y consecuencia de la pobreza en todo el mundo. Responder a este desafío significa grandes inversiones para mejorar el sistema de atención de salud en todo el mundo, pero hay herramientas inmediatas y efectivas a nuestra disposición.

Aplicar impuestos a productos no saludables puede producir ganancias mayores de salud, y las evidencias muestran que pueden ser implementadas justamente, sin dañar en forma desproporcionada a los más pobres de la sociedad.” (8)

Para los que se interesan por la posibilidad de establecer impuestos regresivos: “En primer lugar, la preocupación por los impuestos injustos debe incluirse

en el contexto de las cargas injustas de enfermedades. En la mayoría de los países, la carga de ENT prevenibles asociados con el tabaco, el alcohol, y la obesidad es, en sí misma, regresiva. En comparación con los hogares más ricos, las personas con ingresos más bajos se enferman con mayor frecuencia y mueren antes por el consumo de tabaco, alcohol y alimentos densos no esenciales. Estos factores contribuyen al patrón general de aumento de la mortalidad prematura por ENT entre los niveles de grupos socioeconómicos más bajos, como Louis Niessen y sus colegas informan en su documento. Por ejemplo, un estudio mostró que si los impuestos a los cigarrillos se elevaran en un 50% en Tailandia, la clase socioeconómica más baja pagaría solo el 6% de un aumento en los ingresos tributarios del tabaco, pero se beneficiaría por el 58% de las muertes prematuras evitadas.” (15)

Es hora de que los profesionales de la salud dejemos de utilizar las consultas –útiles para diagnosticar enfermedades– en el manejo de la prevención primaria e intentemos cambiar el paradigma. La propuesta es utilizar nuevas formas creativas para cambiar las conductas no saludables, incentivando que los miembros de la comunidad se vinculen con sus pares en el cambio de las conductas que producen, y alentando la participación directa del Estado con impuestos y subsidios con efectos directos ya probados, e indirectos de demostración pública de cuáles son las conductas saludables para la sociedad.

Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Pryor K, Volpp K. Deployment of preventive Interventions-Time for a Paradigm Shift. *N Engl J Med* 2018;378:1761-3. <http://doi.org/cstz>
2. Doval HC. Es necesario cambiar el modo de vida para hacer desaparecer las enfermedades cardiovasculares. *Rev Argent Cardiol* 2017;85:299-3.
3. Godlee F. Pills are not the answer to unhealthy lifestyles. *BMJ* 2018;362:k3046. <http://doi.org/cstm>
4. Knowler WG, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002;346:393-403. <http://doi.org/cdzstf>
5. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-lead weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label cluster-randomised trial. *Lancet* 2018;391:541-51. <http://doi.org/chn5>
6. Uusitupa M. Remission of type 2 diabetes. Mission not impossible. *Lancet* 2018;391:515-6. <http://doi.org/chn7>
7. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. *Lancet* 2018 April 4, 2018. <http://doi.org/gdk4jw>
8. Mayor S. Taxes on alcohol, tobacco, and soft drinks are fair and produce health gains, review finds. *BMJ* 2018;361:k1524. 10.1136/bmj.k1524 (published 5 April 2018)
9. Halpern SD, Harhay MO, Saulsgiver K, Brophy C, Troxel AB, Volpp KG. A pragmatic trial of e-cigarettes, incentives, and drugs for smoking cessation. *N Engl J Med* 2018. 10.1056/NEJMsa17155757.
10. Sugar, Tobacco, and Alcohol Taxes (STAX) Group (London School

of Hygiene & Tropical Medicine, London) WC1H 9SH, UK robert.marten@lshtm.ac.uk. Sugar, tobacco, and alcohol taxes to achieve the SDGs. *Lancet* 2018;391: Published Online May 29, 2018. <http://doi.org/cstv>

11. Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, et al. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet* 2018; published online April 4. <http://doi.org/gdk9ws>

12. Powell LM, Chriqui JF, Tamkeen K, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the Potential Effectiveness of Food and Beverage Taxes and Subsidies for Improving Public Health: A Systematic Review of

Prices, Demand and Body Weight Outcomes. *Obes Rev* 2013;14:110-28. <http://doi.org/f4j269>

13. Jain Y, Jain P. Communitisation of healthcare: peer support for chronic disease care in rural India *BMJ* 2018;360:k85 (Published 10 January 2018). <http://doi.org/cstx>

14. Castro Sweet CM, Chiguluri V, Gumpina R, Abbott PM, Madero EN, Payne M, et al. Outcomes of a digital health program with human coaching for diabetes risk reduction in a Medicare population. *J Aging Health* 2018;30:692-710. <http://doi.org/cstw>

15. Summers LH. Taxes for health: evidence clears the air. *Lancet* 2018 April 4, 2018. <http://doi.org/cstn>