



Guía RediSAM

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

Introducción

Autoría: Grupo RediSAM

© Grupo de investigación RediSAM, 2025.



Índice

Guía RediSAM. Su origen y justificación.....	5
Metodología seguida en la elaboración de la Guía RediSAM.....	6
Marcos teóricos de cambio de comportamiento o conducta en el diseño de intervenciones. Su utilidad en el diseño sistemático de intervenciones.....	10
<i>Knowledge-to-Action (KTA) Framework</i>	11
<i>Behaviour Change Wheel (BCW)</i>	12
Otros marcos teóricos utilizados en las guías de referencia	17
Otros marcos teóricos utilizados con frecuencia en la literatura científica sobre implementación.....	19
Referencias bibliográficas	21
Anexos	23
Anexo 0.1. Procedimiento de revisión sistemática	23

Guía RediSAM. Su origen y justificación

La Guía RediSAM es un documento elaborado en el marco del proyecto RediSAM-Lab, proyecto que surge en 2019 del interés de un grupo de profesionales de farmacia de atención primaria en la metodología de diseño de intervenciones dirigidas a promover la prescripción segura y adecuada de medicamentos y en los modelos de trabajo posibles para que el diseño de tales intervenciones se lleve a cabo por profesionales que, trabajando en red y compartiendo un mismo interés, deseen colaborar, compartiendo y generando conocimiento y ganando eficiencia.

Una revisión sistemática *Cochrane Collaboration* publicada en 2025, que actualiza una anterior de 2012, confirma que las intervenciones basadas en *audit y feedback* son efectivas en promover cambios de práctica clínica, aunque con un rango variable de efectividad. El tamaño de efecto que se consigue parece ser mayor cuando el *audit y feedback* se acompaña de otros componentes, se orienta a problemas clínicos relevantes para los destinatarios, éstos identifican margen de mejora posible y reciben información sobre el plan de acción a seguir para alcanzar las mejoras, entre otras características (1). El Manual de Farmacia de Atención Primaria (2) en el año 2002 ya dedicaba un capítulo a la planificación y diseño de estrategias de intervención multicomponentes. En los años transcurridos desde entonces, el conocimiento sobre los factores implicados en la toma de decisiones sobre prescripción de medicamentos, la metodología de diseño de las intervenciones dirigidas a influir sobre estos factores y el impacto de estas intervenciones sobre la mejora en el uso de medicamentos y sobre resultados en salud ha experimentado un enorme crecimiento (1, 3-5).

A la vez, hay datos que apoyan que la efectividad de este tipo de intervenciones parece haber alcanzado un techo de efectividad. Para romper este techo sería necesario mejorar los diseños, empleando para ello procesos de diseño sistemático, que incorporen las evidencias disponibles sobre efectividad de las intervenciones y, de igual manera, procesos de implantación diseñados sistemáticamente, incluyendo la utilización de sistemas de monitorización que permitan detectar necesidades de mejora en lo diseñado. Otro punto a mejorar sería la descripción en trabajos científicos del proceso de diseño de las intervenciones y de la intervención propiamente dicha (4-6).

Con este fin, nuestro grupo de investigación inició un proyecto que tenía por objetivo estudiar en profundidad los procesos de diseño de intervenciones descritos en la literatura científica e identificar las guías de diseño de intervenciones publicadas. Entre los objetivos específicos del proyecto nos planteamos elaborar una guía metodológica para diseñar intervenciones, que recogiera una síntesis de las recomendaciones de las diferentes guías de diseño identificadas y seleccionadas mediante un proceso de revisión sistemática de literatura gris. Así hemos llegado a la **Guía RediSAM**, *Guía metodológica para el diseño sistemático, implementación y evaluación de intervenciones destinadas a promover el uso seguro y adecuado de medicamentos*.

La Guía aspira a ser el manual de procedimiento de la Red (RediSAM) para el diseño colaborativo de intervenciones que desde este grupo de investigación promovemos.



Metodología seguida en la elaboración de la Guía RediSAM

La elaboración de la Guía RediSAM se ha basado en una revisión sistemática de literatura científica y de fuentes de literatura gris que tenía por objetivos:

- Identificar las etapas del proceso de diseño que se describen en las intervenciones publicadas en literatura científica.
- Identificar guías y/o documentos sobre diseño sistemático de intervenciones publicadas y analizar sus contenidos y recomendaciones.

Se redactó un protocolo para la revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA (7). Para la revisión de artículos de literatura científica se realizó una búsqueda bibliográfica preliminar en la que se identificó una revisión sistemática fechada en 2015, cuyos objetivos eran similares a los nuestros: identificación de etapas en el proceso de diseño de intervenciones. Sintetizaba la información de 15 estudios publicados entre 1996 y abril 2015 identificación de etapas en el proceso de diseño (5). Se decidió así realizar la actualización de esta revisión sistemática iniciando la búsqueda en enero 2015 y hasta 2022. Posteriormente se ha actualizado hasta enero de 2024.

Para la búsqueda de guías de diseño de intervenciones en fuentes de literatura gris se elaboró una lista de espacios web de organismos elaboradores de guías de práctica clínica, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, organismos de difusión de conocimiento en salud y de promoción de implantación de recomendaciones de buena práctica clínica. Se exploraron estas fuentes mediante términos de búsqueda libre y se seleccionaron para su análisis documentos publicados entre los años 2012-2022. Adicionalmente se revisaron referencias cruzadas de las guías identificadas. En la Tabla 0.1. se muestran las guías y documentos seleccionados como referencias para la elaboración de la Guía RediSAM y en el [Anexo 0.1](#) se resume el procedimiento de revisión sistemática.

Tabla 0.1. Guías y documentos seleccionados como base para la elaboración de la Guía RediSAM

Acrónimo para el documento	Documento de literatura gris
AHRQ (8)	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. Rockville, MD: AHRQ; 2021. https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/ambulatory/improve/six-building-blocks-guide.html
AQUAS (9)	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. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQUAS). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2021 https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2021/guia_implementacio_projectes_atencio_sanitaria_valor_aquas2021.pdf
CIHR (10)	Canadian Institutes of Health Research (CIHR). Moving into action: We know what practices we want to change, now what? An implementation guide for health care practitioners. Canadian Institutes of Health Research; 2012. https://cihr-irsc.gc.ca/e/45669.html
Leeds (11)	Foy R, Willis TA, Alderson SL, Khan T, Brown B. A brief guide to effective audit and feedback. University Leeds (eds). 2022 https://www.hqip.org.uk/wp-content/uploads/2022/04/A-brief-guide-to-effective-audit-and-feedback-March-2022.pdf
HQIP (12)	Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP). Best Practice in Clinical Audit. Londres: Healthcare Quality Improvement Partnership; 2020. https://www.hqip.org.uk/resource/best-practice-in-clinical-audit/
NICE (13)	National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Into practice guide. Practical steps to improving the quality of care and services using NICE guidance. NICE https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/into-practice/resources-help-put-guidance-into-practice



Tabla 0.1. Guías y documentos seleccionados como base para la elaboración de la Guía RediSAM (continuación)

Acrónimo para el documento	Documento de literatura gris
JBI (14)	Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Eds). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI; 2020. https://jbi-global-wiki.refined.site/space/JHEI
RNAO (15)	Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Toolkit: Implementation of best practice guidelines. Toronto: RNAO; 2012 https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_ToolKit_2012_rev4_FA.pdf
Greenhalgh (16)	Greenhalgh T. How to Implement Evidence-Based Healthcare. Londres: Wiley-Blackwell; 2017.
BCW (17)	Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.

El proceso detallado de revisión sistemática de literatura científica y gris se puede consultar en el [Anexo 0.1](#).

La elaboración de la Guía RediSAM se inició con el análisis por el grupo investigador de los resultados de ambas revisiones sistemáticas y el acuerdo de índice de la guía, el procedimiento de elaboración de cada capítulo, así como su estructura (texto, mensajes claves, herramientas de ayuda al diseño, anexos y bibliografía).

El grupo elaborador acordó estructurar la Guía RediSAM en 9 etapas según los resultados de la revisión sistemática con relación a las etapas más comúnmente desarrolladas en los trabajos publicados sobre intervenciones dirigidas a modificación de hábitos de práctica clínica:

1. Constitución del equipo
2. Análisis de situación y definición de los objetivos de la intervención
3. Búsqueda de la evidencia y su adaptación al contexto local
4. Identificación de barreras y facilitadores
5. Selección de componentes de la intervención
6. Elaboración de materiales de apoyo
7. Planificación operativa y difusión de la intervención
8. Monitorización y evaluación
9. Mantenimiento de los efectos de la intervención

A cada etapa se le asignó un capítulo de la guía. El documento de cada etapa recoge las recomendaciones sobre ésta que proponen las diferentes guías/documentos sobre diseño de intervenciones que se han seleccionado como de referencia (Tabla 0.1). El contenido final de cada capítulo se acordó por consenso entre el grupo elaborador y en cada capítulo se ha incorporado un apartado de Anexos en los que se amplía la

información de alguno de los aspectos abordados cuando se ha considerado necesario y un apartado de Herramientas, en las que se presentan las herramientas de ayuda que se consideran podrían facilitar el desarrollo de la etapa correspondiente.

En el caso de que en las guías de referencia no existiera información sobre una etapa determinada o que el grupo elaborador estimara necesario ampliar la información sobre algún aspecto del desarrollo de la etapa, el grupo elaborador procedió a hacer búsqueda bibliográfica dirigida y una revisión rápida sobre esa etapa o aspecto concreto. Las referencias bibliográficas adicionales seleccionadas se detallan en cada etapa.

Por último, la Guía RedisAM se ha sometido a un proceso de revisión externa por profesionales de Atención Primaria con diferentes perfiles profesionales: de farmacia de atención primaria, de medicina de familia y enfermería (ver documento de Autoría y colaboraciones).

Una vez concluida la revisión externa y discutidos e implementados los cambios planteados, la Guía RedisAM estará disponible en la página web del proyecto que incluirá, además de la propia Guía, las herramientas de ayuda al diseño de intervenciones en formato descargable, espacio para el debate sobre diseño de intervenciones y para compartir experiencias, publicaciones relevantes sobre el tema, actividades formativas y documentos de reflexión específicos relativos a aspectos concretos en el proceso de diseño, que se irán publicando a medida que vayan generando. El primero de ellos estará dedicado al modelo de trabajo en red para el diseño de intervenciones que promovemos con este proyecto y los principios que lo inspiran.



Marcos teóricos de cambio de comportamiento o conducta en el diseño de intervenciones. Su utilidad en el diseño sistemático de intervenciones

Modificar un comportamiento o una conducta arraigada puede ser todo un reto. Este reto es mayor si el cambio que intentamos promover se aleja de lo que socialmente es aceptado en ese momento, del entorno o de las propias creencias.

Las intervenciones cuyo diseño abordamos en esta Guía RediSAM tienen como objetivo lograr cambios de hábitos de práctica clínica en los profesionales que prescriben medicamentos y concretamente modificaciones de hábitos de prescripción.

La decisión de prescribir un medicamento ante un problema de salud o de modificar un tratamiento ya prescrito es una decisión compleja, condicionada por múltiples factores. El proceso de toma de decisiones sobre prescripción o sobre otras decisiones clínicas ha sido ampliamente estudiado desde el mundo de la psicología y la sociología aplicando las teorías del comportamiento humano. Estas teorías, a su vez, han servido de base para el diseño y análisis de intervenciones dirigidas a modificar la práctica clínica recogidas en múltiples trabajos científicos. Tal es así, que la gran mayoría de las guías y documentos consultados para elaborar esta guía RediSAM recomiendan, como uno de los primeros pasos en el trabajo de diseño, seleccionar un marco teórico de cambio de comportamiento sobre el que desarrollar el diseño (10, 12, 13-17).

El marco teórico elegido nos servirá de guía para analizar sistemáticamente la situación y el problema de prescripción sobre el que queremos intervenir, en términos de factores subyacentes, incluyendo el contexto social en el que el ser humano contempla qué hacer y decide actuar. Este análisis será el punto de partida para formular una propuesta sobre qué aspectos o sobre qué factores deberíamos actuar para modificar ese comportamiento y cómo. En las etapas 4 y 5 del diseño veremos cómo realizar este análisis y cómo usar las conclusiones del mismo en el diseño de una intervención.

Existen múltiples marcos teóricos de cambio de comportamiento en los que enmarcar el diseño de intervenciones. Una revisión detallada de estos posibles marcos se escapa del objetivo de esta Guía; para los interesados, informamos que existen varias revisiones sistemáticas sobre el tema. Entre ellas, la realizada por Greenhalgh en una de sus obras que forma parte de las guías de referencia (16).

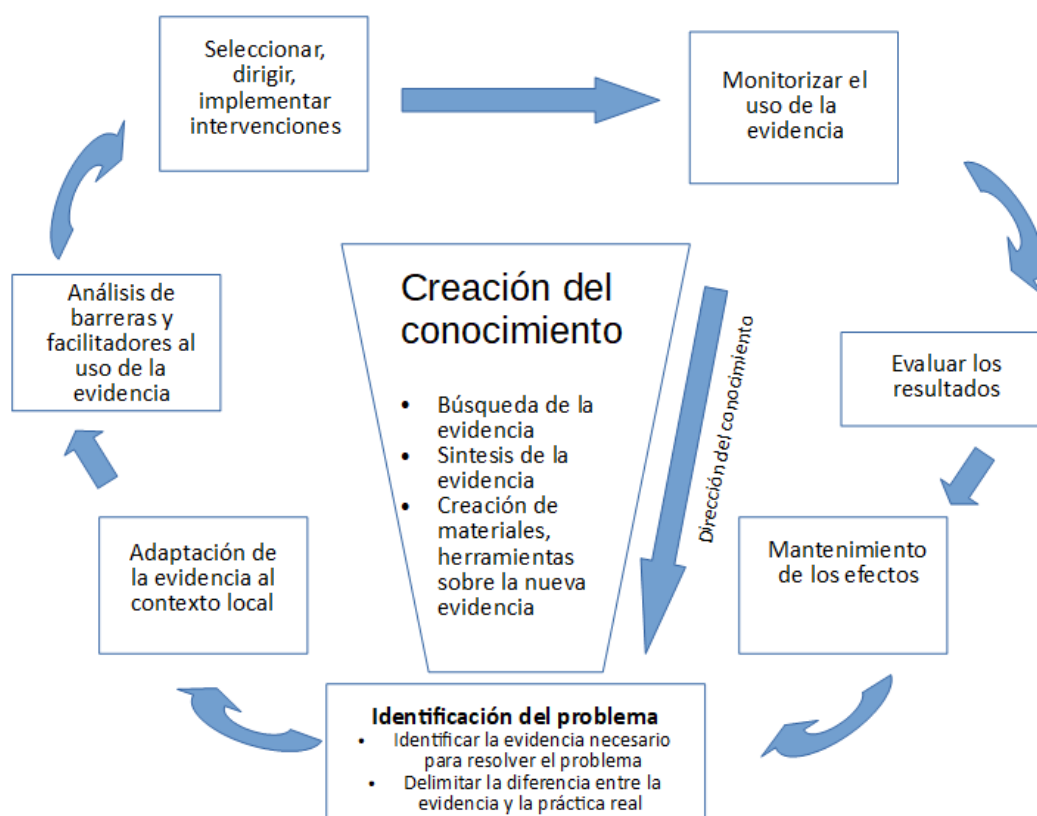
No obstante, hemos considerado conveniente incluir en esta introducción una información básica sobre algunos de ellos, entrando con más detalle en los dos marcos teóricos que vamos a utilizar a lo largo de esta guía, por ser los que han utilizado las guías de referencia seleccionadas:

- *Knowledge-to-Action (KTA) Framework*
- *Behaviour Change Wheel (BCW)*

Knowledge-to-Action (KTA) Framework

El marco KTA fue desarrollado originalmente en 2006 por el Dr. Ian Graham et al. y descrito en su trabajo *“Lost in Knowledge translation: time for a map”* (16). Propone una aproximación estructurada a la promoción del cambio de comportamiento, que incluye un ciclo de siete fases que persiguen mover el conocimiento y ponerlo en práctica. Se representa en la Figura 0.1. Es el marco teórico utilizado por las guías de *Canadian Institutes of Health Research* (10), *Joanna Briggs Institute* (14) y *Registered Nurses’ Association of Ontario* (15). Ver Tabla 0.1.

Figura 0.1: Ciclo de siete fases para promover el conocimiento



Fuente: Traducción libre de (16). Greenhalgh T. How to Implement Evidence-Based Healthcare. Londres: Wiley-Blackwell; 2017



El marco KTA tiene dos partes principales:

1. El proceso de creación del conocimiento, que también es denominado embudo del conocimiento (*“the knowledge funnel”*): un proceso en búsqueda, selección y síntesis del conocimiento disponible sobre un tema y creación de los materiales, documentos, productos y herramientas que van a ser empleados para su difusión a cada una de los grupos de destinatarios de la intervención (médicos, pacientes ...) que necesitan recibir la información para que el cambio que vamos a promover, ocurra.
2. A su alrededor, está el ciclo de acción que se diferencia en siete etapas:
 - Identificación del problema o aspecto del proceso de atención sanitaria que queremos cambiar, identificando la evidencia que necesitamos para resolver el problema y delimitando la diferencia que existe entre la evidencia y la práctica real.
 - Adaptación de la evidencia al contexto local.
 - Análisis de barreras y facilitadores al uso de la evidencia.
 - Selección de las estrategias de implementación concretas para lograr los cambios que perseguimos.
 - Monitorización del uso de la evidencia tras la implementación.
 - Evaluación de resultados.
 - Mantenimiento de los efectos.

Greenhalgh (16) recomienda este marco como un buen comienzo para iniciarse en proyectos de implementación de atención sanitaria basada en la evidencia, si bien reconoce que “está muy centrado en la evidencia y aborda el cómo se incorpora ésta a la práctica de manera muy racional”.

Behaviour Change Wheel (BCW)

El marco teórico BCW ha sido desarrollado por el grupo de investigación de Susan Michie, de *University College* de Londres, que cuenta con una larga experiencia en revisión y análisis de las teorías del comportamiento (17). Es, en sentido estricto, una síntesis de 19 marcos de comportamiento que el grupo de investigación identificó en la literatura.

BCW se estructura en tres capas. El centro de la rueda lo ocupa el modelo de comportamiento denominado COM-B. El término lo componen las iniciales de *capacity, opportunity, motivation y behaviour* (en español, capacidad, oportunidad, motivación y comportamiento) y según el modelo cualquier comportamiento es el resultado de la interacción de estos componentes:

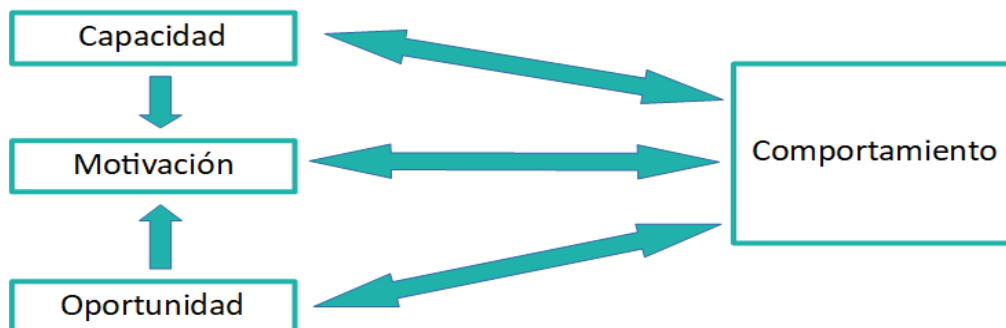
- Tiene que existir capacidad para desarrollarlo.
- Debe encontrarse motivación suficiente (la persona debe preferir comportarse de determinada manera en un momento determinado, más que de otra).
- Debe darse la oportunidad de desarrollar el comportamiento (en términos de accesibilidad física, asumible, socialmente aceptable y haber tiempo disponible).

En este modelo COM-B, cada uno de estos tres componentes se puede subdividir a su vez, en dos tipos.

- La capacidad puede ser física (competencias como fuerza o resistencia) o psicológica (tener conocimiento, habilidades psicológicas y sociales).
- La motivación puede ser de tipo reflexiva-intelectual (planificación consciente y evaluación en base a las creencias o percepción de lo que es bueno o malo) o de tipo emocional (teniendo en cuenta necesidades, deseos, impulsos).
- La oportunidad puede ser física (accesibilidad) o social (influencias interpersonales, normas sociales o culturales).

En el diagrama de la Figura 0.2 se presenta un esquema del modelo. Los componentes interaccionan entre sí, como indican las flechas, de forma que, por ejemplo, incrementando la capacidad o la oportunidad, podría aumentar la motivación y esta motivación podría precipitar el cambio de comportamiento. El esquema se puede aplicar a individuos, subgrupos de personas o poblaciones. Cambiar un comportamiento supondrá alterar uno o más de estos componentes, de tal manera que el sistema llegue a una nueva configuración en la que se daría el nuevo comportamiento, intentando a la vez, minimizar el riesgo de que esas modificaciones se reviertan.

Figura 0.2: Interacción de los componentes del comportamiento

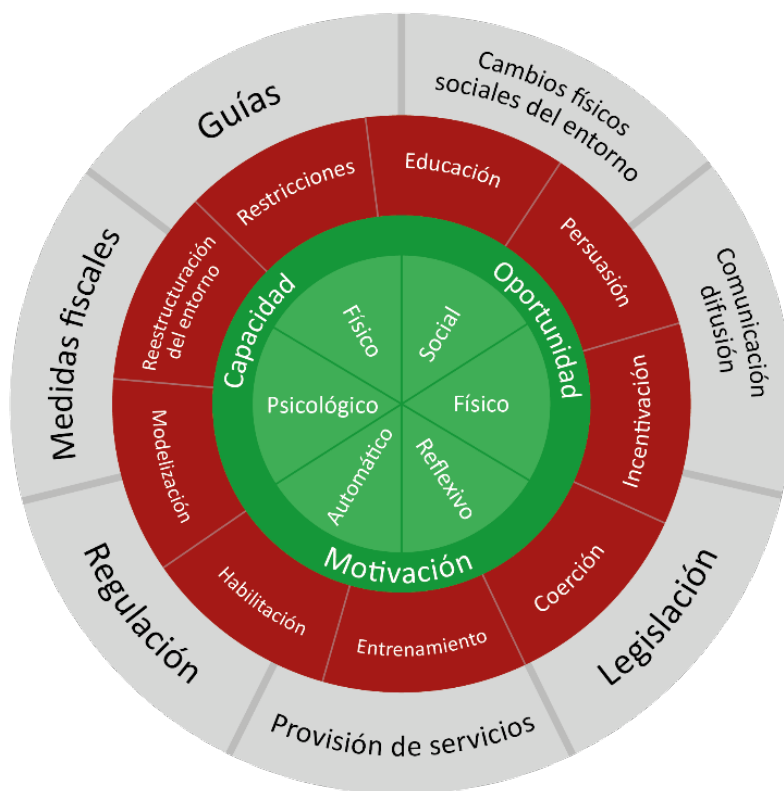


Fuente: Traducción libre de (17).

Como veníamos describiendo, en el marco teórico BCW este modelo se situaría en el centro de la rueda. Alrededor de este núcleo encontraríamos una capa en la que se sitúan nueve funciones posibles a desarrollar por una intervención y que tienen por objetivo cambiar uno o varios de los componentes dirigida a promover un cambio de conducta. Se podrá elegir unas u otras dependiendo del análisis de situación que se haya realizado previamente en relación a la conducta a promover y los componentes del núcleo COM-B. Describiremos las funciones más adelante con más detalle. La última capa identifica siete tipos de políticas o estrategias que se pueden emplear para desplegar las funciones elegidas. En la Figura 0.3 se muestra el esquema descrito.



Figura 0.3. Esquema del marco *Behaviour Change Wheel* (BCW)



Gris: Tipos de políticas
Rojo: Funciones de intervención
Verde: Factores que influyen en el comportamiento

Fuente: Traducción libre de (17).

Una variante del modelo COM-B, que normalmente se asocia a BCW, es el denominado *Theoretical Domain Framework* (TDF). Podría decirse que TDF subdivide los componentes de COM-B. TDF es hoy muy utilizado para el análisis de cambios de práctica clínica y en la etapa 4 veremos su utilización para la identificación de barreras y facilitadores. Pero ¿cómo se ha llegado a definir el marco TDF?

A inicio de los 2000, el grupo de investigación liderado por Susan Michie coordinó un grupo de trabajo de expertos (psicólogos, sociólogos e investigadores en servicios sanitarios) que, mediante revisión sistemática, identificaron 33 teorías del comportamiento y 128 constructos claves o dominios que podrían estar implicados en la implantación de recomendaciones de práctica clínica basadas en la evidencia; posteriormente, en un siguiente paso, un segundo grupo de 36 expertos de ámbito internacional, evaluaron, refinaron y reagruparon la definición de estos 128 dominios. El resultado final fue la definición de 14 dominios que podrían condicionar el desarrollo de un comportamiento y que componen este marco metodológico. Son los 14 dominios o constructos que componen TDF. En la Tabla 0.2. se muestran las definiciones de cada uno de los dominios.

Tabla 0.2. Definiciones de los dominios que forman el *Theoretical Domain Framework (TDF)* y sus constructos

Dominio. Definición	Constructos teóricos representados dentro de cada dominio
Conocimiento Conciencia de la existencia de algo	Conocimiento (incluyendo conocimiento de una condición/justificación científica); conocimiento de procedimiento; conocimiento táctico.
Habilidades Capacidad de hacer algo adquirido mediante la práctica	Habilidades; desarrollo de habilidades; competencias; habilidades interpersonales; evaluación de las habilidades.
Memoria, atención y procesos de decisión Capacidad para retener información, enfocar selectivamente en aspectos del entorno y elegir entre dos o más alternativas	Memoria; atención; control de la atención; toma de decisiones; sobrecarga cognitiva; cansancio.
Regulación del comportamiento Cualquier actividad que se dirija a gestionar o cambiar una acción y que sea objetivamente observado o medido	Autoevaluación; cambio de hábitos; plan de acción.
Rol social/profesional e identidad Conjunto coherente de comportamientos y cualidades mostradas de un individuo en un ámbito social o de trabajo	Identidad profesional; rol profesional; identidad de grupo; identidad social; liderazgo; compromiso profesional.
Creencias sobre las capacidades Aceptación de la verdad, realidad, o validación de las habilidades, talento o facilidades que una persona aporta para la construcción de algo	Confianza en sí mismo; competencia percibida; autoeficacia; creencias; empoderamiento; control del comportamiento percibido.
Optimismo Confianza en que las cosas ocurrirán de la mejor manera o que los objetivos deseados serán alcanzados	Optimismo; pesimismo; optimismo no realista; identidad.
Creencias sobre las consecuencias Aceptación de la verdad, realidad o validación sobre los resultados de un comportamiento en una situación dada	Creencias; expectativas sobre resultados; características de las expectativas de resultados; arrepentimiento anticipado.



Tabla 0.2. Definiciones de los dominios que forman el *Theoretical Domain Framework (TDF)* y sus constructos (continuación)

Dominio. Definición	Constructos teóricos representados dentro de cada dominio
<p>Intenciones Decisión consciente de desarrollar un comportamiento o de tomar la decisión de actuar de determinada manera</p>	Estabilidad de las intenciones; etapas del modelo de cambio.
<p>Metas Representación mental de los resultados o de los estados finales que los individuos desean conseguir</p>	Metas (a largo plazo/corto); prioridad en las metas; establecimiento de objetivos o dianas; planificación de las acciones.
<p>Refuerzo Aumentar la probabilidad de una respuesta mediante la organización de una relación dependiente o contingente, entre una respuesta y un estímulo</p>	Recompensas (a corto/largo plazo); valoración; incentivos; castigos; sanciones; refuerzos.
<p>Emoción Patrón de reacción complejo, que involucra experiencias, conductuales y fisiológicos, mediante el cual el individuo intenta lidiar con un asunto o evento personalmente significativo</p>	Miedo; ansiedad; afecto; estrés; depresión; sentimientos positivos/negativos; derrota.
<p>Contexto del entorno y recursos Cualquier circunstancia o situación personal o del entorno que disuade o alienta el desarrollo de habilidades, independencia, competencia social o comportamiento adaptativo</p>	Recursos del entorno; cultura/clima organizacional; interacciones persona y contexto.
<p>Influencias sociales Procesos interpersonales que pueden dar lugar a que un individuo cambie su forma de pensar, sentimientos o comportamientos</p>	Presión social; normas sociales; conformidad de grupo; comparadores sociales; normas de grupo; poder; conflicto entre grupos; apoyo social; alienación.

Fuente: Traducción libre de (17).

Como se ha comentado anteriormente, es el marco comúnmente utilizado para la identificación de barreras y facilitadores cuando se utiliza el modelo BCW. Hoy día es muy utilizado en diseño de intervenciones para modificar la práctica clínica. Una muestra de ello es que, si en PubMed se introducen como términos de búsqueda *Theoretical Domain Framework* y se restringe a los últimos diez años, el número de artículos publicados es 3136. En los últimos 5 años, 2198 y en el último año, 613.

El grupo de Susan Michie ha dedicado muchos esfuerzos en estudiar las técnicas de cambio de comportamiento (*Behaviour Change Techniques, BCT*) utilizadas por las intervenciones que se han publicado en literatura científica y las funciones que podemos esperar de cada una de ellas desarrolle, a través de las cuales se podrá modificar uno o algunos de los dominios que afectan a un determinado comportamiento. Actualmente el grupo ha desarrollado una taxonomía de BCT, que incluye 93 técnicas tipificadas y descritas con detalle. Lo veremos en detalle en la etapa 5 de esta guía.

Otros marcos teóricos utilizados en las guías de referencia

Mejora continua de la calidad asistencial

Este es el marco teórico que proponen dos guías de Reino Unido (12,13) seleccionadas. La guía de NICE, describe su iniciativa de mejora bajo el título “*Into Practice*” e invita a utilizar dos componentes principales como herramientas de ayuda a cómo utilizar la evidencia científica para mejorar los servicios de salud.

Un esquema de los pasos que en la práctica se deben incluir en las estrategias de mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios: mantenerse informado, contar con un líder, entender la manera en la que se trabaja o se toman las decisiones, definir un plan de mejora, llevar a cabo la mejora, medir y continuar (Figura 0.4).

Los principios que recomiendan asumir para llevar a la práctica las guías basadas en la evidencia que desarrolla y publica NICE.

- Establecer directrices y prioridades claras basadas en la evidencia.
- Aportar claridad a la calidad: definen estándares de calidad NICE que especifican cómo es una atención de alta calidad.
- Medir y publicar los resultados que se obtienen sobre mejora de la calidad. Aportan ideas sobre cómo hacerlo.
- Reconocer y recompensar la calidad celebrando y compartiendo una atención buena y sobresaliente. Ofrecen algunas ideas sobre cómo hacer esto.
- Mantener la calidad utilizando los estándares de calidad NICE para monitorizar.
- Desarrollar capacidades, mejorando el liderazgo, la gestión, la cultura, las habilidades y los comportamientos profesionales e institucionales para asegurar la calidad y mantener la mejora.
- Mantenerse a la vanguardia, desarrollando investigación, innovación y planificación para brindar una atención progresiva y de alta calidad.

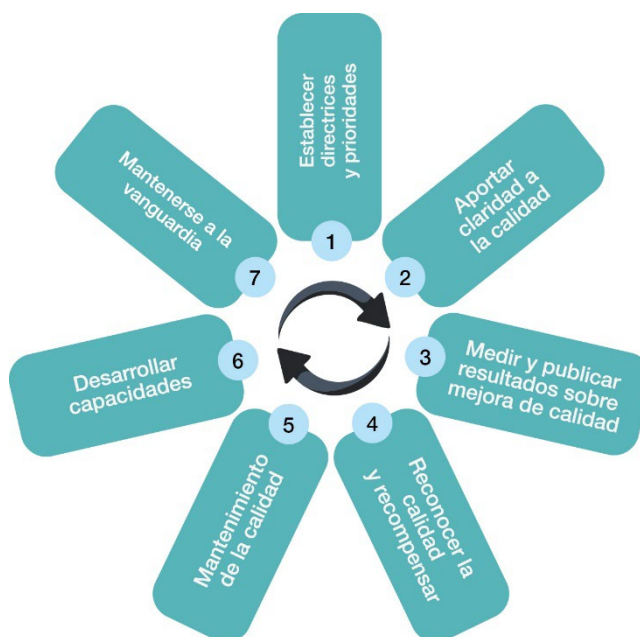


Figura 0.4: Pasos para una estrategia de mejora continua de la calidad en los servicios sanitarios



Fuente: Traducción libre de NICE (13). Practical steps to improving the quality of care and services using NICE guidance.

Figura 0.5: Siete pasos para mejorar la calidad. Principios para llevar a la práctica las guías de práctica clínica



Fuente: Traducción libre de NICE (13). The 7 steps to quality improvement.

Adicionalmente ofrecen como herramientas:

- Diagramas de flujo para la implementación.
- Estándares o indicadores para medir los avances.

La Guía *Healthcare Quality Improvement Partnership* (HQIP) (12) propone un marco teórico similar, definido como ciclo de mejora que incluye la medida de la efectividad frente a estándares de calidad acordados y validados para identificar alta calidad de desempeño de la asistencia y propuestas de acción para conseguir las mejoras esperadas (Figura 0.6).

La guía define los aspectos principales a tener en cuenta en cada una de los pasos recomendados.

Figura 0.6: Pasos para mejora de calidad



Fuente: Traducción libre de HIQ(12): HIQ. Best practice in clinical audit.

Otros marcos teóricos utilizados con frecuencia en la literatura científica sobre implementación

Greenhalgh en su obra *How to Implement Evidence-Based Healthcare*, que incluimos entre las guías y documentos de referencia para esta guía RediSAM (16) hace una recopilación de marcos teóricos utilizados en la implantación de innovaciones y de práctica asistencial basada en la evidencia que la autora califica como “ecléctica”, pero consideramos muy didáctica y crítica. Entre los marcos referenciados están:

- Modelo de Cabana et al. sobre seguimiento de guías de práctica clínica.
- Modelo de Grol sobre seguimiento de guías.
- Promoción de acciones para la implementación de los resultados de la investigación en los servicios de salud (*Promoting Action on Research Implementation in Health Services*; PARiSH).
- Ciclos PDSA (*Plan-do-study-act*).
- Mapeo de procesos.
- Pensamiento rápido y lento; heurísticos.



Para ampliar la información sobre ellos, se recomienda consultar la obra de T. Greenhalgh, que consideramos una referencia imprescindible.

Para aquellos con interés o que quieran profundizar en los modelos de toma de decisiones en Atención Primaria, heurísticos y sesgos cognitivos, se recomienda la lectura del artículo de Minué y col. (18). Los autores analizan la evidencia sobre la utilización de heurísticos y su papel en el error diagnóstico en condiciones reales, concluyendo que esta evidencia es muy limitada y es prácticamente inexistente en el caso del proceso de decisión diagnóstica en Atención Primaria.

Referencias bibliográficas

1. Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, Brown KA, Antony J, Soobiah M y col. Audit and feedback: effects on professional practice (Review).Cochrane Database of Systematic Reviews. 2025 (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000259.pub4> [acceso 5 Abril 2025].
2. Herrero Hernández S, Alcaraz Borrajo M, Cruz Martos MA y Calvo Alcántara MJ. La planificación y diseño de estrategias de intervención: metodología e impacto. En: Manual de Farmacia de Atención Primaria. Acceso [12/01/2024]. https://www.sefap.org/media/upload/arxiu/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf
3. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, Carroll K, Sales A, Michie S y col. Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness [Internet].Ann Intern Med. 2016 Mar 15;164(6):435-41[acceso 20 Febrero 2022]. Disponible en: https://core.ac.uk/reader/79500925?utm_source=linkout
4. Grimshaw J M, Ivers N, Linklater S, Foy R ,Francis JJ, Gude WT y col (Audit and Feedback MetaLab). Reinvigorating stagnant science: implementation laboratories and a meta-laboratory to efficiently advance the science of audit and feedback [Internet]. BMJ Qual Saf. 2019 May;28 (5): 416-423 [acceso 19 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6559780/>
5. Colquhoun HL, Squires JE, Kolehmainen N, Fraser C, Grimshaw JM. Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour: a systematic review. Implement Sci. 2017 Mar 4;12(1):30 [acceso 20 Febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5336662/>
6. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006 Winter;26(1):13-24. doi: <https://doi.org/10.1002/chp.47>
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. J Clin Epidemiol. 2021 Jun;134:178-189. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
8. 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>

9. 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
10. 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>
11. 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>
12. 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/>
13. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Into practice. 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>
14. Porritt K, McArthur A, Lockwood C, Munn Z (Eds). JBI Handbook for Evidence Implementation. JBI; 2020. doi: <https://implementationmanual.jbi.global/>
15. 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
16. Greenhalgh T. How to Implement Evidence-Based Healthcare. Londres: Wiley-Blackwell; 2017.
17. Michie S, Atkins L, West R. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. Londres: Silverback Publishing; 2014.
18. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C, Martín-Martín JJ, Fernández-Ajuria A. Uso de heurísticos y error diagnóstico en Atención Primaria: revisión panorámica [Effect of the use of heuristics on diagnostic error in Primary Care: Scoping review]. Aten Primaria. 2020 Mar;52(3):159-175. Spanish. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.11.003>. Epub 2019 Jan 31.

Anexos

Anexo 0.1. Procedimiento de revisión sistemática

Búsqueda bibliográfica:

Se realizó una búsqueda sistemática estructurada de artículos científicos publicados entre 1 enero de 2015 hasta enero de 2024 en las bases de datos MedLine, EMBASE y PsycINFO en español e inglés, en base a la pregunta PICO descrita en la Tabla 1. Se consideraron criterios de inclusión: estudios en los que el método de elaboración se hiciera explícito, bien de forma completa o para etapas concretas, detallando etapas desarrolladas y acciones en cada una de ellas. Se excluyeron estudios sobre intervenciones de promoción de sobre hábitos de vida saludable (consejo dietético, ejercicio físico, etc) o que sólo incluyeran como etapas la evaluación de la intervención o dirigidos exclusivamente a pacientes.

Tabla 1: Pregunta PICO

Población (sujetos)	Profesionales de la medicina o enfermería. Organizaciones sanitarias.
Intervención	Intervenciones para modificación de práctica clínica basadas en audit y feedback.
Control	Práctica habitual.
Outcomes	Cualquier variable de resultado (proceso o resultado en salud).
Diseño	Descriptivo de procedimientos, revisión sistemática, revisión narrativa incluyendo propuesta de procedimientos.

La selección de los artículos y documentos se realizó por pares; 3 parejas de investigadores, en base a los criterios de inclusión y exclusión definidos, en dos pasos. En primer lugar, se realizó un cribado por título y resumen y, posteriormente, por lectura a texto completo de los previamente seleccionados. Los casos de discrepancias, se resolvieron por acuerdo de pares o con la intervención de un tercer investigador. Igualmente se identificaron artículos a partir de la bibliografía de los artículos seleccionados (referencias cruzadas).

La búsqueda de fuentes de literatura gris se realizó en espacios web de organismos previamente seleccionados: organismos elaboradores de guías de práctica clínica, agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, organismos de difusión de conocimiento clínico y de implementación de recomendaciones. En la Tabla 2 se especifican los espacios web consultados. Se utilizaron términos de búsqueda libre. Se seleccionaron documentos publicados entre los años 2012-2024.



Tabla 2: Fuentes de información para búsqueda de literatura gris

PROCEDENCIA	ORGANISMO/INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN WEB
EUROPA	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	https://www.nice.org.uk/
EUROPA	United Kingdom National Health Service Health Department(NHS)	https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care
EUROPA	Cochrane UK	https://www.evidentlycochrane.net/clinical-guideline-implementation/
EUROPA	Derby and Derbyshire CCG (NHS)	http://www.derbyshiremedicinesmanagement.nhs.uk/
EUROPA	Health Improvement Scotland	http://www.healthcareimprovementscotland.org/
EUROPA	Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services	https://www.sbu.se/en/publications/
EUROPA	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)	https://www.iqwig.de/en/home.e.2724.html
EUROPA	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Healthcare Improvement Scotland	https://www.sign.ac.uk/
EUROPA	Health Information and Quality Authority (IQA)	https://www.hiqa.ie/reports-and-publications
EUROPA	European Network for Health Technology Assessment(eunethta)	https://eunethta.eu/
EUROPA	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA)	https://www.aetsa.org/
EUROPA	Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS)	https://aquas.gencat.cat/en/inici/
EUROPA	Tecnologías sanitarias - OSTEBa	https://www.euskadi.eus/tecnologias-sanitarias-osteba/
EUROPA	Axencia de Coñecemento en Saúde (Avalia-t). Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia	https://avaliat.sergas.gal/Paxinas/web.aspx?idioma=es
EUROPA	Guia Salud	https://portal.guiasalud.es/
EUROPA	European Association for Quality Assurance (ENQA)	https://enqa.eu/

**Tabla 2: Fuentes de información para búsqueda de literatura gris
 (continuación)**

PROCEDENCIA	ORGANISMO/INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN WEB
EUROPA	The Centre for Evidence-Based Medicine	https://www.cebm.net/home/
EUROPA	Grey Literature in Europe (Open Grey)	http://www.opengrey.eu/
EEUU	Agency for Healthcare research and Quality (AHRQ)	https://www.ahrq.gov/
EEUU	The New York academy of Medicine (Grey Literature Report)	www.greylit.org
CANADÁ	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH)	https://www.cadth.ca/
CANADÁ	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	https://www.inesss.qc.ca/en/index.html
CANADÁ	Public Health Ontario	https://www.publichealthontario.ca/
CANADÁ	Health Canada	https://www.canada.ca/en/health-canada.html
CANADÁ	Deprescribing.org	https://deprescribing.org/
CANADÁ	Canadian Institutes of Health Research (CIHR)	https://cihr-irsc.gc.ca/e/193.html
AUSTRALIA	National Prescribing centre (NPS)	https://www.nps.org.au/
AUSTRALIA	Department of Health. Australian Government.	https://www.health.gov.au/
AUSTRALIA	Australian Deprescribing Network	https://australiandeprescribingnetwork.com/au/
NUEVA ZELANDA	Ministry of Health. New Zealand	https://www.health.govt.nz/
INTERNACIONAL	OMS	https://www.who.int/publications/es/
INTERNACIONAL	The International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	https://www.inahta.org/?s=audit
INTERNACIONAL	Guidelines International Network (G-I-N)	https://g-i-n.net/



Se realizó un primer cribado de documentos por título, índice y resumen, con resolución de discrepancias por pares de investigadores, seguido de lectura a texto completo con resolución de discrepancias. Se revisaron, adicionalmente, las referencias cruzadas de los documentos seleccionados.

Extracción y presentación de datos:

Para la extracción de datos se diseñaron tablas de síntesis de evidencia y descripción de artículos y documentos localizados. Posteriormente se realizó la síntesis narrativa de la información procedente tanto de los artículos científicos como de la literatura gris. Los resultados en detalle de la revisión sistemática quedarán publicados como artículo científico.