

Por Juan Gérvas, Miguel Ángel Ripoll Lozano y Mercedes Pérez Fernández

Impacto de un sistema de compra caritativo en la coordinación asistencial.

id:113-1

Autores: Vargas I, Vázquez ML, Terraza R, Agustí E, Brosa F, Casas C.
Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2008;22:218-26. Citas 26. MPF.
Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En Cataluña se ha llevado a cabo una experiencia piloto de pago territorial por capitación entre 2001 y 2005, y en este trabajo se recoge la evaluación cualitativa de la misma. Los autores concluyen con la recomendación de que se analice más a fondo la experiencia pues los resultados no confirman las expectativas. Se esperaba que el pago por capitación a todas las entidades de un territorio mejoraría la coordinación entre ellas, pero no ha sido el caso. O el incentivo ha sido escaso, o las cosas son difíciles de cambiar. Las barreras al cambio fueron muchas, desde el temor a la pérdida de identidad a los límites en la gestión.

Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería.

id:113-2

Autores: Brugués A, Peris A, Masfís L, Flores G.
Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2008;40:387-91. Citas 18. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo se pone en valor a las enfermeras pues los autores demuestran que pueden actuar de puerta de entrada, con capacidad para resolver problemas por sí mismas. Los autores no citan experiencias previas en España, que se desecharon por no coincidir con los dogmas de la reforma en que la enfermera tenía su consulta con pacientes sólo citados. Además, en este caso la enfermera se turna para atender la demanda espontánea global, no la de su cupo, lo que despersonaliza la atención. No obstante el estudio deja claro que las enfermeras resolvieron el 64% de los problemas de la demanda espontánea, en los 202 pacientes estudiados, lo que no es poco. Otra cosa es que la enfermera sea filtro para toda la demanda, no sólo la espontánea (o "de urgencias"), que es lo más interesante.

La calidad del sueño en los profesionales sanitarios de dos áreas de salud de Castilla-La Mancha.

id:113-3

Autores: Díaz-Campo Y, Díaz-Campo C, Puerma C, Viedma MN, Arlet A, Lázaro E et al.
Revista/Año/Vol./Págs.: Internat J Epidemiol. 2007;36:1229-34. Citas 28. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Los resultados de este trabajo tienen interés pese a contar con una tasa de respuesta del cuestionario utilizado del 40% (se recibieron 281 cuestionarios, de dos áreas de salud, Toledo y Alcázar de San Juan). Los datos son de comienzos de 2007, y proceden tanto de médicos (38%) como de enfermeras. La edad media, 41 años, y el 38% fueron varones. Manifestaron tener problemas de calidad del sueño el 32%, sin diferencias ni por hacer guardias, ni por sexo, ni por profesión. Un 19% de los que hacían guardias tomaban estimulantes durante las mismas, y el 6% relajantes. El 48% admitió haber cometido errores postguardia. Y el 76% opinó que daba peor trato a los pacientes tras la guardia.

La carrera profesional desde el punto de vista de un médico clínico.

id:113-4

Autor: Gérvas J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Clín Med Fam. 2008;2:167-70. Citas 20. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: El autor reflexiona acerca de la carrera profesional y hace propuestas de mejora. Lo lastimoso es que para muchos médicos generales esa carrera ya se ha acabado, pues con los trienios ya han logrado el nivel máximo. Y ello sin cambios en la práctica clínica, sin modificaciones del trabajo. Además, con un agravio comparativo entre CCAA, pues en cada una hay criterios distintos y remuneraciones diversas. También con agravio de los interinos, que ocupan plazas por años pero en muchas CCAA no se incluyen en carrera profesional alguna. Una cuestión clave para la promoción, para el estímulo al buen profesional se ha "quemado" para el propio médico y para la sociedad. Al menos la lectura de este texto abre ventanas a lo que habría podido ser y no ha sido.

El fomento del número de médicos rurales.

id:113-5

Medical school programs to increase physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication.

Autores: Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Wortman JR.
Revista/Año/Vol./Págs.: Acad Med. 2008;83:235-43. Citas 43. JG. **Calificación:** Bueno.

Comentarios: La medicina rural no es atractiva. Sobre todo porque no se explica ni se enseña, ni se demuestra su interés y su atractivo. Por ello es raro que un médico recién terminado quiera ir a un pueblo. Pero esto se puede revertir con programas específicos tanto para el estudiante de medicina como para el médico en especialización, o que ya está en el mundo rural (para retenerlo). En este trabajo gringo se revisan diez estudios publicados de seis programas en varias universidades estadounidenses. Todos logran un mayor número de médicos rurales y la retención de los mismos en sus lugares de trabajo. La cuestión es acercarse a los alumnos y residentes al mundo rural, y por otro lado, apoyar al médico rural para romper su aislamiento.

**57 horas semanales.**

id:113-6

Internal medicine work hours: trends, associations and implications for future.

Autores: Shiotani LM, Parkerton PH, Wenger NS, Needleman J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med. 2008;121:80-5. Citas 16. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: Uno tiene siempre la sensación de que trabaja muchas horas, pero no es tal. En el modelo de funcionario que tenemos trabajamos las 35 horas de rigor (si las trabajamos). En otros países las cosas son muy distintas. Por ejemplo en EEUU los internistas trabajan de media semanal 57 horas clínicas, de las que dedican 49 a los pacientes. Entre 1996 y 2001 han disminuido las horas totales y aumentado las clínicas. Las mujeres trabajan menos horas tanto totales (59 contra 51) como con los pacientes (44 contra 50). Dada la feminización continuada de la profesión médica habrá que ir pensando en aumentar el número de médicos (para mantener el total de horas) o en pasar trabajo a otras profesiones (para necesitar menos horas de médicos).

Errores de medicación en Madrid.

id:113-7

Autores: Larrubia O, Cruz E.
Revista/Año/Vol./Págs.: Reacciones Adversas Medicamentos. 2008;15(1):1-4. Citas 6. MPF.
Calificación: Informativo.

Comentarios: A veces la Administración hace las cosas bien, como en este caso que se comenta, en Madrid. Se ha diseñado un sistema de declaración de probables errores en relación con medicamentos que puede llevar a mejoras de la seguridad del paciente. En el texto se explica someramente el fundamento y el funcionamiento con datos de las primeras 2.800 declaraciones. Sólo el 2,5% de los errores de medicación declarados conllevaron daños al paciente. Pero a partir de las declaraciones no se repara el daño, sino más bien se corrigen las condiciones y situaciones que llevan al error, lo que es un buen enfoque. Pero el problema es que sólo exista para medicamentos, cuando los errores que cometemos en la práctica clínica se refieren a otros muchos campos.

Alcohol y medicamentos.

id:113-8

Dangers of mixing alcohol with certain medication or diseases.

Autor: Anónimo.
Revista/Año/Vol./Págs.: Worts Pills Best Pills. 2008;14(8):1-4. Citas 0. JG.
Calificación: Informativo.

Comentarios: A veces un paciente te pregunta si puede tomar alcohol con el medicamento que le prescribes (y tienes pocas dudas si se trata de un psicofármaco). Sucede sobre todo con los antibióticos, pues hay una cultura popular que rechaza la asociación. En este caso concreto el problema es la reacción tipo *antabús* con las cefalosporinas y otros tipo griseofulvina y metronidazol. Todo ello se recoge en una tabla en este sintético artículo que convendría tener fotocopiado en la mesa del despacho. Por ejemplo, para desaconsejar el uso concomitante de paracetamol y alcohol. Idem con anticoagulantes orales. O con algunos hipotensores, pues se puede agravar su efecto y tener crisis de hipotensión (metildopa, clonidina, doxazosina y demás).

A favor de la relación con la industria.

id:113-9

Has the hunt for conflicts of interest gone too far? Yes.

Autor: Stossel TP.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2008;336:476. Citas 15. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: De vez en cuando conviene leer y pensar lo que dice los que tienen ideas opuestas a las propias. Por eso es interesante este breve texto, claramente a favor del relajamiento en las normas que controlan la relación entre médicos e industria. El autor insiste en que el mundo puro no existe, y que pocos hacemos caso a los que abominan de sus pecados y piden rigor y austeridad. Que sin el ánimo de lucro no habría ni nuevos medicamentos, ni instrumentos, ni nada de nada. Y que un rigor excesivo en la aplicación de los conflictos de interés está disminuyendo la necesaria relación entre industria y academia, por ejemplo. Además, no hay pruebas que asocien más conflictos de interés con peor resultado en salud de los pacientes.

En contra de la relación con la industria.

id:113-10

Has the hunt for conflict of interest gone too far? No.

Autor: Lee K.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2008;336:477. Citas 19. JG.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En contra de la opinión sustentada en el texto previamente comentado, el autor cree que los conflictos de interés deberían controlarse todavía más. Lo que está en juego es la credibilidad del sistema sanitario y de la investigación sanitaria. Pone ejemplos varios, el mejor de los cuales es la muerte de un paciente joven en Filadelfia, en un ensayo clínico de terapia génica, donde se incumplieron todas las normas, y donde se pudo demostrar que los académicos participantes tenían intereses comerciales en el producto que se estaba estudiando. Son sólo ejemplos, pero conviene impedir que se reproduzcan o generalicen de forma que debe ser bienvenido un mayor rigor en el control de las relaciones de los médicos con la industria farmacéutica.

Faltan comadronas para humanizar el parto. Entrevista a María Fuentes.

id:113-11

Autores: Gavarró R, Taboada L.**Revista/Año/Vol./Págs.:** MYS. 2008;23:6-10. Citas 2. MPF.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: La revista "Mujeres y Salud" siempre tiene algún contenido de interés general, como esta entrevista a María Fuentes, médica pionera del parto a domicilio. En las preguntas y respuestas salen gran parte de las cuestiones que parecen lógicas pero no hay forma de lograr su difusión; por ejemplo, que la episiotomía sistemática es una barbaridad, como la anestesia epidural sistemática (¡que se emplea como criterio de calidad, a más mejor!). El problema de fondo es la falta de profesionales capacitados para ofrecer una atención humana y científica al embarazo y al parto. María Fuentes estima que en España no hay más de 40 profesionales tales. Es pena que los médicos de primaria no contemos para nada en todo esto.

La erotización forzada de las niñas.

id:113-12

Autor: Cánovas G.**Revista/Año/Vol./Págs.:** MYS. 2008;24:10-1. Citas 0. MPF.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: La pubertad es un periodo de despertar de pulsiones sexuales que en el periodo previo se canaliza hacia el juego y el estudio. Lo recuerda la autora de este breve texto sobre algo que sorprende en la sociedad, tan pacata y "políticamente correcta", pero tan tolerante con la erotización forzada de las niñas que ven acortada artificialmente su etapa infantil. Con ello disminuye la duración de la etapa de latencia, necesaria para la maduración de la futura mujer. La niña se convierte en adolescente sin serlo y no es extraño que se acompañe de cambios de fijación oral (onicofagia), alimentario y de conducta (consumo precoz de tabaco y alcohol, consumación de relaciones sexuales completas). La consecuencia más evidente es el embarazo en la pre-adolescente, que se ha triplicado en España.

La mortalidad evitable. ¿Cambios en el nuevo siglo?

id:113-13

Autores: Melchor I, Nolasco A, García C, Pereyra P, Pina JA, Moncho J, et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Gac Sanit. 2008;22:200-9. Citas 41. MPF.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: Los autores demuestran un aumento continuado y significativo de mortalidad por cáncer de pulmón en la Comunidad Valenciana. El cáncer de pulmón es una enfermedad evitable por prevención (dejar el tabaco reduce las probabilidad de muerte por cáncer de pulmón de uno por cada ocho fumadores a uno por cada ochocientos no fumadores). Estudian muy minuciosamente la mortalidad evitable por 21 causas desde 1900 a 2004. Encuentran 38.061 muertes evitables (el 7% del total), de las que el 76% corresponden a varones. En estos se demuestra una mejora o estabilización de las causas de muerte. En las mujeres se demuestra el aumento de las muertes por cáncer de pulmón sobre todo en la franja litoral de Alicante (donde residen más extranjeras).

Parturientas añosas y abortos.

id:113-14

Autor: Benzoés KM.**Revista/Año/Vol./Págs.:** CMAJ. 2008;178:183-4. Citas 17. MPF.**Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: En este editorial la autora comenta un trabajo publicado en el mismo número de la revista sobre edad del embarazo y la probabilidad de aborto en el que se revisan 37 estudios. La conclusión no deja lugar a dudas, pues existe una asociación entre edad de embarazo y aborto, tanto en mayores de 35 años como en menores de 19. La cuestión que plantea la editorialista es si las mujeres y los varones que deciden retrasar la llegada del primer hijo (edad media en la mujer ya de 30 años en Canadá) son conscientes de esto. Es más, al retrasar el primer embarazo aumentan otras complicaciones, como partos por cesárea, niños prematuros y embarazos múltiples. De todo ello sabe poco una sociedad que está aceptando como "bueno, bonito y barato" lo del retraso del primer embarazo.

La mamografía digital quizá útil en mujeres con mamas densas.

id:113-15

Cost-effectiveness of digital mammography breast cancer screening.**Autores:** Tosteson ANA, Scout NK, Fryback DG, Achayya S, Herman BA, Hannah LG et al.**Revista/Año/Vol./Págs.:** Ann Intern Med. 2008;148:1-10. Citas 40. JG.**Calificación:** Bueno.

Comentarios: El cribaje con mamografía es una práctica preventiva de dudosa efectividad. Pero puesto que se sigue haciendo convendría por lo menos mejorar los resultados, y hacerse una idea de lo que cuesta. Eso es lo que hacen en este estudio, pues calculan lo que costaría cada año de vida ganado ajustado por calidad (AVAC) si se empleara la mamografía digital en lugar de la radiografía clásica. Si se emplea la mamografía digital para todas las mujeres, el AVAC saldría a más de 300.000 dólares (una barbaridad). Pero si se utiliza sólo para las mujeres con mamas densas y jóvenes, el coste baja a unos 27.000 dólares, lo que puede ser interesante.



Mejora de las publicaciones de estudios observacionales. Declaración de la iniciativa STROBE (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales.

id:113-16

Autores: Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP.

Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2008;82:251-9. Citas 19. **MPF. Calificación:** Informativo.

Comentarios: Este texto ha sido publicado en muchas otras revistas, para fomentar la calidad de las publicaciones con resultados de estudios observacionales (de casos y controles, de cohortes y transversales). Lo malo de la traducción es hablar de eso de "evidencia empírica", pero parece un mal menor. Los 22 criterios seleccionados en la lista de comprobación para autores, lectores y evaluadores los podríamos firmar cualquiera, pues parecen lógicos. Por ejemplo, insisten en la necesidad de describir claramente la muestra, desde el fundamento de su elección al seguimiento de participación, pérdidas y demás. Por cierto, no dejan de señalar la importancia de que se haga una valoración de la validez externa.

El portafolio docente. Mucho más que la suma de las partes.

id:113-17

Autor: Vallina JL.

Revista/Año/Vol./Págs.: Aten Primaria. 2008;40:425. Citas 1. **MPF.**

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: En esta carta al director se hace un buen resumen de lo que debería ser el esquema de aprendizaje del residente (y del médico, en general). El autor lo hace al hilo de un editorial previo en la misma revista y da el enfoque correcto. Lo importante es que el residente sepa las competencias que tiene que lograr, las indicaciones sobre cómo conseguirlo y la forma de documentar sus éxitos. Es decir, hay que marcar los objetivos, los métodos y la evaluación docente. Y eso sirve para el residente y para el médico clínico. Así es como se constituye lo que en inglés se llama portfolio, cartera o carpeta en su traducción literal al español. Es clave que sea un ejercicio personal, de auto-responsabilidad, y que dure toda la vida (para impedir la obsolescencia).

Cien años de "¡Que inventen ellos!". Una aproximación a la visión unamuniana de la ciencia y la técnica.

id:113-18

Autor: Eladi J.

Revista/Año/Vol./Págs.: QUARK. 2007;39/40: 93-9. Citas 17.

Calificación: Bueno.

Comentarios: De vez en cuando conviene darse una vuelta por el imaginario español, esa cultura que nos impregna sin querer. Buen ejemplo es este texto de un farmacólogo clínico acerca de la fobia de Miguel de Unamuno contra la técnica y el progreso, sintetizada en la famosa frase de "¡Que inventen ellos!". Frase que nunca dijo el autor, sino uno de sus personajes en su ensayo "El pórtico del templo". Curiosamente Unamuno tuvo una fase de socialismo científico, en el que se veía la ciencia, la técnica y el progreso como medio para lograr el bien de los pueblos. Tras una profunda crisis religiosa, la actitud de Unamuno cambió. Parece que lo que rechazaba realmente era el progreso sin alma, la técnica como mejora material que aliena. Algo tenía de razón, aunque no llevado a su extremo.

La troponina elevada no equivale a infarto de miocardio.

Lab test don't make diagnosis, doctors do.

id:113-19

Autor: Alpert JS.

Revista/Año/Vol./Págs.: Am J Med. 2008;121:87-8. Citas 5. **JG. Calificación:** Excelente.

Comentarios: Diagnosticar es un arte y una ciencia, sin duda. Como tal, no depende sólo de algo rutinario o mecánico. Así, en todo diagnóstico hay un juicio clínico que debería tener en cuenta la situación del paciente y el entorno en que se encuentra. Lo recuerda el editorialista al repasar los problemas para lograr una definición uniforme de infarto de miocardio. Naturalmente, en el caso agudo la elevación de la troponina es fundamental. Pero no basta pues la troponina se eleva con cualquier daño del miocardio ya sea trama, ya embolia pulmonar, o pericarditis. Por ello se necesita el juicio clínico que combine el laboratorio con el ECB y la situación del paciente. En lo concreto relata el caso de una paciente que llegó a tener problemas para contratar una póliza sanitaria por un diagnóstico previo de infarto tras elevación de la troponina después de sufrir una reanimación cardio-pulmonar.

Los métodos diagnósticos también hay que evaluarlos.

Evaluating laboratory diagnostics tests.

id:113-20

Autor: Walley T.

Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2008;336:569-70. Citas 3. **JG.**

Calificación: Muy bueno.

Comentarios: Nos hemos acostumbrado a un nivel de exigencia en los medicamentos que no encontramos en otros campos de la práctica médica. Por ejemplo, se introduce la TAC de 65 cortes sin ensayo clínico alguno que lo justifique, sólo "porque es mejor". Lo mismo pasa con las pruebas diagnósticas, que raramente han tenido una evaluación rigurosa previa. La alarma la están dando las pruebas diagnósticas genéticas, por sus graves implicaciones en predicción. Pero el problema es general, como señala el editorialista. Sobre todo no se evalúa la utilidad clínica del nuevo método, que es lo central. No hay una exigencia de rigor y ello va contra la lógica científica. ¿Qué menos que la misma exigencia a los métodos diagnósticos que a los terapéuticos?

Salud pública basada en la evidencia. Recursos sobre la efectividad de intervenciones en la comunidad.

id:113-21

Autores: Morales JM, Gonzalo E, Martín FJ, Morilla JC.
Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2008;82:5-20. Citas 42. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este trabajo se hace una crítica indirecta a la Medicina Basada en Pruebas, pues se identifican claramente sus puntos débiles, los que dificultan la aplicación al campo de la Salud Pública. Sobre todo, los problemas de los ensayos clínicos, pues son casi ensayos de laboratorio que poco tienen que ver con la vida. En Salud Pública no se puede hacer habitualmente ningún ensayo clínico, por problemas prácticos (sobre todo coste), éticos y/o conceptuales. Es algo parecido a lo que pasa en Primaria. Lo peor, que los ensayos clínicos carezcan de validez externa, que no sean generalizables. Los autores, granadinos, hacen notar los intentos para superar los problemas y para aplicar lo más razonable de la Medicina Basada en Pruebas, como la estrategia TREND (*Transparent Reporting of Evaluation with Non randomized Designs*).

Sobre la salud pública basada en pruebas.

id:113-22

Autores: López Alcalde J, Bonfill X.
Revista/Año/Vol./Págs.: Rev Esp Salud Pública. 2008;82:1-4. Citas 15. MPF.
Calificación: Bueno.

Comentarios: En este editorial se comenta el artículo previo y los autores destacan de nuevo la dificultad para trabajar con métodos de Medicina Basada en Pruebas. Lo centran, claro, en Salud Pública, pero casi se puede decir lo mismo de la Atención Primaria. Lo importante de los dos textos es que plantean la necesidad de evaluar actividades que todavía tienen una aureola positiva que carece de fundamento científico. Por ejemplo, las actividades comunitarias. Buen ejemplo de su inutilidad es la experiencia en Karelia del Norte, en Finlandia, y sin embargo esa experiencia se emplea para "vender" la intervención comunitaria. Esperemos que los del inglés NIVEL terminen de desarrollar el método de evaluación que comentan los editorialistas para poner las cosas en su sitio.

GRADE, una nueva forma de valorar el peso de las pruebas.

id:113-23

Autores: Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ, GRADE Working Group.
Revista/Año/Vol./Págs.: BMJ. 2008;336:945-8. Citas 11. JG. **Calificación:** Bueno.

Comentarios: En Medicina Basada en Pruebas todo se tiñe de un aparente rigor, de una aparente ausencia de subjetividad. Pero es evidente que la neutralidad científica no existe, y de ahí los fallos en cosas tan simples como la graduación de la fuerza de las pruebas. Parece que es fácil dar importancia y peso a los resultados de los ensayos clínicos. Nada más difícil. En este texto se resume una nueva iniciativa, GRADE (*Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*), que intenta evitar los errores previos. Es importante estar al tanto, pues tendrá influencia. La fuerza de la recomendación se mide en cuatro niveles, de grande a baja. Y la importancia clínica se valora con nueve niveles, siendo el máximo aquello que es crítico, como mortalidad. Se tienen en cuenta factores varios que refuerzan o debilitan los resultados de los estudios considerados.

No es posible decidir sobre el cribaje preconcepcional o prenatal de la fibrosis quística. Economic evaluation of cystic fibrosis screening: a review of the literature.

id:113-24

Autores: Radhakrishnan M, Gol K, Hall J, Delatycki M, Massie J.
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy. 2008;85:133-47. Citas 34. JG. **Calificación:** Bueno.

Comentarios: Continuamente se nos ofrecen más y más expectativas de tratamiento y prevención de enfermedades genéticas, de forma que parece que con ello se resolverán todas las enfermedades. Las cosas no son así, naturalmente. En este trabajo se hace una revisión de 14 estudios sobre cribaje preconcepcional o prenatal de la fibrosis quística. Al evaluar los trabajos queda claro que tienen grandes deficiencias hasta el punto de dificultar la posibilidad de la extrapolación de los resultados. En este caso respecto a su valoración económica e impacto en salud. Las variaciones son muchas, y de campos variados. Por ejemplo, la aceptación del aborto del feto afectado. Los autores, australianos, concluyen pidiendo que se mejore la presentación de resultados para dar mayor énfasis a la validez externa (la posibilidad de extrapolar las conclusiones).

¿Protocolos? Pocos y buenos.

id:113-25

Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care.

Autores: Rashidian A, Eccles MP, Russell I.
Revista/Año/Vol./Págs.: Health Policy. 2008;85:148-61. Citas 83. JG. **Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: Todos querríamos que nos ayudaran para emplear el mejor conocimiento en la práctica clínica. En este sentido esperábamos que las guías, los protocolos y algoritmos fueran una muleta al menos, para caminar con más seguridad. Pero de muleta han pasado a trampa, por su falta de calidad científica. De ahí el rechazo habitual a estos instrumentos. Los autores, ingleses, entrevistan en profundidad a 25 médicos generales, de los que 13 tienen responsabilidades académicas. Las entrevistas duraron entre 25 y 45 minutos, y 11 fueron cara a cara y 14 por teléfono. Como era de esperar hay una reticencia generalizada. Se pide que se hagan por organizaciones independientes, que sean simples y que sean sistemáticas. Sobre todo, que expongan claramente los cambios que proponen y las ventajas que se derivan.


Innovar en la gestión de servicios de salud pública: la experiencia de la Agencia de Salud Pública de Barcelona.

id:113-26

Autores: Guix J, Villalba JR, Armengol R, Llebaria X, Manzanera R, Plasència A.

Revista/Año/Vol./Págs.: Gac Sanit. 2008;22:267-74. Citas 18. MPF. **Calificación:** Muy bueno.

Comentarios: La salud pública es siempre la cenicienta de los sistemas sanitarios, pero también merece una atención y una organización, del estilo de lo que relatan los autores respecto a Barcelona. Han logrado la creación y puesta en marcha de la Agencia de Salud Pública en la que se integran todos los servicios del ayuntamiento y de la comunidad autónoma. No ha sido fácil combinar intereses de profesionales, organizaciones, sindicatos y demás, pero ahora se ofrece una "ventanilla única" para todos los problemas de salud pública en la ciudad. Lo importante es que ahora tienen clara la misión (para qué existen) y la visión (a dónde queremos llegar). El texto es un bonito relato, que comienza con la epidemia de cólera de finales del siglo XIX, que tantos cambios provocó sobre todo en los grandes ayuntamientos tipo Barcelona, Madrid, Bilbao, Valencia y Sevilla.

El ser humano y la enfermedad mental. Algunas reflexiones teóricas con implicaciones prácticas.

id:113-27

Autor: Baca E.

Revista/Año/Vol./Págs.: Eidón. 2008;27:11-17. Citas 0. JG.

Calificación: Bueno.

Comentarios: No somos capaces de definir salud. Al menos no somos capaces de hacerlo de forma práctica, de forma que se pueda medir y que coincida con la experiencia personal. Por ello es comprensible que tengamos dificultades para definir la salud mental. El autor examina este problema y es práctico en el planteamiento pues reconoce que no se puede hablar de salud mental sin tener en cuenta nuestro concepto global de existencia. Propone evitar la tendencia a considerar todo como un trastorno, como enfermedad mental, pues en ese caso la mitad de la población se pasaría atendiendo a la otra mitad a intervalos casi regulares. Pone de ejemplo el desasosiego de la vuelta al trabajo tras las vacaciones, que ni es patología mental ni trastorno alguno.

Alerta SEMG



GlaxoSmithKline

Le facilita cualquiera de los artículos reseñados en esta sección

Nombre y apellidos:.....

Centro de trabajo:.....

Dirección:..... CP:..... Provincia:.....

Teléfono:..... Fax:..... e-mail:.....

Indique a continuación el título, primer autor, número de edición de **medicinageneral**, mes y año

| titulo | primer autor | nº edición | mes | año | id |
|--------|--------------|------------|-----|-----|----|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Enviar, citando **medicinageneral** - Alerta SEMG, a CIC centro de información GSK - Tel. 902 202 700 e-mail: es-ci@gsk.com - Fax 918 070 479

En cumplimiento de la Ley Organica 16/1999 de 13 de diciembre de protección de Cartas de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales recogidos en el presente formulario se incluirán en un fichero cuyo responsable es GlaxoSmithKline, S.A. con domicilio en C/ Severo Ochoa, 2. 28760 Tres Cantos (Madrid) con la finalidad del envío de artículos de revistas científicas. Usted tiene derecho al acceso, rectificación y anulación de sus datos así como a la oposición a su tratamiento en sus términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo desea puede ejercitarlos dirigiéndose por escrito a la dirección del responsable arriba mencionado, indicando CIC Centro de Información de GSK*.