

Guía RediSAM

Guía metodológica para el diseño sistemático, implementación y evaluación de intervenciones destinadas a promover el uso seguro y adecuado de medicamentos

Etapa 1

Constitución del equipo

Autoría: Grupo RediSAM

© Grupo de investigación RediSAM, 2025.



Índice

Resumen	5
Introducción	6
Composición del grupo	6
Funciones del grupo.....	8
Referencias bibliográficas	13

Resumen

Una intervención destinada a modificar los hábitos de prescripción requiere un equipo multidisciplinar para llevar a cabo el diseño y la planificación estratégica para su desarrollo. Es importante que su constitución se realice desde el principio del proceso y se acuerden y definan con detalle las funciones que el equipo tendrá que asumir.

Entre los componentes del grupo de trabajo deben figurar destinatarios de la intervención, responsables asistenciales y profesionales de farmacia de atención primaria. La participación de otros profesionales con conocimientos en investigación cualitativa y habilidades de comunicación, entre otras, puede ser de gran valor.

La dinámica de trabajo va a depender del liderazgo, de los miembros del equipo, de las tareas, el contexto y si se disponen de los recursos adecuados.

El liderazgo del equipo de diseño puede ser compartido entre dos o tres personas; en líneas generales se debe procurar que los miembros reciben la formación adecuada, se ha de promover una atmósfera de seguridad y confianza que anime a la participación, la implicación y el aprendizaje continuado de todos los integrantes.



Introducción

El diseño e implementación de una intervención destinada a modificar la práctica clínica, como son los hábitos de prescripción, requerirá, entre otros elementos, un equipo de personas comprometidas. En este documento se recogen las recomendaciones sobre el establecimiento de este equipo, su composición, su dinámica, su coordinación y su liderazgo extraídas de las guías seleccionadas y revisadas (1-10).

Antes de delimitar los aspectos concretos que se quieren abordar, es recomendable constituir un grupo de trabajo, conocer el posible alcance del proyecto y designar el equipo coordinador (2,7).

Trisha Greenhalgh, en su libro *“How to implement evidence-based health care”* (9), en el capítulo titulado *“Grupos y equipos”*, recoge la definición de John Hunt sobre el concepto de grupo: *“un grupo es cualquier número de personas que pueden interactuar entre sí, son conscientes unas de otras y se reconocen y son reconocidas, como miembros del equipo”*.

Composición del grupo

Se recomienda como paso inicial del diseño e implantación de la intervención, la constitución de un grupo multidisciplinar en el que estén representados los diferentes profesionales de los ámbitos asistenciales afectados (1-3,8-9). Uno de los puntos claves para conseguir una plena implicación de los participantes, es que hayan sido reclutados desde el comienzo del proyecto (2,7).

En este momento de partida también es preferible asignar las tareas y responsabilidades de cada componente del equipo, sondeando las competencias de cada uno y promoviendo la incorporación de conocedores en medicina basada en la evidencia, uso racional de medicamentos, formación en calidad e implementación de proyectos (2). Además, para garantizar la transparencia de la iniciativa, se deberían recoger las declaraciones de conflictos de intereses de todos los miembros (8).

Mensaje clave: Se recomienda que el equipo de diseño e implementación sea un grupo de carácter multidisciplinar. Los profesionales que lo componen deben poseer conocimientos en medicina basada en la evidencia, uso racional de medicamentos e implementación de proyectos y presentar declaración de conflicto de intereses. Conviene que los miembros de este equipo sean reclutados desde el inicio del trabajo y que las funciones de cada uno queden claramente definidas.

Se recomienda que entre las personas que integren el grupo se reúnan los siguientes perfiles (2-3,5,7-8):

- Destinatarios de la intervención (profesionales de la medicina y enfermería de los ámbitos asistenciales involucrados).
- Responsables de la dirección de centros de salud, jefaturas o responsables de los diferentes servicios o unidades asistenciales de los ámbitos implicados.
- Profesionales de farmacia de atención primaria, que con frecuencia asumirán la coordinación del proyecto. Profesionales de farmacia de atención hospitalaria para las intervenciones que proceda.
- Referente de calidad asistencial, si existiera.
- Pacientes y ciudadanía.

La participación de pacientes y ciudadanía en los equipos de diseño de intervenciones requiere de una tarea previa de definición del proceso a seguir, siendo necesario planificar con detalle cada una de las etapas a cumplir en este proceso (reclutamiento de participantes, información, formación sobre las actividades que de ellos y ellas se espera en el grupo). Para aquellos grupos interesados en ampliar la información al respecto remitimos al documento titulado “Participación de pacientes en el diseño de intervenciones”, incluido en esta Guía RediSAM. En él se recopilan las recomendaciones con relación a este tema que figuran en las guías de referencia revisadas (1-10) y un resumen de la propuesta que la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS) elaboró para la incorporación de los pacientes, en este caso, en los grupos de trabajo de evaluación de tecnologías sanitarias (11).

El grupo elaborador de la Guía RediSAM sugiere que un buen punto de partida puede ser la participación de pacientes y ciudadanía como consultores en las etapas de identificación de barreras y facilitadores y en la validación de material dirigido a la población. A medio plazo se podría evolucionar hacia una participación plena, en todas las etapas del diseño de la intervención, de acuerdo con el plan diseñado.

Volviendo a la composición del grupo de diseño, además de los perfiles anteriores, desde el grupo RediSAM se sugiere valorar la presencia de otros profesionales integrados en las estructuras de atención primaria, como epidemiólogos o técnicos de educación en salud y expertos en investigación cualitativa.

Finalmente, también se puede introducir la colaboración de un profesional de la comunicación que coordine la difusión del proyecto, tanto dentro como fuera de la organización, pudiendo trabajar desde el inicio o incorporarse en fases más avanzadas del proyecto.

No obstante, hay que considerar que el tamaño del grupo de trabajo es clave para el éxito. Si es pequeño, es posible que no se puedan alcanzar los objetivos, pero, si es elevado, la dificultad de organización puede frustrar toda la labor (9).



Para poder valorar la complejidad de la coordinación de un grupo de trabajo en función de su tamaño, Greenhalgh (9) propone calcular el número de interacciones que se tendrían que producir entre los integrantes del grupo, valorando el intercambio de opiniones dos a dos, mediante la siguiente fórmula:

$$I = \frac{n * (n - 1)}{2}$$

I= número de interacciones

n= número de miembros del grupo.

De manera que por ejemplo en un grupo de ocho participantes, el número de interacciones o conversaciones dos a dos que se tendrían que producir serían 28 ((8x7)/2=28).

Con esto, el Grupo RediSAM pretende recalcar la importancia de contar con un número manejable de miembros para el equipo y el interés de que todos los componentes puedan interactuar entre sí.

No se pretende establecer cuál es el número ideal, porque eso dependerá del contexto y de las características de la intervención.

Mensaje clave: Se recomienda incluir diferentes perfiles profesionales implicados incluyendo al farmacéutico de atención primaria además de representantes clínicos de los diferentes ámbitos asistenciales afectados. Si es posible se incorporarán también profesionales del ámbito de la gestión de la calidad y de la investigación, así como pacientes y ciudadanía. Es conveniente incluir líderes de opinión de cada campo implicado en la intervención.

Funciones del grupo

Las funciones principales que deberían ser asumidas son las siguientes (7):

- Establecer objetivos claros.
- Obtener apoyo (y cuando sea posible, representación) de la institución, gerencia o dirección asistencial.
- Crear una estrategia clara de comunicación en la organización.
- Favorecer la participación de todos los servicios implicados y ámbitos donde se desarrollará la implementación, garantizando un equipo multidisciplinar.
- Seleccionar y lograr la implicación de líderes de opinión.

La dinámica de trabajo va a depender en gran parte de que el grupo funcione como un equipo efectivo con un buen liderazgo. Esta situación se produce cuando existe apoyo y

motivación entre los integrantes, lo que permite construir una dinámica cooperativa donde afloran las fortalezas de cada uno y se compensan las debilidades (8). En la Tabla 1.1. se muestran algunas características de los equipos efectivos.

Tabla 1.1 Características de los equipos efectivos	
Los miembros	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajan de forma cooperativa, no competitiva, en un buen clima laboral. • Aceptan los incentivos y los reconocimientos de forma colectiva, no individualmente. • Son conscientes de la naturaleza del proceso y de las etapas en el desarrollo del grupo.
El grupo	<ul style="list-style-type: none"> • No es muy grande. • Posee autonomía para abordar las tareas. • El conjunto de los integrantes aporta una combinación adecuada de conocimientos y habilidades. • Tiene un líder efectivo o facilitador. • Dispone de los recursos adecuados en términos de tiempo y apoyo administrativo.
Las tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Involucran a todos los integrantes, se basan en las habilidades de los diferentes individuos y requieren coordinación. • Están bien definidas. • Tienen una declaración explícita de objetivos, un comienzo y un final definido e indicadores de monitorización de los resultados que se vayan produciendo.
El contexto	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo desarrolla su labor en un contexto más amplio que su ámbito habitual de trabajo con el apoyo de la organización a la que pertenece. • El entorno físico y material en el que se desenvuelve es adecuado. • Los objetivos asignados son factibles.

Fuente: Traducción libre de Greenhalgh T (9).

Otro aspecto esencial en la constitución del grupo de trabajo, es identificar cuáles son los recursos necesarios para el funcionamiento del equipo, como acceso a Internet y fuentes bibliográficas para todos los miembros, reservar periodos de tiempo para ejecutar las tareas y contar con un espacio para las reuniones presenciales (1-4,8-9). Otros recursos que el grupo RediSAM considera indispensable, son aquellos que favorecen el trabajo en red como acceso a sistemas de videoconferencia, aplicaciones colaborativas o repositorios de documentación.



Aunque el grado de participación de los profesionales implicados puede ser variable, es fundamental el apoyo de los líderes de opinión, de los gestores y de la institución, especialmente en las organizaciones grandes y complejas (2,4-5,7-8).

Es interesante considerar que normalmente los grupos de trabajo pasan por los siguientes momentos (9): Forming, Storming, Norming, and Performing.

- *Forming* (Formación del equipo): constitución y presentación de los diferentes actores.
- *Storming* (Debate de las discrepancias): surgen conflictos y discrepancias en la dinámica de las tareas.
- *Norming* (Establecimiento de las normas): acuerdo del reglamento interno.
- *Performing* (Ejecución de las tareas): seguimiento de las normas y funcionamiento del equipo.

Liderazgo en el grupo de diseño

La gran mayoría de las guías consultadas (1,3-6,8-9) coinciden en la necesidad de un liderazgo fuerte en el equipo de diseño e implementación.

En líneas generales, esta labor es exitosa cuando el líder se preocupa de que los integrantes reciban una formación adecuada, promueve el aprendizaje continuado, garantiza una atmósfera de seguridad y confianza que anima a la participación y a compartir las discrepancias y preocupaciones (ver Tabla 1.2) (9).

Esta coordinación puede ser compartida entre dos o tres personas que promuevan el trabajo en equipo, pero asignando un encargado de cada tarea (1, 3, 8). No obstante, es importante asignar un referente que funcione como portavoz y responsable máximo del proyecto (3, 8).

Conocer los diferentes perfiles de los integrantes del grupo, puede ayudar a identificar a quién informar, a quién involucrar y a quién dotar de un papel más relevante en el proyecto (7):

- Líder del sistema: Persona influyente que dirige un departamento, sector u organización.
- Técnico experto: Profesional con conocimiento excepcional en el tema a tratar.
- Responsable diario: Perfil con disponibilidad, interés y motivación para realizar el seguimiento estrecho de la actividad y con la capacidad de reclutar a otros participantes.

Tabla 1.2 Características del líder que forma parte del equipo de diseño e implementación

<p>1. Entiende la aritmética del grupo de trabajo</p>	<p>Existen dificultades en la gestión de grupos con muchos integrantes. Si hay muchas personas es imprescindible crear subgrupos con cometidos específicos y tareas determinadas.</p>
<p>2. Mira las necesidades físicas y materiales del equipo</p>	<p>Cualquier grupo de trabajo necesita instalaciones, tiempo, recursos y descansos regulares. Cuando no se dispone de suficiente tiempo para realizar las tareas o para el análisis y reflexión, es probable que la dinámica de grupo no funcione. También es desfavorable cuando se trabaja en un espacio reducido o sin suficiente privacidad.</p>
<p>3. Evalúa el contexto en el que se va a trabajar para decidir el estilo de liderazgo</p>	<p>Las condiciones para optar por una dirección más centrada en la ejecución de una tarea, corresponden a una circunstancia de un equipo y escenario bien definido, sólido y previsible, con las tareas y funciones de cada persona claras y con poca variación. Por el contrario, si el ambiente es muy inestable y las actividades laborales no están bien descritas, probablemente encajaría mejor un perfil de liderazgo más democrático y participativo, que integre las opiniones y necesidades de las diferentes personas.</p>
<p>4. Es valiente</p>	<p>No conviene deshojar margaritas decidiendo qué tipo de liderazgo se adapta mejor a nuestro proyecto. La literatura científica refleja que cualquiera es mejor que ninguno. Si estás al cargo, éste es tu itinerario: seleccionar tu equipo, engranar las tareas, apoyar el aprendizaje (tanto individual como grupal) y finalmente guiar la gestión del cambio.</p>
<p>5. Selecciona con cautela al equipo y explica de forma justificada a cada integrante los motivos por los que se les ha incluido</p>	<p>Las personas conscientes de que han sido seleccionadas por sus competencias o habilidades, funcionan mejor que las que no tenían muy clara la razón de su incorporación al grupo.</p>
<p>6. Define claramente los objetivos ligados a cada tarea y la forma de medir el éxito del proyecto</p>	<p>Los objetivos deben ser SMART (specific, measurable, achievable, results-focused and time bound) que traducimos como específicos, medibles, alcanzables, dirigidos a conseguir resultados y con plazos de tiempo marcados. Ejemplo: Todos los pacientes de una zona básica A que toman una medicación X deben cumplir el protocolo Y antes de la fecha Z. Los diagramas o los mapas conceptuales pueden ser útiles en este punto.</p>



Tabla 1.2 Características del líder que forma parte del equipo de diseño e implementación (continuación)

<p>7. Al preparar un equipo, tiene en cuenta el contexto de las tareas</p>	<p>En relación a los objetivos y las tareas, ¿Qué objetivos son relevantes? ¿Es la organización, servicio o el centro receptivo al cambio? ¿La evidencia es consistente o no? ¿Las personas conocen la información científica, aceptan los mensajes clave, están comprometidos con el cambio?</p>
<p>8. Atiende a los problemas personales tanto como a las tareas del proyecto</p>	<p>¿Cuál es tu papel como líder y cuál como facilitador? ¿Los miembros confían en tu capacidad para ejercer ambas funciones? ¿Han comprendido qué es lo que se espera de ellos? ¿Existe confianza entre los miembros de los equipos entre sí? ¿Tienen buena relación? ¿Han pasado suficiente tiempo juntos? ¿Hay un ambiente donde existe seguridad psicológica, especialmente con las personas más jóvenes? Es decir, ¿pueden hablar y opinar con libertad?</p>
<p>9. Facilita retroinformación con frecuencia</p>	<p>Es una de las mejores estrategias para mejorar la implantación de una práctica basada en la evidencia. Evaluar el proceso: ¿A dónde vamos? ¿Cómo vamos a llegar? ¿Cómo vamos a saber que hemos llegado ahí? Además de proveer información sobre el seguimiento del proyecto, es un método para mantener el espíritu de equipo. No realizarlo, puede conllevar a estrés y desmotivación.</p>
<p>10. Apoya el ciclo de aprendizaje en equipo</p>	<p>Identificar la diferencia entre lo que se debería ejecutar y lo que realmente se está haciendo. Conseguir un cambio en la práctica para modificar un resultado concreto, puede ser una tarea relativamente sencilla, pero, además, se debe conseguir que el equipo analice los problemas subyacentes del sistema en su conjunto. Al mismo tiempo, puede alentar a los participantes a reflexionar sobre el proceso de aprendizaje en equipo en sí mismo para poder evaluarlo y contribuir a su mejora.</p>

Fuente: Traducción libre de Greenhalgh T (9).

Mensaje clave: El grupo de diseño e implementación de una intervención debe contar con un liderazgo claro, ejercido por una persona, o un conjunto coordinado de hasta tres integrantes que promuevan el trabajo en equipo y que asignen tareas a cada miembro. Además, se debe contar con los recursos necesarios para su funcionamiento, así como de tiempo específico para llevar a cabo las tareas asignadas.

Referencias bibliográficas

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Six Building Blocks: A Team-Based Approach to Improving Opioid Management in Primary Care How-To-Implement Toolkit [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2021[citado jul 2024]. URL: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/ambulatory/improve/six-building-blocks-guide.html>
2. Almazán C, Moharra, M, Caro Mendivelso J, Ramírez A, Carrillo Aguirre G, Baijet J, et al. Guia per a la implementació de projectes d'atenció sanitària basada en el valor [Internet]. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021[citado jul 2024]. URL: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2021/guia_imple mentacio_projectes_atencio_sanitaria_valor_aquas2021.pdf
3. Canadian Institutes of Health Research. Moving into action: We know what practices we want to change, now what? An implementation guide for health care practitioners [Internet]. Canadian Institutes of Health Research; 2012[citado jul 2024]. URL: <https://cihr-irsc.gc.ca/e/45669.html>
4. Foy R, Willis TA, Alderson SL, Khan T, Brown B. A brief guide to effective audit and feedback [Internet]. University Leeds; 2022[citado jul 2024]. URL: <https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2022/04/A-brief-guide-to-effective-audit-and-feedback-March-2022.pdf>
5. Healthcare Quality Improvement Partnership. Best Practice in Clinical Audit [Internet]. Londres: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2020[citado jul 2024]. URL: <https://www.hqip.org.uk/resource/best-practice-in-clinical-audit/>
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Into practice guide. Practical steps to improving the quality of care and services using NICE guidance [Internet]. NICE; [citado jul 2024]. URL: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/resources/help-put-guidance-into-practice>
7. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Eds). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI; 2020. URL: <https://implementationmanual.jbi.global>.



8. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: Implementation of best practice guidelines [Internet]. Toronto: RNAO; 2012[citado jul 2024]. URL: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
9. Greenhalgh T. How to Implement Evidence-Based Healthcare. Wiley-Blackwell (eds). London. 2017.
10. Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. London: Silverback Publishing. 2014.
11. Toledo-Chávarri, A, Perestelo-Pérez L, Álvarez-Pérez Y, Abt-Sacks A, Santoro Domingo, P, Villalón D et al. Participación de los pacientes en la Evaluación de Tecnologías Sanitarias: manual metodológico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2016. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.