

3. Identificación de barreras y facilitadores

Carola Orrego, Itziar Pérez, Idoia Alcorta

En este capítulo se pretende dar a conocer la relevancia del análisis de barreras y facilitadores, como un método de recogida y análisis de información de los principales problemas y factores que pueden influir en el proceso de cambio de los profesionales, para conseguir la utilización sistemática de la mejor evidencia científica disponible para un tema determinado.

Conocer los distintos tipos de barreras y los instrumentos más adecuados de análisis puede facilitar que en cada organización se identifiquen los más relevantes, orientando a la selección de las intervenciones más adecuadas en el proceso de implementación.

Preguntas que pretende contestar el capítulo:

- ¿Qué son las barreras y los facilitadores?
- ¿Hay barreras y facilitadores ya identificados?
- ¿Existe alguna clasificación de barreras y facilitadores?
- ¿Cómo identificarlos en nuestro contexto?

Después de realizar el análisis de contexto y seleccionar las recomendaciones a implementar, surgen una serie de prioridades que indican hacia dónde tiene que estar orientado el plan de implementación y qué prácticas son las que se deben promover para su introducción.

Como se ha comentado en la introducción de este manual, el desarrollo de una GPC no es garantía de que esté siendo ampliamente utilizada, incluso si los clínicos están apropiadamente instruidos.

Este aspecto ha generado una especial preocupación entre los proveedores sanitarios cada vez que se elabora una nueva GPC, y ha creado interés por estudiar qué factores pueden interferir en el proceso de implementación de la evidencia⁽¹⁾. Entender cuáles son las principales barreras y los principales facilitadores para que las recomendaciones sean aplicadas de forma sistemática y mantenida en el tiempo, puede ayudar en la selección de las estrategias más apropiadas para aumentar el éxito de la implementación.

Para que una persona siga una recomendación de una GPC, debe ser consciente de que existe, estar de acuerdo con ella y tener la habilidad para aplicarla^(2,3).

A pesar de que no existe certeza de la efectividad de las intervenciones dirigidas a superar barreras, en comparación con las intervenciones que no las tienen en cuenta⁽⁴⁾, una identificación de las barreras parece adecuada y eficiente⁽⁵⁾ para ajustar la intervención a las necesidades detectadas y al contexto en el que se va a implementar la GPC⁽⁶⁾. En tal sentido, la mayoría de los marcos teóricos sobre el cambio de comportamiento en los profesionales sanitarios incluyen la identificación de barreras y facilitadores como una fase importante^(7,8).

Muchas barreras brindan un puente o conexión para construir soluciones y estrategias de implementación⁽⁹⁾. Aun así, los futuros implementadores de GPC tienen que consi-

derar que existirán algunas barreras difíciles de abordar y que aun realizando un análisis previo, durante la intervención se encontrarán factores o barreras que no se esperaban⁽¹⁰⁾. La implementación de GPC es un proceso complejo con variables no esperadas⁽¹¹⁾.

El objetivo de este capítulo es dar a conocer el concepto de barreras y facilitadores, para su incorporación en los planes de implementación. Basamos el análisis en la perspectiva de los tipos de barreras y su clasificación, lo que ayudaría a estructurar el análisis y a considerar factores internos (relacionados con el personal sanitario) y externos (organizativos y relacionados con los pacientes).

3.1. Definición de barreras y facilitadores

Las barreras y facilitadores pueden definirse como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional, que en el caso de las GPC se manifiesta en adherencia, o falta de adherencia, a sus recomendaciones^(2,4).

3.2. Clasificación de barreras y facilitadores

Existen diferentes clasificaciones de las barreras y facilitadores, aunque en la mayoría de ellas aparecen finalmente recogidos los mismos elementos^(2,4,7). En este manual, debido a su carácter práctico, se adopta la propuesta realizada por Grol *et al.*, que propone clasificar las barreras en aquellas relacionadas con el profesional sanitario, el contexto social y el contexto organizativo⁽⁷⁾.

Al final de este apartado se abordan otros aspectos referidos a la propia GPC que, por su formato o contenido, pueden también afectar al proceso de implementación^(2,12,13).

3.2.1. Factores relacionados con el profesional de la salud

- **Competencia.** La incorporación de las recomendaciones de una GPC requiere en ocasiones la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos; el desconocimiento de los mismos puede impedir los cambios en la práctica clínica. Un estudio realizado para implementar una GPC sobre lumbalgia entre fisioterapeutas holandeses mostró que una de las barreras más importante era la falta de conocimiento y habilidades para la prescripción de ejercicios⁽¹⁴⁾.
- **Actitudes y opiniones.** En la adopción de las recomendaciones de las GPC, las opiniones y actitudes individuales de los profesionales son muy importantes. Existen diferentes aspectos sobre el cambio que los individuos pueden considerar: la dificultad para llevar a cabo las recomendaciones (habilidad, tiempo), o cómo de manifiesto y cuán rápido es el cambio. También son factores importantes que influyen en los individuos la credibilidad de la autoría de la GPC, la aplicabilidad de las

recomendaciones a las condiciones reales de trabajo o la percepción de pérdida de autonomía al realizar su trabajo. Un estudio cualitativo detectó que algunos médicos consideraban que el uso de estatinas en la prevención primaria de la enfermedad coronaria en Atención Primaria aumentaba su carga laboral⁽¹⁵⁾.

- **Motivación para el cambio.** Existen diferentes tipos de motivación que pueden ser importantes para facilitar un cambio. Algunas de ellas son de motivación intrínseca, (por ejemplo, código ético), de motivación extrínseca (por ejemplo, los ingresos económicos, la carga de trabajo, etc.) o mixtas (por ejemplo, el tiempo libre, el reconocimiento social o profesional, la autonomía, etc.). Los incentivos no monetarios y los incentivos estructurales de los servicios de salud (por ejemplo, nuevo equipamiento) fueron considerados adecuados por el 83,5% y 69,4% de los médicos, frente a sólo 36,9% que consideró adecuados los incentivos económicos, en un estudio realizado en Italia⁽¹⁶⁾.
- **Características personales.** El comportamiento de los profesionales puede estar también influido por sus características personales: edad, sexo, especialidad, carácter o confianza en sus propias capacidades. En el año 2000 se publicó un estudio que proponía un marco teórico en el que los médicos eran clasificados en cuatro grupos: buscadores, receptivos, tradicionales y pragmáticos, según su reacción más probable frente a nueva información sobre la efectividad de actuaciones clínicas que podrían afectar a sus pacientes⁽¹⁷⁾.

3.2.2. Factores relacionados con el contexto social

- **Pacientes.** El sexo, la edad y la etnia de los pacientes puede influir en la toma de decisiones de los profesionales. Asimismo, las expectativas de los pacientes acerca de las pruebas diagnósticas o tratamientos que deben recibir influyen en los médicos. En una publicación sobre la decisión de solicitar una radiografía en el dolor lumbar, los médicos admitían que uno de los motivos de la decisión era que algunos pacientes la reclamaban por diversas razones⁽¹⁸⁾.
- **Colegas.** Algunos profesionales se encuentran muy influidos por la opinión de sus colegas. Se ha demostrado que, en ocasiones, es más fácil lograr un cambio a través de un consenso local que por las publicaciones científicas o la publicidad⁽⁷⁾. Por otro lado, es frecuente la existencia de líderes de opinión locales que, una vez identificados, pueden encargarse de diseminar los nuevos conocimientos. Un estudio canadiense de 1997 sobre las actitudes y preferencias de los médicos en cuanto a las GPC, mostró que un 78% de los médicos prefería que la presentación de la guía corriera a cargo de un colega respetado⁽¹⁹⁾.

3.2.3. Factores relacionados con el contexto organizativo

- **Organización y estructura.** Es lógico pensar que para la implementación de cualquier cambio en la práctica clínica son necesarias facilidades en la organización

y disponibilidad del material necesario. En un estudio internacional⁽²⁰⁾, el 38% de los médicos consideraba la falta de tiempo una barrera para la utilización de GPC sobre el manejo del colesterol como un factor de riesgo para la enfermedad coronaria.

- **Medidas económicas.** Es posible que medidas de tipo económico puedan favorecer o perjudicar la implementación de nuevas actividades. Esta influencia puede venir dada tanto por la utilización de incentivos, que pueden resultar facilitadores, como por las consideraciones que los profesionales sanitarios realicen sobre la influencia que dicha implementación pueda ejercer en el gasto médico general. Un grupo de profesionales se mostraba preocupado por el coste que podría suponer la utilización de estatinas en los casos indicados de prevención primaria de la enfermedad coronaria⁽¹⁵⁾.

3.2.4. Factores relacionados con las GPC

En la revisión realizada por Cabana *et al.*⁽²⁾, cuando los médicos fueron preguntados por aspectos de las “guías en general” que representarían barreras para la implementación de sus recomendaciones, con cierta frecuencia refirieron que los textos resultaban incómodos o de manejo difícil. Sin embargo, al referirse a 16 guías concretas, sólo se mantenían estas consideraciones respecto a 6 de ellas (38%). La mayoría de los médicos que participaron en una encuesta sobre sus experiencias con las GPC en Estados Unidos afirmaron que preferían un formato corto, conciso y fácil de usar antes que el texto completo⁽²¹⁾.

A continuación se presentan algunas recomendaciones generales que podrían minimizar las barreras asociadas a las propias GPC⁽⁷⁾:

- Evitar términos o expresiones que por su ambigüedad puedan inducir a diferentes interpretaciones de las recomendaciones clínicas.
- Introducir un glosario de términos dificultosos o abreviaturas. Utilizar una presentación de las recomendaciones clara y lógica.
- Utilizar un formato y un lenguaje que facilite el trabajo diario con los pacientes.
- Destacar y repetir los aspectos fundamentales.
- Proporcionar material educativo para una mejor comprensión de la GPC. También deben explicarse los indicadores que servirán para medir la evolución de los cambios propuestos.
- Diseñar una presentación atractiva: cuidar el tipo de letra y los colores, utilizar resúmenes y restringir el número de referencias bibliográficas.
- Tener en cuenta que la brevedad y la claridad son positivamente valoradas.

En la tabla siguiente se resumen algunas de las barreras y facilitadores comentados.

Tabla 3.1. Resumen de potenciales barreras y facilitadores identificados en la literatura

Clasificación	Barreras	Facilitadores
Profesional de la salud (Competencia, actitudes, opiniones, motivación para el cambio y características individuales)	Falta de acuerdo con las recomendaciones (diferencias en la interpretación de la evidencia) ⁽²⁾	Presencia de profesionales innovadores y con mayor predisposición al cambio ^(3, 22)
	Falta de formación, entrenamiento o habilidades para seguir las recomendaciones clínicas ⁽²⁾	
	Preferencias personales y experiencias individuales percibidas como más efectivas que las recomendaciones ⁽⁴⁾	
Contexto social (Pacientes, colegas)	Falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes ⁽⁹⁾	Colaboración con otros centros para crear redes de aprendizaje ⁽²²⁻²⁴⁾
	Demandas de los pacientes a un determinado tratamiento o prueba ⁽⁴⁾	
Factores relacionados con el sistema (organización y estructura, medidas económicas)	Procesos poco estandarizados que dificultan la implementación de recomendaciones ⁽²²⁾	Objetivos de mejora claros y adaptados a nivel local
	Falta de tiempo, sobrecarga de trabajo ⁽²⁵⁾	Capacidad de medir el funcionamiento de un proceso, procedimiento o servicio ⁽⁹⁾
	Poder y autoridades establecidas dentro de las organizaciones que dificultan los procesos de cambio ⁽²⁶⁾	Sistemas de información que faciliten el seguimiento, aplicación y evaluación de las GPC ⁽²⁶⁾
	Rotación de profesionales y personal sustituto que dificultan el mantenimiento de la intervención en el tiempo ^(11,23)	Trabajo multidisciplinario en la adopción de las recomendaciones clínicas ⁽²⁷⁾
	Falta de trabajo en equipo ⁽²⁵⁾	Líderes que prioricen la efectividad de la práctica dentro de la organización ⁽²⁶⁾
	Dotación insuficiente de los servicios sanitarios y recursos mal distribuidos ^(9,28)	Buena comunicación con los equipos a nivel local, consenso en las recomendaciones a implementar ⁽²²⁾
	Recomendaciones clínicas elaboradas con poco rigor metodológico, de baja calidad y poco creíbles para los clínicos ⁽²⁹⁾	Disposición de GPC en formatos prácticos, promovida por organismos oficiales ^(7,30)
Aspectos relacionados con las propias GPC	GPC poco prácticas, que no faciliten el juicio clínico, demasiado rígidas ^(1,22)	
	Recomendaciones demasiado complejas y con un coste muy alto en su implementación ⁽³¹⁾	

3.2.5. Cuándo medir. Técnicas más utilizadas para la identificación de barreras y facilitadores

La identificación de barreras y facilitadores es un proceso que debe comenzar en el mismo momento que se analiza el problema y se selecciona la GPC que puede ayudar a afrontarlo, y continuar durante el diseño de la intervención, ya que el análisis de una práctica deficiente puede mostrar que la causa no es solucionable sólo mediante una GPC⁽³²⁾. Por otro lado, puede ser útil continuar el análisis de barreras de manera concurrente a la intervención, para identificar barreras o facilitadores no previstas en la fase de diseño^(24,27).

La literatura muestra numerosas técnicas que pueden ser utilizadas para detectar las barreras y los facilitadores. En ocasiones, será necesario emplear más de una técnica⁽³³⁻³⁵⁾. Las más frecuentemente utilizadas son las siguientes^(33,36-38):

- **Tormenta de ideas.** Técnica de grupo que permite la generación de una gran cantidad de ideas sobre un tema determinado⁽³⁴⁾.
- **Técnica Delphi.** Técnica de consenso. Se realiza el envío de un cuestionario por correo para saber la opinión de un grupo de personas que tienen información implícita sobre el tema a estudio. A los «expertos» se les envía, en una primera fase, el cuestionario con preguntas previamente probadas y validadas para que los participantes clasifiquen su grado de acuerdo con cada afirmación del cuestionario. A partir del análisis de las respuestas, se elabora un segundo cuestionario que se envía tantas veces como sea necesario hasta que el grupo llega al consenso^(39,40).
- **Grupos nominales.** A través de una pregunta formulada a un grupo de entre 10 y 15 expertos se obtienen respuestas que posteriormente son clasificadas y reordenadas por importancia mediante el consenso entre los participantes. Resulta útil para obtener y priorizar información facilitada por expertos o afectados por un determinado tema⁽⁴¹⁾.
- **Encuesta.** Consiste en un listado estandarizado de preguntas acerca de conocimientos, actitudes o prácticas, que responde de manera anónima un grupo numeroso de personas⁽⁴²⁾.
- **Entrevista.** Cara a cara o telefónica, individualmente y realizada por un entrevistador. Pueden ser estructuradas (con un cuestionario) o semiestructuradas (preguntas abiertas y cerradas). Suele utilizarse cuando la población es pequeña y manejable^(15,20).
- **Grupos focales.** Conversación planeada de un grupo pequeño y homogéneo (de 7 a 10 personas), diseñada para obtener información de una área concreta de interés, con un guión de preguntas que van desde lo más general hasta lo más específico, en un ambiente permisivo y no directivo, con un moderador que sea capaz de conseguir que los participantes se expresen de forma libre^(18,34,35).
- **Observación directa.** Observar atentamente la situación, obteniendo datos para su posterior análisis⁽⁴³⁾.
- **Estudio de caso.** Método empleado para estudiar una situación o caso único de una forma lo más intensa y detallada posible, que permite refinar la diana a la que se dirige la intervención^(44,45).

- **Informantes clave.** Individuos con conocimientos del entorno y con una percepción especial sobre el tema específico de estudio, habitualmente líderes clínicos, que permiten ajustar la gradación, dosis y contenido de los mensajes. Los datos, habitualmente, se obtienen a través de una conversación informal⁽³⁵⁾.

La elección del método estará condicionada por las circunstancias locales en relación al número de profesionales, el tiempo y los recursos disponibles, y la naturaleza de las barreras que el equipo implementador crea que pueden existir⁽³³⁾. Sin embargo, a la hora de seleccionar las técnicas que más se adecuen a las necesidades identificadas por el equipo implementador, existen algunas características que pueden ser relevantes en el momento de decidir cuál de ellas utilizar⁽³⁸⁾:

- Aceptable. La percepción individual sobre el grado en que la técnica utilizada es aceptable puede en parte intervenir en el proceso de cambio posterior.
- Precisa. Se confirmará su precisión cuando los cambios en las barreras detectadas se traduzcan en modificaciones de la práctica clínica o el comportamiento.
- Generalizable. El grado en el cual las barreras detectadas puedan ser generalizadas a otros ámbitos. Puede estar influenciado por la representabilidad de los participantes.
- Fiable. Cuando las mismas barreras o similares son detectadas por el mismo grupo al repetir la técnica en más de una ocasión.

3.3. Consejos para la identificación efectiva de barreras y facilitadores

3.3.1. Constitución de un grupo para la identificación de barreras

Constituir un grupo multidisciplinar con conocimiento del problema de salud, o la práctica clínica, que se pretende abordar. Es de utilidad la inclusión de profesionales del entorno de la gestión con conocimiento de los procesos que intervienen.

3.3.2. Estructuración del análisis

- **Priorización.** Centrarse en el análisis de barreras y facilitadores de aquellas recomendaciones en las que se ha observado una baja adherencia. Promover la implementación de una práctica que comienza en unos niveles de cumplimiento muy alto puede ser frustrante y poco eficiente para la implementación; de hecho si la práctica clínica es buena, no sería necesario implantar cambios⁽¹¹⁾. Si se considera que una práctica, que se encuentra en un buen nivel de cumplimiento, es clave para el proceso en cuestión, puede considerarse relevante la identificación de facilitadores para continuar estimulando estos resultados. El análisis de contexto nos permite realizar este proceso de priorización.
- **Analizar las recomendaciones de forma independiente.** Considerar la necesidad de realizar un análisis de barreras y facilitadores para cada recomendación clíni-

ca a promover en el plan de implementación. Las limitaciones o facilitadores observados para cada una pueden ser significativamente diferentes; en tal sentido, ayuda a seleccionar como indicadores de buena práctica aquellas recomendaciones para las que se han encontrado menos barreras.

- **Utilización de un marco teórico.** Sistematizar el proceso de análisis de barreras y facilitadores, considerando las diferentes fases en el proceso de cambio puede ser de utilidad para conseguir la continuidad en la aplicación de las medidas^(30,46). Más información a este respecto puede encontrarse en el capítulo 4 de este manual.
- **Consideración de factores organizacionales y sistémicos.** No menospreciar el valor de las barreras y facilitadores externos a los profesionales. Algunas barreras para la implementación de las GPC, incluyen poderes establecidos y estructuras de autoridad existentes en las organizaciones, que hacen necesario enfoques orientados hacia cambios culturales o relacionados con aspectos propios de la organización o con la gestión de recursos humanos⁽²⁶⁾.
- **Considerar la temporalidad** (intervalo entre el inicio de la intervención y la toma de decisiones clínicas)⁽⁶⁾. En el análisis de competencias, explorar el tiempo que necesitan los profesionales para adquirir estas habilidades, o el tiempo que puede tardar un centro en adquirir recursos humanos o tecnológicos para la realización de un determinado procedimiento.
- **Valorar el mantenimiento y sostenibilidad de las prácticas.** Considerar la importancia de la rotación de los profesionales y el personal sustituto. Este aspecto se puede convertir en una barrera importante cuando se realiza la intervención y a la hora de asegurar la continuidad de la adherencia a las recomendaciones en el tiempo⁽¹¹⁾.
- **Considerar la existencia de barreras y facilitadores diferentes en función del tipo de profesionales.** No se debería presuponer que las estrategias de implementación válidas para unos profesionales, lo sean para otros⁽⁴⁶⁾.

3.3.3. Selección de técnicas de análisis

Seleccionar una o más técnicas, en función de los siguientes aspectos:

- Los objetivos del plan de implementación: nivel de resultados que se pretende conseguir, niveles basales en los que se inicia la implementación, conocimiento previo de las recomendaciones promovidas por la GPC, y contexto en que se plantean estos objetivos.
- El entorno en el que se va a realizar: a nivel de un centro o a nivel de una región o comunidad autónoma. La generalización, recursos y complejidad para aplicar unos instrumentos u otros puede variar. La tormenta de ideas o los grupos focales pueden ser útiles para generar ideas iniciales en una escala pequeña, y servir de base para el diseño y aplicación de encuestas que permitan explorar un grupo más amplio y representativo de profesionales⁽³⁸⁾.
- Los profesionales a los que va orientado: número y tipo de profesionales. Las posibilidades de participar y la disposición son elementos que deberían considerarse.
- Los recursos disponibles: hay técnicas que implican un consumo de recursos mayores tanto en especialización para la realización de la técnica (grupos focales) como para la gestión y análisis de la información (encuestas).

- Las características de las técnicas.
- La familiaridad de los implementadores con las técnicas.

3.3.4. En la interpretación de los resultados

- Hacer un listado de las barreras identificadas y clasificarlas. De esta forma puede verse facilitada la propuesta de intervenciones adaptadas.
- Si es posible, puede resultar útil contrastar la información recogida entre profesionales concedores de los aspectos abordados y, preferiblemente, que hayan participado en el proceso.

3.3.5. En la selección de las intervenciones

Aunque este asunto es abordado más ampliamente en el capítulo 4, es conveniente tenerlo en consideración a la hora de identificar posibles barreras y facilitadores.

- En la selección de las estrategias para superar determinadas barreras es necesario tener en cuenta la factibilidad de la intervención que se requiere para superarla⁽²⁾.
- En el proceso de implementación de una GPC estas barreras pueden variar de una situación a otra e incluso en el tiempo, de manera que una guía o estrategia puede ser eficaz en una situación y no en otra, en función de la barrera para el cambio que haya que superar, por lo que se puede afirmar que “todas las estrategias de implementación son efectivas en algunas circunstancias, pero ninguna lo es en todas las circunstancias”^(2,8,47).

CUADRO RESUMEN DE LOS ASPECTOS CLAVE

- Las barreras y facilitadores son factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional.
- La identificación de barreras y facilitadores, a pesar de algunas incertidumbres, parece adecuada y eficiente para ajustar la intervención a las necesidades de los clínicos y al contexto en el que se va a implementar la GPC.
- Existen múltiples clasificaciones de barreras y facilitadores. La mayoría de ellas consideran aspectos relacionados con el profesional de la salud, y el contexto social y organizativo.
- La identificación de barreras y facilitadores es un proceso que debe comenzar desde el mismo momento que se elige la GPC a implementar y se analiza el problema, y debe continuar durante el diseño de la intervención.
- Numerosas técnicas pueden ser utilizadas en la detección de barreras y facilitadores: tormenta de ideas, estudio de caso, informantes clave, entrevista, encuesta, grupos focales, observación directa, grupos nominales, técnica Delphi, etc.

Bibliografía

1. Flores G, Lee M, Bauchner H, Kastner B. Pediatricians' attitudes, beliefs, and practices regarding clinical practice guidelines: a national survey. *Pediatrics*. 2000;105(3 Pt 1):496-501.
2. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? a framework for improvement. *JAMA*. 1999;282(15):1458-65.
3. Cinel I, Dellinger RP. Guidelines for severe infections: are they useful? *Curr Opin Crit Care*. 2006;12(5):483-8.
4. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp S, et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;3:CD005470.
5. Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. *BMC Health Serv Res*. 2004;4(1):23.
6. Thorsen T, Mäkelä M, editores. *Cambiar la práctica de los profesionales*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2002 [consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: <http://www.iberamericanagpc.org/>.
7. Wensing M, Grol R. Determinants of effective change. En: Grol R, Wensing M, Eccles M, editores. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 94-108.
8. Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework. *Qual Health Care*. 1996;5(1):51-4.
9. Haynes B, Haines A. Barriers and bridges to evidence based clinical practice. *BMJ*. 1998;317(7153):273-6.
10. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines?: a descriptive study. *Fam Pract*. 2001;18(4):359-63.
11. Varonen H, Rautakorpi UM, Nyberg S, Honkanen PO, Klaukla T, Palva E, et al. Implementing guidelines on acute maxillary sinusitis in general practice: a randomized controlled trial. *Fam Pract*. 2007;24(2):201-6.
12. Grol R, Wensing M. Characteristics of successful innovations. En: Grol R, Wensing M, Eccles M, editores. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice*. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 60-70.
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN50: A guideline developers' handbook [Internet]. Edinburgh: SIGN; 2008 [consulta 16 diciembre 2008]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>
14. Bekkering GE, van Tulder MW, Hendriks EJ, Koopmanschap MA, Knol DL, Bouter LM, et al. Implementation of clinical guidelines on physical therapy for patients with low back pain: randomized trial comparing patient outcomes after a standard and active implementation strategy. *Phys Ther*. 2005;85(6):544-55.
15. Kedward J, Dakin L. A qualitative study of barriers to the use of statins and the implementation of coronary heart disease prevention in primary care. *Br J Gen Pract*. 2003;53(494):684-9.
16. Formoso G, Liberati A, Magrini N. Practice guidelines: useful and "participative" method? Survey of Italian physicians by professional setting. *Arch Intern Med*. 2001;161(16):2037-42.
17. Wyszewianski L, Green LA. Strategies for changing clinicians' practice patterns: a new perspective. *J Fam Pract*. 2000;49(5):461-4.

18. Espeland A, Baerheim A. Factors affecting general practitioners' decisions about plain radiography for back pain: implications for classification of guideline barriers, a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2003;3(1):8.
19. Hayward RS, Guyatt GH, Moore KA, McKibbon KA, Carter AO. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *CMAJ.* 1997;156(12):1715-23.
20. Hobbs FD, Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the reassessing european attitudes about cardiovascular treatment (REACT) survey. *Fam Pract.* 2002;19(6):596-604.
21. Wolff M, Bower DJ, Marbella AM, Casanova JE. US family physicians' experiences with practice guidelines. *Fam Med.* 1998;30(2):117-21.
22. Wright J, Bibby J, Eastham J, Harrison S, McGeorge M, Patterson C, et al. Multifaceted implementation of stroke prevention guidelines in primary care: cluster-randomised evaluation of clinical and cost effectiveness. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(1):51-9.
23. Cornette L, Miall L. Development of regional guidelines: the way forward for neonatal networks? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006;91(5):F318-9.
24. Frijling BD, Lobo CM, Hulscher ME, Akkermans R, van Drenth BB, Prins A, et al. Intensive support to improve clinical decision making in cardiovascular care: a randomised controlled trial in general practice. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(3):181-7.
25. Sitzia J. Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves. *Intensive Crit Care Nurs.* 2002;18(4):230-43.
26. Lipman T. Power and influence in clinical effectiveness and evidence-based medicine. *Fam Pract.* 2000;17(6):557-63.
27. Becker A, Leonhardt C, Kochen MM, Keller S, Wegscheider K, Baum E, et al. Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Spine.* 2008;33(5):473-80.
28. Nemeth LS. Implementing change for effective outcomes. *Outcomes Manag.* 2003;7(3):134-9.
29. Institute of Medicine (IOM). *Knowing what works in health care: a roadmap for the nation.* Washington DC: The National Academies Press; 2008.
30. Belizan M, Meier A, Althabe F, Codazzi A, Colomar M, Buekens P, et al. Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. *Health Educ Res.* 2007;22(6):839-53.
31. Manfrini O, Bugiardini R. Barriers to clinical risk scores adoption. *Eur Heart J.* 2007;28(9):1045-6.
32. van Bokhoven MA, Kok G, van der Weijden T. Designing a quality improvement intervention: a systematic approach. *Qual Saf Health Care.* 2003;12(3):215-20.
33. How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007 [Consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.nice.org.uk/usingguidance/implementationtools/howtoguide/145how_to_guide.jsp
34. Flottorp S, Oxman AD. Identifying barriers and tailoring interventions to improve the management of urinary tract infections and sore throat: a pragmatic study using qualitative methods. *BMC Health Serv Res.* 2003;3(1):3.
35. Wan Q, Harris MF, Zwar N, Vagholkar S. Sharing risk management: an implementation model for cardiovascular absolute risk assessment and management in Australian general practice. *Int J Clin Pract.* 2008;62(6):905-11.

36. March Cerdá JC, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M, Solas Gaspar O. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gac Sanit.* 1999;13(4):312-9.
37. Wensing M, Grol R. Methods to identify implementations problems. En: Grol R, Wensing M, Eccles M, editors. *Improving patient care: the implementation of change in clinical practice.* Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 109-20.
38. Identifying barriers to evidence uptake [Internet]. Melbourne: National Institute of Clinical Studies (NICS); 2006 [consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en: http://www.nhmrc.gov.au/nics/asp/index.asp?page=materials/materials_subject_article&cid=5212&id=404.
39. Anselm AH, Palda V, Guest CB, McLean RF, Vachon MLS, Kelner M, et al. Barriers to communication regarding end-of-life care: perspectives of care providers. *J Crit Care.* 2005;20(3):214-23.
40. Rocío Ortiz M del, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT, Gascón E. Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos. *Rev Panam Salud Publica.* 2003;14(3):186-92.
41. Davis R, Turner E, Hicks D, Tipson M. Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. *J Clin Nurs.* 2008;17(2):168-74.
42. Newton PJ, Halcomb EJ, Davidson PM, Denniss AR. Barriers and facilitators to the implementation of the collaborative method: reflections from a single site. *Qual Saf Health Care.* 2007;16(6):409-14.
43. Freeman J, Loewe R. Barriers to communication about diabetes mellitus. Patients' and physicians' different view of the disease. *J Fam Pract.* 2000;49(6):507-12.
44. Wiener-Ogilvie S, Huby G, Pinnock H, Gillies J, Sheikh A. Practice organisational characteristics can impact on compliance with the BTS/SIGN asthma guideline: qualitative comparative case study in primary care. *BMC Fam Pract.* 2008;9:32.
45. DeGroff A, Boehm J, Goode Green S, Holden D, Seeff LC. Facilitators and challenges to start-up of the colorectal cancer screening demonstration program. *Prev Chronic Dis.* 2008;5(2):A39.
46. Puffer S, Rashidian A. Practice nurses' intentions to use clinical guidelines. *J Adv Nurs.* 2004;47(5):500-9.
47. García JF, Minué S. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica (GPC): ¿Cómo hacer que las GPC sean efectivas? [borrador en Internet]. AETSA, Universidad de Málaga; 2002 [consulta 21 de octubre de 2008]. Disponible en <http://www.easp.es/mbe/GPC%20Implementacion.pdf>.