

Panorama Cuba y Salud 2012;7(1): 18-23

(Recibido: 29 de junio 2011 ,  
aprobado: 2 de octubre 2011)

(Artículo Original)

## Criterios de expertos cubanos sobre la prescripción médica basada en evidencia científica

Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC) y Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP)

Liuba Alonso Carbonell<sup>1</sup>, Ana Julia García Milian<sup>2</sup>, Pedro López Puig<sup>3</sup>, Ana Caridad Serrano Patten<sup>4</sup>, Ana Margarita Toledo Fernández<sup>5</sup>, Alina Álvarez Crespo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Especialista de 2do. Grado en Farmacología, Máster en Promoción de Salud, Profesor e Investigador Auxiliar (CENCEC); <sup>2</sup>Médico Especialista de 2do. Grado en Farmacología, Máster en Economía de la Salud, Investigador y Profesor Auxiliar (CENCEC); <sup>3</sup>Médico Especialista de 2do. Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Primaria de Salud, Profesor e Investigador Auxiliar (ENSAP); <sup>4</sup>Licenciada en Psicología, Máster en Psicología de la Salud, Profesor Asistente; <sup>5</sup>Médico Especialista de 2do. Grado en Medicina General Integral, Máster en Atención Primaria de Salud, Profesor Auxiliar e Investigador Agregado, Dirección Nacional de Ciencia y Técnica; <sup>6</sup>Médico Especialista de 1er. Grado en Medicina Genral Integral, Profesor Instructor (CENCEC).

### RESUMEN

**Objetivo:** Describir la opinión de expertos del área clínica y gerencial acerca de la prescripción y el conocimiento basado en la evidencia sobre la farmacoterapia.

**Método:** Se trata de una investigación cualitativa conducida durante el segundo semestre del año 2009. Se evaluó la opinión de 15 expertos mediante 2 grupos focales (expertos no prescriptores y expertos prescriptores) con 7 y 8 integrantes cada uno. La información fue analizada y clasificada en unidades significativas.

**Resultados:** Ambos grupos investigados no están bien informados sobre el tema y la mayoría no conoce que es la medicina basada en evidencia. Consideran que la formación en esta materia debe partir desde el pregrado y continuar en todos los niveles de especialización.

**Conclusiones:** Los expertos consideran que el escaso conocimiento sobre medicina basada en evidencia y el difícil acceso a la información científica conspiran contra el uso de práctica durante el acto de la prescripción. De manera general se encontraron diferencias entre los criterios emitidos.

**Palabras clave:** Medicina basada en evidencia, Revisión por Expertos de la Atención en Salud; Investigación Cualitativa.

### INTRODUCCIÓN

La medicina basada en la evidencia (MBE) consiste en el empleo serio, claro y prudente del conocimiento actualizado a la hora de tomar decisiones frente a un paciente. También incluye el uso equilibrado de los recursos. Existen desacuerdos acerca de la aplicación suficiente de la MBE en la atención sanitaria. Esta medicina debería incluir a todos los prescriptores y en la medida de lo posible, ser la base de las recomendaciones terapéuticas (1).

Los componentes necesarios que se han propuesto para practicar la MBE son: la experiencia clínica individual sumada a la mejor evidencia clínica externa que esté disponible, derivada de una investigación sistemática; que procede a veces de las ciencias básicas de la medicina pero que generalmente se deriva de la investigación clínica. En el caso de la terapéutica, estas investigaciones se orientan, a la eficacia y seguridad de los regímenes terapéuticos o preventivos (2). Lo ideal, es la integración de ambas perspectivas. En general, los buenos médicos

son aquellos capaces de integrar su experiencia individual con la mejor evidencia externa disponible. Sin la primera, se correría el riesgo de que la práctica estuviera tiranizada por la evidencia externa y, sin la segunda, la práctica clínica quedaría desfasada rápidamente en detrimento del paciente (3).

En la práctica existen pruebas indirectas de la escasa integración de estas dos perspectivas, lo que se manifiesta en la gran variabilidad de la práctica médica que muestra que en muchas ocasiones actuamos de manera muy divergente a la hora de tratar los mismos problemas.

La ausencia de antecedentes nacionales en investigaciones relacionadas con el uso de la evidencia científica en la prescripción, sugirió la conveniencia de realizar una primera aproximación cualitativa, de tipo intensivo, destinada a la formulación de hipótesis y al ajuste del instrumento cuantitativo para aplicar en una segunda etapa. En este sentido, se siguió la orientación que privilegia la triangulación metodológica en los estudios sociales la que propone articular métodos cualitativos y cuantitativos en los abordajes de las problemáticas sanitarias que

se esperan resolver (4). Esta primera etapa cualitativa de la investigación se desarrolló en La Habana, durante el segundo semestre del año 2009.

Cuando una investigación incluye métodos cualitativos y cuantitativos se incrementa la validez del estudio en general. Los métodos cualitativos ayudan a comprender los resultados cuantitativos toda vez que los sujetos participantes tienen la posibilidad de decir lo que piensan, por qué actúan de cierta manera, y exponer los factores, tanto sociales como económicos, que afectan sus conductas (5).

Conocer los factores que influyen en el uso de la evidencia científica disponible en la prescripción médica es importante para lograr el éxito en esa tarea. El objetivo del presente trabajo fue describir las opiniones de expertos del área clínica y gerencial sobre la prescripción y el conocimiento basado en la evidencia sobre la farmacoterapia. Ello contribuirá a identificar las áreas objetivo para el desarrollo de intervenciones que permitan elevar el uso de la MBE entre los médicos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva que abarcó el segundo semestre del año 2009. Se evaluó la opinión de 15 expertos mediante dos grupos focales (expertos no prescriptores y expertos prescriptores) de 7 y 8 integrantes cada uno. Se siguió para ello la metodología básica que contempla esta técnica de investigación consistente en una reunión informal de discusión, donde se abordaron los temas de interés de acuerdo a una guía básica, pero sin restringirse rigurosamente a dicho formato, sino más bien siguiendo el curso espontáneo que fue tomando la sesión. Durante estas sesiones se valoraron los conocimientos, las experiencias y los puntos de vista de los participantes. Los comentarios se grabaron magnetofónicamente para sintetizarlos posteriormente. La información obtenida fue analizada y clasificada por los autores en unidades significativas.

Las unidades con un contenido similar fueron agrupadas en diferentes temas y categorías. Para una mejor

comprensión los resultados se presentaron en tablas que recogen la percepción de los dos grupos de expertos de forma independiente.

## RESULTADOS

A partir de las opiniones emitidas por los dos grupos de expertos, se constató que los médicos y demás profesionales de la salud no están bien informados sobre el asunto tratado y que la mayoría no sabe qué es la MBE. Sin embargo, a criterio de uno de los participantes: "los líderes sí conocen que es la MBE", aunque entienden que la cultura de la evidencia no debe ser exclusiva de algunos sino que "deben tenerla todos los médicos con independencia de su nivel" (tabla 1).

La tabla 2 resume los criterios de los expertos relativos a la dimensión formación. Como se puede apreciar por las opiniones emitidas, la formación en esta materia debe "partir desde el pregrado y seguir en todos los niveles de especialización"; sin embargo, reconocen que "no se enseña la MBE, ni cómo buscar la evidencia que permita al especialista enfrentarse a los problemas de salud de su comunidad de forma certera y racional".

Además de la debilidad existente en los programas curriculares, los expertos consideran que la mala preparación de los profesores y la poca exigencia en la docencia son elementos que redundan en la mala preparación del médico y atentan contra el uso de la MBE. Por otro lado piensan, que la no aceptación de la MBE pudiera tener su origen en el hecho de que "requiere de un cambio de enfoque y los médicos le hacen resistencia porque sienten que su uso va a limitar su capacidad para prescribir".

De acuerdo con los resultados encontrados, se plantea que el tipo de especialidad pudiera influir en la percepción de esta práctica, por ejemplo, uno de los expertos defendió el criterio siguiente: "en oncología se prescribía basado en la evidencia y que existían protocolos de tratamiento que se diseñaban con este enfoque y eran seguidos por todos los involucrados en el manejo de las enfermedades anarco-proliferativas". Por el contrario, otro participante resaltó el caso de los especialistas de

**Tabla 1. Opiniones de expertos no prescriptores y prescriptores en relación con la unidad significativa: conocimiento**

<b>Expertos no prescriptores</b>	<b>Expertos prescriptores</b>
<i>Los médicos no están bien informados sobre MBE.</i>	<i>El médico desconoce que es MBE</i>
<i>El conocimiento sobre MBE deben tenerlos todos los médicos independientemente de su nivel.</i>	
<i>La mayoría no conoce que es MBE</i>	
<i>Los líderes sí conocen que es MBE</i>	

**Tabla 2. Opiniones de expertos no prescriptores y prescriptores en relación con la unidad significativa: docencia e investigación**

<b>Expertos no prescriptores</b>	<b>Expertos prescriptores</b>
<i>Hay resistencia de los médicos frente a la MBE porque requiere un cambio de enfoque y sienten que eso va a limitar su capacidad para prescribir.</i>	<i>El empleo de la MBE puede ser diferente de una especialidad a otra según la formación del especialista.</i>
<i>La formación sobre MBE debe partir del pregrado y seguir en todos los niveles de especialización.</i>	<i>Existe mala capacitación del médico debido a la mala preparación de los profesores y poca exigencia en la docencia.</i>
<i>En los trabajos de formación no está aplicado el método de MBE.</i>	<i>Falta de preparación curricular.</i>
<i>En la formación de los especialistas en MGI no se enseña MBE ni como buscarla.</i>	<i>Existe poca vinculación de los médicos que laboran en la atención primaria con la investigación de medicamentos.</i>

**Tabla 3. Opiniones de expertos no prescriptores y prescriptores en relación con la unidad significativa: necesidad percibida**

<b>Expertos no prescriptores</b>	<b>Expertos prescriptores</b>
<i>Los médicos en su mayoría no tienen interés en informarse.</i>	<i>Los médicos son generalmente más prácticos que científicos y prescriben según su experiencia.</i>
<i>Los médicos del primer nivel de atención no ven como una necesidad para su nivel de trabajo y competencia actualizarse, y saber aplicar la MBE.</i>	

medicina general integral que muchas veces no muestran interés en el tema, posiblemente, por "la falta de preparación curricular". Otro de los expertos señala que estas diferencias pueden estar dadas, además, por "la poca vinculación de los médicos de la atención primaria de salud, a la investigación de medicamentos" (tabla 2).

Además del peso que se le otorga a la formación del profesional, la necesidad percibida por el propio prestador de salud también resulta importante en el uso de la MBE. Según el sentir de algunos expertos "el médico es en general más práctico que científico y prescribe según su experiencia" y "la tendencia habitual es a hacer esquemas y someterse a ellos sin modificarlos en el tiempo". Señalan de manera general, que "los médicos en su mayoría no tienen interés en informarse", en especial, los médicos del primer nivel de atención que "no ven como una necesidad para su nivel de trabajo y competencia actualizarse y saber aplicar la MBE" (tabla 3).

La accesibilidad a la información es otra de las aristas señaladas por los expertos como determinantes en el empleo de la MBE. En este orden, la mayoría consideró que no todos los profesionales tiene acceso a las fuentes de información y que "las mayores dificultades radican

de modo esencial en los médicos de atención" "mientras que "en los institutos si hay acceso a información de este tipo". Los expertos señalan la necesidad de sortear estas dificultades y "hacer llegar la información a través de revistas, sitios Web o cualquier otra vía, preferiblemente no electrónica, dada la escasez de computadoras en algunos centros asistenciales" (tabla 4).

Una de las mayores dificultades en la que coinciden los participantes en ambos grupos es que de manera general "hay poca disponibilidad de información de evidencia científica".

Asimismo, hay un análisis no menos importante del problema que no se puede soslayar y es enseñar a nuestros profesionales a distinguir la evidencia de la propaganda y la publicidad, porque según plantean los expertos participantes en el estudio "la industria hace propaganda que idealiza el medicamento", incluso en ocasiones "los ensayos clínicos que aportan evidencia están parcializados porque el dinero para ellos proviene de los laboratorios farmacéuticos".

Otro criterio emitido por uno de los expertos prescriptores estuvo relacionado con la disponibilidad de medicamentos. Los participantes plantean, que en ocasiones

**Tabla 4. Opiniones de expertos no prescriptores y prescriptores en relación con la unidad significativa: acceso a la información científica**

<b>Expertos no prescriptores</b>	<b>Expertos prescriptores</b>
<i>La evidencia debe de estar al alcance de todos.</i>	<i>El acceso no es igual para todos, mayor dificultad en los médicos de atención primaria que en los que trabajan en los institutos</i>
<i>No existe un trabajo consecuente en función de esto que permita insertarnos en sistemas internacionales.</i>	<i>La mayoría no tiene posibilidad por escasez de computadoras y revistas impresas.</i>
<i>Existe falta de información y acceso</i>	<i>Hay necesidad de hacer llegar a los profesionales la información a través de revistas, sitios web o cualquier otra vía pero que lleguen.</i>
<i>No todos los profesionales tienen acceso a las fuentes de información.</i>	<i>Dificultades con la disponibilidad de información de calidad, a veces la industria hace propaganda que idealiza el medicamento y los EC que aportan la evidencia están parcializados porque el dinero para ello proviene de los laboratorios</i> <i>Hay muy poca información de evidencia científica.</i>

conocen cual es el tratamiento avalado por evidencias científicas sólidas, sin embargo, no se encuentra disponible, lo que en ocasiones se recurre a otras alternativas terapéuticas menos adecuadas.

## DISCUSIÓN

Durante el encuentro diario con los pacientes, el médico se enfrenta con múltiples interrogantes a las cuales debe encontrar respuesta. Habitualmente, la solución es hacer uso de la experiencia y del conocimiento médico acumulado, bien de forma personal o consultando a un colega más experto. En el caso que no sea suficiente, se remite a libros de texto o lee una revisión reciente publicada en una revista médica. Sin embargo, esta aproximación clásica, aunque se practica mucho, no es adecuada. Generalizar a partir de la experiencia no sistematizada, propia o ajena y obtenida con un número limitado de casos, puede resultar peligroso e inducir con frecuencia a errores. Los libros de texto están a menudo desfasados y al igual que las revisiones narrativas publicadas en revistas médicas, son con frecuencia ineficaces para solucionar problemas clínicos concretos (6).

Las causas que determinan que esta práctica aún sea frecuente entre en nuestros profesionales de la salud, parecen ser múltiples y muy similares a lo que muestran otras investigaciones realizadas en este campo (7). La práctica basada en la evidencia capaz de integrar la experiencia personal sistematizada con los resultados de las mejores investigaciones disponibles, requiere de: disponibilidad de información, mecanismos de gestión, tecnologías asociadas, motivación por parte tanto de los dirigentes como de los clínicos y expertos en información, y la formación y adiestramiento adecuado del

personal para la búsqueda y la evaluación crítica de la información. Son precisamente estas las áreas, donde de acuerdo con los resultados de esta investigación, se encuentran las dificultades que atentan contra el uso extensivo de la MBE en nuestro contexto.

A juicio de los autores, el uso de la MBE exige de la difusión, no solo de las evidencias científicas sino también de las herramientas para su manejo adecuado. De no realizarse esta labor de forma paralela, se habrán perdido muchas oportunidades para mejorar su impacto tangible en la práctica clínica y en la salud de las poblaciones.

El aporte de estas herramientas a la formación del profesional está en manos de los docentes y de los diseñadores de los programas curriculares, que tienen ante sí el reto de incluir estos temas en la formación académica de todos los profesionales. Mayor relevancia adquiere en la especialidad de Medicina General Integral, en la que se forman los profesionales del primer nivel de atención que es donde se produce el contacto primario del paciente con los servicios de salud.

Aunque los conocimientos necesarios para esta valoración no son parte habitual de la formación del médico, estos se pueden adquirir a través de cursos y seminarios sin necesidad de un gran respaldo en epidemiología o estadística. A escala mundial, se emplean otras vías tales como las guías de usuarios para la lectura crítica de la bibliografía publicada en la revista JAMA. Otra forma podría ser la lectura de libros que aborden el tema junto a una práctica continua de esta aproximación crítica, lo que permite desarrollar en poco tiempo la competencia necesaria para evaluar las diferentes clases de artículos (8).

La enseñanza también tiene su impacto en este resul-

tado. Si se toma en cuenta que en el quehacer médico convencional en el que se formaron los profesores actuales, prepondera la experiencia clínica personal frente a la evidencia científica, la situación se hace aún más compleja.

Por otro lado, gran parte de los profesionales ven a la MBE como una amenaza a su ejercicio profesional y piensan que, en el fondo, no es más que una iniciativa al servicio de los que pretenden reducir el gasto sanitario o rebajar la autoridad de los que siempre se han detentado la jerarquía científica (1).

La realidad es que en la práctica médica habitual se siguen medidas introducidas de modo empírico y se aceptan sin crítica aparente. Lo que pretende la medicina basada en pruebas, es que esta práctica se adecue a la investigación clínica disponible de modo que, una vez localizada y evaluada por el médico, sea aplicada para mejorar el cuidado de sus pacientes y su propia práctica (1).

Debido al incalculable crecimiento que se ha producido en el conocimiento clínico, es imposible para cualquier médico permanecer actualizado. Solo mediante el desarrollo sistemático de productos y servicios de información de alto valor agregado, con el concurso de expertos clínicos y en información, y su despliegue en la práctica, es posible obtener resultados eficaces en la atención al paciente con un costo económico favorable (9).

Las guías para la práctica clínica, por ejemplo, que señalan posibles caminos en probables escenarios de actuación en la atención de un problema o situación clínica particular, son instrumentos muy útiles si están debidamente validadas, para soportar la acción y las decisiones médico-asistenciales. Dichas guías se elaboran sobre la base de las mejores evidencias disponibles, los caminos más seguros son aquellos que se establecen sobre los resultados de investigaciones con diseños metodológicos sólidos y efectos positivos sistemáticos (10, 11).

A pesar que, a decir de los expertos, el uso de la MBE difiere de una especialidad a la otra, lo que esta requiere como nuevo modelo de atención médica es la extensión de sus concepciones y criterios, no solo en un campo restringido del quehacer médico, sino a las diferentes especialidades médicas como Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Oncología, Cirugía, Farmacoterapia, Odontología y Psiquiatría, entre otras, donde surgen con gran fuerza los estudios epidemiológicos (12).

La MBE va dirigida para todos los profesionales médicos, independiente de su especialidad y ámbito de trabajo, solo se precisa de un requisito previo: vencer la resistencia al cambio de mentalidad que supone la adopción de esta práctica. Desde luego, no constituye una panacea que resolverá todos los problemas en medicina, pero sí cambiará la forma de afrontar la práctica clínica basándose en la búsqueda de las mejores evidencias científicas extraídas de la literatura (13).

La MBE requiere de nuevos productos y servicios de

información y de soporte al conocimiento, entendidos estos últimos como aquellos donde el suministro de la información se realiza con niveles de adecuación, exactitud, rapidez y en formatos tales que sus destinatarios comprendan fácilmente la información recibida, donde no debe faltar la evaluación crítica y las recomendaciones para su uso en la práctica clínica. Sin embargo, no basta la existencia de estos nuevos productos y servicios de información sino que la accesibilidad a ellos sea factible en todos los niveles de atención de forma que los mismos estén al alcance de todos los profesionales que lo necesiten.

En nuestro país, se hacen enormes esfuerzos para llevar adelante ambiciosos planes de informatización en el seno de la sociedad cubana. Infomed, por ejemplo, alcanza a la mayor parte de las instituciones con un alto potencial científico y asistencial en el territorio nacional. De igual forma, se ha producido un desarrollo sostenido de sus productos y servicios de información. Sin embargo, para hablar de una práctica médica basada en la evidencia, no solo es suficiente la Red Telemática de Salud en Cuba al alcance a todos los profesionales del sector, sino también la aparición en el escenario clínico de otros componentes tales como productos y servicios de información adecuados a las necesidades, disponibilidad de tiempo suficiente para buscar y evaluar las evidencias científicas requeridas y el desarrollo en los profesionales de las habilidades para el manejo de computadoras y de redes (7).

Si bien la escasez de medicamentos es señalada por los expertos como una limitación para la aplicación de la MBE, se debe resaltar que el cuadro básico de medicamentos de Cuba está elaborado teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS y que la inclusión de un nuevo medicamento en el mismo, se hace después del análisis de las evidencias científicas disponibles por parte de la Comisión Nacional encargada. No obstante, en ocasiones las dificultades de tipo económico limitan la disponibilidad de algunos medicamentos en el país, lo que pudiera influir en la no prescripción de medicamentos recomendados por la evidencia científica.

La MBE es una consecuencia natural de la necesidad de crear un nuevo modelo de asistencia médica. Esta debe ser capaz de integrar los resultados sólidos y clínicamente útiles de las investigaciones que tienen lugar en el sector de la salud con la práctica clínica diaria, con vistas de lograr una atención de alta calidad que se base en los avances más recientes en las áreas de la biomedicina, la química, la tecnología y las humanidades (7).

En caso de poder superar los obstáculos existentes y de perfeccionar su propio desarrollo, las ventajas para los médicos no serían pequeñas, les permitiría actualizar sus conocimientos de forma rutinaria, mejorar su comprensión acerca de los métodos científicos y ser más críticos cuando utilicen datos, lo que incrementaría la confianza en sus decisiones (14).

## CONCLUSIONES

Los expertos consideran que el escaso conocimiento sobre la medicina basada en evidencias y el difícil acceso a la información científica conspiran contra el uso de dicha práctica durante el acto de la prescripción. Los médicos

que laboran en la atención primaria tienen poca percepción de la necesidad del uso de la evidencia científica en su quehacer profesional y se vinculan escasamente a las investigaciones científicas, aunque este comportamiento no es igual en todas las especialidades. De manera general, se encontraron discrepancias entre los criterios de los expertos de ambos grupos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Broche Cando JM, Broche Candó RC, García Hernández LY, Cañedo A. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. *Acimed*. 2003; 11(6). Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_6\\_03/aci02603.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci02603.htm). [acceso: 2009 Diciembre 12].
2. Torpy JM, Lynn C, Glass RM. *JAMA*. 2009; 301(8): 900. Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/301/8/900/DC1/1> [acceso: 2009 Diciembre 12].
3. Kostis IB, Benedict C. Evidence-based medicine. *Disease Management and Clinical Outcomes*. 2000; 2: 58-68.
4. Álvarez González A. Investigación cualitativa. Selección de lecturas. *Ecimed*. La Habana, 2007.
5. Pita Fernández, S, Pértegas Díaz, S. Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cad Aten Primaria*. 2002; 9: 76-8. Disponible en: [http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti\\_cuali/cuanti\\_cuali.asp](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali.asp), [acceso: 2011 Octubre 12].
6. Bravo Toledo R, Campos Asensio C. Medicina basada en pruebas (Evidence-based Medicine). Basado en el artículo publicado en *JANO (EMC)*. 1997; LIII(1218): 71-72. Disponible en: [www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm](http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe2.htm), [acceso: 2009 Octubre 12].
7. Barroso Álvarez MC. Medicina basada en evidencias. *Rev Cubana Oncol*. 2000; 16(2): 135-6. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16\\_2\\_00/onc11200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol16_2_00/onc11200.htm) [acceso: 2009 Noviembre 13].
8. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992; 268: 2420-5.
9. Haynes B, Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ*. 1998; 317(7153): 273-6.
10. Drummond MF, Richardson WS, O'Brien BJ, Levine M, Heyland D. Users' guides to the medical literature. XIII. How to use an article on economic analysis of clinical practice. Are the results of the study valid? *JAMA*. 1997; 277(19): 1552-7.
11. Guyatt GH, Sinclair J, Cook DJ, Glasziou P. Users' guides to the medical literature: XVI. How to use a treatment recommendation. *JAMA* 1999; 281(19): 1836-43.
12. Broche Candó JM, Broche Candó RC, García Hernández Y, Cañedo Andalia R. Medicina basada en la evidencia: un reto para el médico contemporáneo. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11\\_6\\_03/aci02603.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/aci/vol11_6_03/aci02603.htm) [acceso: 2010 Enero 12].
13. Dubravčić Luksik A. La medicina basada en evidencias (MBE).. Disponible en: <http://www.galenored.com/bolivia/reportajes/mbe.htm> [acceso: 2010 Enero 12].
14. Donis MV. Pinceladas de medicina basada en la evidencia. Disponible en: <http://desastres.usac.edu.gt/apuntes/VOL-1--NUM-1/MEDICINA%20BASADA%20EN%20LA%20EVIDENCIA.pdf> [acceso: 2010 Enero 12].

### The criteria of Cuban experts on medical prescriptions based on scientific evidence.

#### SUMMARY

**Objective:** To describe the opinion of experts in clinical and management areas about the prescription and understanding based on evidence about pharmacotherapy.

**Method:** A qualitative study was performed during the second semester of the year 2009. The opinions of 15 experts through 2 focus groups (expert non-prescribers and expert prescribers) of 7 to 8 members were evaluated. The information was analyzed and classified by the authors in significant units.

**Results:** It can be said both groups of doctors and other health professionals are not well informed about this topic and the majority do not know what evidence-based medicina is. The formation of this material should "be shared since pre-studies and continue into the levels of specialization".

**Conclusions:** Experts consider that the scarce knowledge of evidence-based medicine and the difficult access to scientific information conspire against the use of scientific evidence during the act of prescribing. In a general sense differences exist between the criteria of experts in both groups.

Keywords: Evidence-Based Medicine; Peer Review, Health Care; Qualitative Research.

**Dirección para la correspondencia:** Dra. Liuba Alonso Carbonell Calle 21 Esq. 200 Atabey, Playa, La Habana, Cuba.

**E-mail:** liuba@cencec.sld.cu