

La revista científica en medicina (VIII de XIV).

3. La publicación de un artículo científico Efecto de la revisión en el manuscrito. Críticas a la revisión por pares. Dictamen final y manuscritos rechazados. Etapas en la publicación.

DRA. MA. CRISTINA SOSA DE MARTÍNEZ,^{†*} M. EN C. JOSÉ LUIS PABLOS HACH,^{*}
MA. CRISTINA MARTÍNEZ SOSA^{**}

RESUMEN

El octavo artículo de la serie tiene como finalidad describir aspectos relevantes del efecto de la revisión por pares sobre el manuscrito, así como mencionar algunas de las críticas que se han realizado a la revisión por pares. Una vez revisado el artículo, el editor, los revisores o ambos, emiten uno de los siguientes cuatro tipos de dictamen: aceptar el manuscrito sin cambios, aceptar después de algunas modificaciones, volver a revisar, y cuando no hay posibilidad de que una nueva modificación mejore el manuscrito, rechazar. Se señala el resultado de estudios sobre el destino de los manuscritos rechazados. Se habla someramente sobre el proceso de edición, prueba y publicación del manuscrito.

Palabras clave: Revisión por pares, revistas médicas.

ABSTRACT

The purpose of the eighth article in this series is to describe some studies concerning the effect of peer review on the manuscript. Contrary opinions against peer review are presented. When the article has been reviewed, the decision regarding the manuscript, given by the editor and/or the reviewers may be as follows: accept it as it is, accept it with slight changes; after thorough changes, a new review is needed; and reject, when there is no possibility that any change on the manuscript turns it into an acceptable version. Some studies on the final fate of rejected manuscripts are mentioned. Relevant topics about the editing process, testing and publishing are mentioned.

Key words: Peer review, medical journal.

3.3.4. Efecto de la revisión sobre el manuscrito

Para contrastar la hipótesis de que cuando un manuscrito ha sido aceptado por una revista, al volverlo a revisar no se encuentran problemas importantes, Garfunkel y cols.,¹ diseñan un estudio. Para ello envían 25 manuscritos aceptados a dos nuevos revisores. La opinión de dichos revisores es aceptar 18 de los manuscritos, aunque con múltiples recomendaciones. En el caso de un artículo, ambos revisores coinciden en que debe ser rechazado.

* División de Investigación, Instituto Nacional de Pediatría.

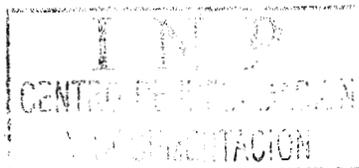
** Revista Ingeniería, Investigación y Tecnología, Universidad Nacional Autónoma de México.

† Beca Conacyt No 86532. Maestría en Metodología de la Ciencia. PESTyC. Instituto Politécnico Nacional

Correspondencia: Dra. Ma. Cristina Martínez. Departamento de Metodología de la Investigación. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C. Col Insurgentes Cuicuilco. 04531 México, D.F. correo electrónico: mcmtz@cenids.ssa.gob.mx
Recibido: julio de 1999. Aceptado: febrero, 2000.

En un estudio con mayor objetividad, Justice y cols.,² evalúan los efectos de la revisión por pares sobre la calidad del manuscrito. Estudian 113 manuscritos aceptados por la revista *Ann Intern Med*, entre marzo de 1992 y de 1993. Cada manuscrito es evaluado por un revisor, por un experto, así como por un lector seleccionado por considerar que el título del artículo lo motivaría a leer el trabajo. Los manuscritos se califican en una escala de diez puntos (diez = máxima calificación). Una calificación igual o mayor a cinco, es otorgada por 77% de los lectores, por 73% de los revisores y por 52% de los expertos, quienes son más críticos en forma estadísticamente significativa ($p < 0.0001$). La concordancia entre los jueces es relativamente alta, aunque no mayor de lo que se esperaría por el azar. Por otro lado, una tercera parte de los lectores considera que el manuscrito tiene poca relevancia para su trabajo.

En otra investigación publicada por el citado equipo a excepción del primer autor, S. Goodman y cols.,³ un grupo de expertos califica, sin tomar en cuenta la



calidad de la investigación, 34 aspectos de la calidad del informe en una escala del uno al cinco, tanto de la versión original del manuscrito enviado por el autor, como de la versión revisada. Cada versión es evaluada por una persona diferente. Encuentran que mejoran 33 de los 34 aspectos estudiados, en particular, en lo referente a mencionar las limitaciones del estudio, acotar las generalizaciones, utilizar intervalos de confianza, así como respecto al tono de las conclusiones. Los manuscritos con calificaciones por debajo del 50% mejoraron entre dos y tres tantos. Una de las limitaciones de la citada investigación es no determinar la variabilidad intraobservador entre los 44 revisores participantes, pese a contar con 30 repeticiones.

En el área de la revisión de los aspectos estadísticos, Gardner y Bond,⁴ comparan los manuscritos iniciales y finales de 45 artículos publicados por la revista *Br Med J*. En lo que se refiere a las versiones iniciales, cinco artículos son aceptables desde el punto de vista estadístico, cifra que se incrementa a 38 después de la publicación. Siete artículos son considerados como no satisfactorios: en cuatro, las revisiones no son adecuadas y en los tres restantes, su valor es dudoso. La omisión más importante en 28 artículos es el cálculo del tamaño de la muestra.

En un interesante estudio, J. Roberts y cols.,⁵ evalúan el efecto de la revisión por pares y del proceso editorial sobre la legibilidad de los manuscritos y de sus resúmenes, así como sobre la extensión de ambos, en 100 manuscritos subsecuentes recibidos en la revista *Ann Intern Med* entre marzo y noviembre de 1992. En textos en idioma inglés, para evaluar el nivel educativo requerido para la lectura del texto se utiliza el Índice de niebla de Gunning,⁶ y para valorar la legibilidad del escrito, el Índice de facilidad de lectura Flesch,⁷ el cual se mide en una escala de 100 puntos (100=máxima legibilidad y 0= mayor dificultad en la lectura). Los citados índices se calculan de la siguiente forma:

$$\begin{aligned} \text{Índice de Gunning} &= 0.4 \times (\text{promedio de la longitud de las oraciones} \\ &\quad + \text{porcentaje de palabras de más de dos sílabas}) \\ \text{Índice de Flesch} &= 207.835 \times (\text{cantidad de sílabas por 100 palabras}) \\ &\quad - [1.015 \times (\text{promedio de palabras por oración})] \end{aligned}$$

La legibilidad inicial de los manuscritos y de los resúmenes mediante el Índice de Gunning es de 17.2

(DE 1.55) y 16.6 (DE 2.8), respectivamente; la final, al momento de la publicación es de 16.8 (DE 1.4) y 15.6 (DE 2.4), respectivamente, con una diferencia significativa detectada mediante la prueba de t apareada, $p=0.0005$ y $p=0.001$, respectivamente; en el Índice de Flesch se observa que la legibilidad inicial de los resúmenes es de 26 (DE 12), mientras que de los manuscritos es de 28 (DE 13.4). Después de la revisión, ambos se incrementan a 28 (DE 13) y 29 (DE 8). La mediana de la longitud de los manuscritos se incrementa en 3% en los manuscritos y en 4.2% de los resúmenes. Entre las limitaciones del estudio mencionado está que los índices utilizados no están validados para medicina, donde por una parte, la longitud de las palabras es mayor y por otra parte, la lectura, comprensión y retención dependen también de otros factores tales como contenido, formato, organización lógica, redundancia y motivación del lector.

Lock,⁸ quien fuera editor de la revista *Br Med J*, considera que la revisión por pares produce cambios importantes: de 328 artículos recibidos, el 82% sufre cambios, la mitad de los cuales son de tipo substancial. Señala también a manera de ejemplo el estudio realizado por Yankauer,⁹ en el *Am J Public Health*, en donde 43 de 61 manuscritos son revisados substancialmente o se vuelven a escribir en su totalidad antes de su publicación.

3.3.5. Críticas a la revisión por pares

Se conocen las imperfecciones del proceso de revisión por pares. Ha sido atacado como secreto, carente de objetividad e insuficientemente cuantitativo.¹⁰

Relman,¹¹ señala que la revisión por pares presupone la confianza en los autores, por lo que si mienten respecto a su trabajo, posiblemente no se detecte. Si dichos resultados son plausibles, consistentes internamente y no demasiado llamativos, generalmente las mentiras no serán detectadas durante la revisión por pares. La mejor forma de prevenir el fraude es que los investigadores trabajen en un ambiente colegiado, donde su trabajo pueda ser examinado por sus colegas y supervisores. El fraude casi siempre es realizado por individuos aislados y no por equipos de trabajo.

Por otra parte, Kassirer¹² señala que no siempre es posible identificar todos los errores involuntarios en un manuscrito mediante la revisión por pares. No obstante, dicha revisión ofrece cierta protección contra la difusión de información no válida y aunque no puede garantizar plenamente la validez de un estudio, aumenta la posibilidad de que lo sea.

Ingelfinger,¹³ considera que entre los factores que impiden lograr una evaluación por pares adecuada, se encuentra el que el revisor seleccionado por el editor, no sea tan experto como se esperaba. Collier y Vallance,¹⁴ cuestionan los criterios para evaluar la originalidad que debe tener un artículo.

Robin y Burke,¹⁵ analizan las fortalezas y las debilidades de la revisión por pares. Entre sus fortalezas, señalan las siguientes: 1. disminuye la cantidad de errores; 2. actúa como mecanismo de control de calidad; 3. reduce la cantidad de manuscritos a un tamaño manejable; 4. permite vigilar que se cumplan estándares y normas para la práctica clínica, así como que se otorgue un trato más ético a los sujetos de experimentación y a los animales; 5. estimula la producción de un trabajo de mayor calidad con mejor redacción. Entre las debilidades de la revisión, mencionan las siguientes: 1. excluye nuevas ideas o enfoques que entran en conflicto con la ortodoxia y por lo tanto, retrasa el progreso médico; 2. perpetúa ideas y prácticas equivocadas que forman parte de la ortodoxia; 3. proporciona un "sello de aprobación" de trabajo mal hecho o descuidado; 4. retrasa innecesariamente la llegada de información útil para los pacientes.

Baue,¹⁶ señala que entre los riesgos de la revisión por pares se encuentra que el revisor reaccione favorablemente al trabajo que confirma sus ideas y que rechace el que las contradice, por: 1. estar muy cerca del trabajo como para reconocer una idea totalmente nueva; 2. no ser capaz de aceptar trabajos que se contraponen con el propio; 3. insistir en sus propios criterios y 4. usar el "efecto Mateo" señalado por Merton,¹⁷ en 1968, en el sentido de que al trabajo de los autores reconocidos se les concede todo el crédito y el apoyo, a diferencia de lo que sucede con los autores incipientes.

Al suponer que la mayor crítica de la revisión por pares proviene de los autores de artículos rechazados, Garfunkel y cols.,¹ comparan la opinión sobre la calidad de la revisión de 60 autores de manuscritos rechazados por *J Pediatr*, con respecto a la de 30 autores de manuscritos aceptados. También se investiga la opinión sobre la carta del editor y si los autores de manuscritos rechazados utilizan las revisiones antes de enviar nuevamente su artículo a otra revista. En el cuestionario enviado a los autores se les pregunta si consideran que los revisores comentan sobre: 1. calidad de la redacción; 2. tablas y figuras; 3. métodos y diseño; 4. estadística; 5. discusión/interpretación; 6. referencias y 7. idoneidad de la revista. También se les pregunta si

consideran que la revisión fortalece su trabajo, es exhaustiva y constructiva; su opinión con respecto a la carta del editor y en el caso de manuscritos rechazados qué piensan hacer con éste.

No se detectan diferencias significativas entre las evaluaciones de la calidad de la revisión realizadas por 67% de los autores de manuscritos rechazados y por 90% de los aceptados. Se encuentran diferencias estadísticas únicamente en el sentido de que el grupo de autores de manuscritos aceptados tiene mejor opinión sobre la carta del editor. Solamente uno de los autores de los manuscritos rechazados no piensa enviarlo a otra revista; 33 lo piensan revisar y volver a enviar, mientras que seis lo van a enviar tal como está.

Para conocer si varía la opinión de los autores sobre la revisión por pares en función del dictamen que reciben, Sweitzer y Cullen,¹⁸ envían un cuestionario a 209 autores de *J Clin Anesth* para que califiquen cada una de las dos revisiones de su manuscrito. Responde el 45% de los autores de la muestra original (46 autores de manuscritos aceptados, 26 de los rechazados con posibilidad de volver a enviar y 23 de los rechazados definitivamente). Se les solicita que califiquen entre uno (positivo) y cinco (negativo) lo siguiente: 1. puntualidad de la revisión; 2. calidad; 3. permite mejorar el manuscrito; 4. capacita al autor; 5. permite modificar el manuscrito después de la revisión; 6. especificidad de los comentarios del revisor; y 7. calificación global. Como era de esperarse, en comparación con los autores de los manuscritos rechazados, los autores de manuscritos aceptados están más satisfechos con ciertos aspectos del proceso de revisión al considerar que mejoran sus manuscritos.

3.4. Dictamen final sobre el manuscrito

El editor es finalmente el responsable de seleccionar y publicar a intervalos regulares una variada colección de trabajos científicamente válidos, originales y relevantes para los fines de la revista,¹⁹ por lo que debe asegurarse de que la revisión por pares sea tan objetiva como sea posible,¹⁰ justa y balanceada;^{16,20} debe decidir si las opiniones sobre el diseño experimental y los métodos son legítimos; ponderar cuidadosamente las opiniones discordantes de los revisores y cuando se requiere de asesoría adicional, solicitarla a los revisores originales o a otros nuevos.

Las decisiones editoriales se basan en los siguientes aspectos: la política editorial de la revista, los informes de los revisores y sus comentarios confidenciales a los editores, la lectura del editor del manuscrito, el interés

que tiene el manuscrito para los lectores de la revista;²¹ el flujo de manuscritos a la revista (ante el exceso de manuscritos, el editor rechaza artículos por causas más triviales); las limitaciones resultantes del tamaño y periodicidad de la revista²² R. y S. Fletcher,²³ señalan que cualquiera de los aspectos mencionados puede explicar el rechazo de un manuscrito, pese a que reciba comentarios aparentemente muy favorables. Por otra parte, cuando la decisión de los revisores es rechazar el artículo, el editor puede decidir aceptarlo. En cuyo caso, puede solicitar a los revisores que publiquen un editorial con sus comentarios, pese a que ello puede descubrir su identidad.²¹

Cuando Weller,²⁴ investiga la forma en que los editores de dos grupos de revistas médicas (Grupo I, formado por 16 revistas de orientación clínica de mucho prestigio y Grupo II, por 86 revistas interdisciplinarias indexadas en *Index medicus*) deciden la aceptación o rechazo de un manuscrito, encuentra lo que se muestra en el cuadro 1.

El dictamen final puede ser:²²

1. **Se acepta el manuscrito tal como está.**
2. **El manuscrito es aceptable para publicación con ligeras modificaciones.** La política de Baue,²⁵ quien fuera editor de *Arch Surg* consistía en que cuando se cumplen todas las recomendaciones, está casi asegurada la publicación del artículo. Asimismo, una vez realizados los cambios solicitados, no se le pueden hacer nuevas recomendaciones.
3. **En su forma actual, el manuscrito es inaceptable para publicación, pero podría ser aceptable siempre y cuando se realicen las modificaciones.** En esta situación, se le envía al autor el informe de los revisores, una carta o ambos, en donde se sintetizan dichos comentarios.
4. **El manuscrito es inaceptable para publicación.** Es decir, es poco probable que pueda ser modificado de tal forma que resulte aceptable. Entre las razones para el rechazo, Baue,²⁵ señala las siguientes: la revista no es la idónea para el mensaje; el trabajo tiene un área de interés limitada; ya se conoce la información o la conclusión, o bien, ya ha sido publicado por los autores; las conclusiones no están sustentadas por los datos; las recomendaciones no han sido probadas o verificadas adecuadamente, o bien, puede haber peligro en la utilización de algún producto. Greenhalgh,²⁶ menciona como razones adicionales que en el estudio no se contrasta la hipótesis planteada, que debió haberse realizado

Cuadro 1. Forma de decidir la aceptación o rechazo de un manuscrito (en %)²⁴

Decisión de aceptación o rechazo manuscritos:	Grupo I (n=16)	Grupo II (n=86)
Cuando concuerdan los revisores, el editor sigue sus recomendaciones	84	92
Realiza generalmente la decisión final:		
Editor	75	95*
Editor asociado	56	12*
Revisores	6	1
En junta editorial	12	6
El editor acostumbra tener juntas editoriales	81	54*
Tasa de rechazo	67	48*

(*) $p < 0.05$ (prueba de t para varianzas homogéneas)

otro tipo de estudio, problemas técnicos; por ejemplo, en el reclutamiento de los sujetos, lo que altera el protocolo original; el tamaño de muestra es muy reducido; el estudio no es controlado o su control es inadecuado; el análisis estadístico es incorrecto o inadecuado; existen serios conflictos de interés de parte de los autores o de los patrocinadores y no se aplican suficientes precauciones; el estudio está tan mal escrito que resulta incomprensible.

Ante el rechazo de un manuscrito, a fin de abatir los costos, en algunas revistas como *Br Med J*²⁷ y *JAMA*²⁸ se destruye el manuscrito y se solicita a los revisores que también lo destruyan. Solamente es devuelto cuando los autores lo solicitan anticipadamente, o bien, cuando se trata de material artístico o fotográfico.

Byrne,²⁹ señala las tasas de aceptación de manuscritos no solicitados y el factor de impacto³⁰ de diversas revistas, como se puede apreciar en el siguiente cuadro:

3.4.1. Dictamen final sobre el manuscrito

Como resultado de la invitación realizada por D. Altman,³² en el Congreso de Revisión por Pares de 1994, para que los editores establezcan mecanismos para resolver las quejas de los autores, en 1996, *Lancet*³³ establece un procurador (*ombudsman*) para defender los intereses de los autores. Dicha persona debe investigar los retrasos en el manejo de manuscritos y cartas, descortesía por parte de los editores,

Cuadro 2. Aceptación de manuscritos no solicitados en revistas médicas en 1995²⁹

	% aceptación de manuscritos solicitados (*)	Factor de Impacto ³¹	Circulación aproximada (*)
<i>N Engl J Med</i>	7%	22.67	223,588
<i>Lancet</i>	9%	17.332	40,000
<i>JAMA</i>	10%	6.83	372,000
<i>Ann Intern Med</i>	14%	9.89	95,000
<i>Br Med J</i>	15%	4.411	112,000
<i>Pediatrics</i>	15%	2.840	55,000
<i>J Am Coll Cardiol</i>	22%	6.013	30,500
<i>Gastroenterology</i>	28%	7.251	16,494
<i>Am J Surg</i>	29%	1.927	15,131
<i>Am J Pathol</i>	30%	5.529	4,500
<i>Neurology</i>	30%	4.347	18,000
<i>Am J Clin Pathol</i>	40%	2.181	15,323

(*) Información proporcionada por editores o equipo editorial.

incumplimiento de los procesos editoriales establecidos, falla en tomar en cuenta las quejas de autores y lectores, y cuestionamientos a la ética de la revista. Cabe señalar, que no está facultado para investigar quejas acerca del contenido de las decisiones editoriales, ni acusaciones de fraude. Horton,³⁴ editor de dicha revista señala que en los primeros dieciocho meses, reciben veinte quejas, de las cuales, se les concede la razón en once.³⁵

3.4.2. Destino de manuscritos rechazados

Los editores no son infalibles. Ocasionalmente, artículos rechazados por una revista han sido publicados por otra y se han convertido en clásicos reconocidos. Se ha dado el caso de que los autores de un artículo rechazado por la revista A y publicado por la revista B han ganado un premio Nobel: Hans Krebs envió un resumen de sus observaciones sobre el ácido cítrico como una carta breve a la revista *Nature*, en 1937. Recibe la carta de rechazo en 5 días y por ese trabajo, publicado en otra revista, recibe el premio Nobel 16 años después.³⁶ Otros dos ejemplos son el desarrollo del inmuensayo y el descubrimiento del antígeno de hepatitis B, conocido entonces como el antígeno Australia.³⁷

Para valorar indirectamente la eficacia del proceso de la revisión de manuscritos se analiza el destino de los artículos enviados por una institución. Por ejemplo, en 1984, en el estudio realizado en la *Kaiser Foundation Research Institute* ubicada en California, Estados Unidos de Norteamérica, Mundy,³⁸ evalúa el destino de

176 de los 239 manuscritos enviados por clínicos de todas las especialidades. Se encuentra que 30% de los manuscritos son aceptados en el primer intento, habiendo transcurrido 10.7 meses desde el momento de su envío hasta su publicación y un promedio de 4.3 meses hasta su aceptación; en el caso de aceptación en el segundo intento, la tasa de aceptación es de 41%, con 13 y 7 meses, respectivamente. Nueve de 33 artículos enviados en cuatro ocasiones fueron publicados a los 20 meses y ocho de 17 que se enviaron en cinco o más ocasiones, a los 23 meses.

Abby y cols.,³⁹ investigan el destino de 125 manuscritos rechazados en *Am J Surg* durante 1989. Al revisar *Medline* entre 1984 y 1992 buscando manuscritos semejantes a los rechazados, encuentran que 62% no se han publicado. En los manuscritos que sí se publican, el lapso entre el rechazo y la publicación posterior fue de 17 meses. Los autores concluyen que su estudio habla de la eficacia de la revisión por pares.

Lock,⁴⁰ comenta que los artículos aceptados y publicados por *J Clin Invest* reciben una doble proporción de citas que aquéllos que rechazan y que son publicados en otras revistas.

3.5. Edición, pruebas y publicación del manuscrito

Después de aceptado el manuscrito para publicación, el editor o un integrante de su equipo, procede a editarlo, siguiendo estos principios²²: 1. Acortar el manuscrito lo más posible sin perder exactitud. Por ejemplo, eliminar repeticiones. 2. Cuando se trata de una revista internacional en inglés, y el manuscrito no procede de un país anglosajón, se corrigen el inglés y la gramática. 3. Se realizan adaptaciones para seguir el estilo editorial de la revista. 4. Se verifica la exactitud y validez de las referencias. 5. Se estandarizan los nombres de fármacos, símbolos, unidades y abreviaturas.

El editor envía el manuscrito a un corrector de pruebas quien marca el manuscrito para guiar al impresor en la tipografía, aunque también se pueden realizar más correcciones.

Las pruebas del impresor se envían al corrector de pruebas, a los autores y editores, para que hagan las correcciones pertinentes. Éstas son turnadas nuevamente al corrector de pruebas quien las resume y envía una prueba corregida al editor. Generalmente, las pruebas finales son revisadas solamente por el editor y por el corrector de pruebas.

Por lo descrito, se desprende que el proceso de publicación es complejo y lleva tiempo. Cuando se trata de una revista mensual, es de esperar que pasarán

muchos meses entre el envío del manuscrito y su eventual publicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garfunkel JM, Ulshen MH, Hamrick HJ, Lawson EE. Problems identified by secondary reviews of accepted manuscripts. *JAMA* 1990;263(10):1369-71.
2. Justice AC, Berlin JA, Fletcher SW, Fletcher RH, Goodman SN. Do readers and peer reviewers agree on manuscript quality? *JAMA* 1994;272:117-8.
3. Goodman SN, Berlin J, Fletcher SW, Fletcher RH. Manuscript quality before and after peer review and editing at *Annals of Internal Medicine*. *Ann Intern Med* 1994;121:11-21.
4. Gardner MJ, Bond J. An exploratory study of statistical assessment of papers published in the *British Medical Journal*. *JAMA* 1990;263(10):1355-7.
5. Roberts JC, Fletcher RH, Fletcher SW. Effects of peer review and editing on the readability of articles published in *Annals of Internal Medicine*. *JAMA* 1994;272:119-21.
6. Gunning R. The technique of clear writing. New York, NY: McGraw-Hill International Book Co;1952. En: Roberts JC, Fletcher RH, Fletcher SW. Effects of peer review and editing on the readability of articles published in *Annals of Internal Medicine*. *JAMA* 1994;272:119-21.
7. Flesch RF. A new readability yardstick. *J Appl Psychol* 1948;32:221-8. En: Roberts JC, Fletcher RH, Fletcher SW. Effects of peer review and editing on the readability of articles published in *Annals of Internal Medicine*. *JAMA* 1994;272:119-21.
8. Lock S. Does editorial peer reviewer work? *Ann Intern Med* 1994;121:60-1.
9. Yankauer A. Peering at peer reviews. *CBE Views* 1985;8:7-10. En: Lock S. Does editorial peer reviewers work? *Ann Intern Med* 1994;121:60-1.
10. Soffer A. Editorial reviewers: What is their function? *Arch Intern Med* 1983;143:1867.
11. Relman AS. Peer review in scientific journals: what good is it? [comentario]. *West J Med* 1990;153:520-2.
12. Kassirer JP, Campion EW. Peer review. Crude and understudied, but indispensable. *JAMA* 1994;272(2):96-7.
13. Ingelfinger FJ. Peer review in biomedical publications. *Am J Med* 1974;56:686-92.
14. Collier J, Vallance P. Originality: who is to judge? [comentario]. *Lancet* 1993;342:510.
15. Robin ED, Burke CM. Peer review in medical journals. *Chest* 1987;91(2):252-7.
16. Baue AE. Peer and/or peerless review. Some vagaries of the editorial process [editorial]. *Arch Surg* 1985;120:885-7.
17. Merton RK. The Matthew effect in science. *Science* 1968;159:56-63.
18. Sweitzer BJ, Cullen DJ. How well does a journal's peer review process function? A survey of authors' opinions. *JAMA* 1994;272(2):152-3.
19. Pulido M. El aporte de árbitros y editores al trabajo científico de los autores. *Bol Of Sanit Panam* 1990;108(1):58-61.
20. Relman AS, Angell M. How good is peer review? *N Engl J Med* 1989;321(12):827-9.
21. Anónimo. The editor regrets [editorial]. *Br Med J* 1980;280:508.
22. Smith G. The role of the editor. Hall GH (ed.). *How to write a paper*. London: Br Med J Publishing Group;1994:78-88.
23. Fletcher RH, Fletcher SW. Who's responsible? [editorial]. *Ann Intern Med* 1993;118(8):645-6.
24. Weller AC. Editorial peer review: methodology and data collection. *Bull Med Libr Assoc* 1990;78:258-70.
25. Baue AE. Reflections of a former editor. *Arch Surg* 1993;128:1305-14.
26. Greenhalgh T. How to read a paper. (2) Getting your bearings (deciding what the paper is about). *Br Med J* 1997;315:243-6.
27. Lock S. Shredding of rejected manuscripts. *Br Med J* 1984;289:942.
28. Glass MR. New information for authors and readers. Group authorship, acknowledgments, and rejected manuscripts. *JAMA* 1992;268(1):99.
29. Byrne DW. Publishing your medical research paper. What they don't teach you in Medical School. Baltimore:Williams & Wilkins;1998.
30. Garfield E. Which medical journals have the greatest impact? *Ann Intern Med* 1986;105:313-20.
31. Anónimo. 1994 Science Citation Index Reports. Philadelphia: Institute for Scientific Information;1995. En: Byrne DW. Publishing your medical research paper. What they don't teach you in Medical School. Baltimore:Williams & Wilkins;1998.
32. Altman DG, Chalmers Y, Herxheimer A. Is there a case for an International Medical Scientific Press Council? *JAMA* 1994;272(2):166-7.
33. Horton R. *The Lancet's* ombudsman. *Lancet* 1996;348:6.
34. Horton R. The journal ombudsperson. A step toward scientific press oversight. *JAMA* 1998;280(3):298-9.
35. Sherwood T. *Lancet's* ombudsman's first report. *Lancet* 1997;350:4-5. En: Horton R. The journal ombudsperson. A step toward scientific press oversight. *JAMA* 1998;280(3):298-9.
36. Fye WB. Medical authorship: traditions, trends and tribulations. *Ann Intern Med* 1990;113:317-25.
37. Altman LK. The Ingelfinger rule, embargoes, and journal peer review. Part 1. *Lancet* 1996;347(2012):1382-6.
38. Mundy D. Time needed for publication of journal articles [informe breve]. *Ann Intern Med* 1984;101:61-2.
39. Abby M, Massey MD, Galandiuk S, Polk HC. Peer review is an effective screening process to evaluate medical manuscripts. *JAMA* 1994;272(2):105-7.
40. Lock S. Journalology: evolution of medical journals and some current problems. *J Intern Med* 1992;232(3):199-205.

