

Cooperación técnica: “Implementación de la metodología ECHO en tres países de América Latina y el Caribe”

ATN-/JF-18098-RG

Informe resultados pre-test formulario de evaluación CEDIA

1 Introducción

Este informe presenta los resultados de un pre-test que sirve para validar la herramienta de evaluación desarrollada por ECHO Udelar en conjunto con la contraparte técnica de CEDIA. En el período de tiempo disponible para la realización se logró llegar a 18 respuestas, lo que permite realizar el testeado para validar la herramienta pero no aporta información sólida que se pueda proyectar al universo de casos. El pre-test muestra alta consistencia en las escalas aplicadas, y diferencias significativas entre los valores de la línea de base y línea de impacto. La versión completa del pre-test está disponible en el anexo 1. Esta herramienta está en condiciones de ser aplicada en lo sucesivo para evaluar el programa de teleclínicas de 2024.

2 Resumen de la estrategia metodológica de la evaluación

2.1 CEDIA

En el caso de CEDIA, se aplicó el modelo de evaluación que utilizamos para medir un “proxi” de impacto. El modelo ECHO utiliza para la evaluación a corto plazo de las clínicas una herramienta validada por parte de ECHO New Mexico para la clínica de Hepatitis c¹ en su diseño general. En el caso de Uruguay se ha realizado una adaptación vinculada con la especificidad de cada clínica con aspectos terminológicos locales (Giachetto, y otros, 2019). Este es un tipo de "evaluación de performance" que analiza el desempeño continuo de un proceso contra valores meta, por lo que estamos hablando de un enfoque analítico. En términos generales implica analizar un grupo de indicadores en su valor actual y relacionarlos comparándolos con el valor del mismo indicador en un período anterior, metas

¹ Arora, S., Kalishman, S., Thornton, K., Dion, D., Murata, G., Deming, P., ... Pak, W. (2010). Expanding Access to HCV Treatment - Extension for Community Healthcare Outcomes (ECHO) Project: Disruptive Innovation in Specialty Care. *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 52(3), 1124–1133. <http://doi.org/10.1002/hep.23802>

definidas por el plan, programa o proyecto, contra otra unidad operativa, área, organismo, contra parámetros que pueden ser normativos o consuetudinarios. La alternativa que se utiliza en ECHO es la medición de parte de estas variables a partir de la aplicación de escalas de autopercepción al personal clínico. Estas escalas están validadas y se constituyen en una excelente herramienta para medir los efectos primarios de la intervención y un razonable “proxy” para medir resultados y eventualmente impactos.

Categorías de análisis, variables e indicadores

El esquema de variables que estamos trabajando consta de 4 variables dependientes 5 variables independientes.

Variables dependientes

La principal variable dependiente es: Incremento de competencias y capacidades. Esta variable se mide con 13 indicadores que se muestran a continuación.

1. Capacidad para identificar pacientes.
2. Capacidad para realizar el diagnóstico de las condiciones de salud abordadas en las teleclínicas.
3. Capacidad para plantear posibles diagnósticos diferenciales.
4. Capacidad para realizar un abordaje integral identificando los problemas médicos y psicosociales, valorando su capacidad de resolución.
5. Capacidad para identificar cuándo y por qué realizar una interconsulta a un especialista por un paciente.
6. Capacidad para identificar qué estudios paraclínicos se requieren para arribar al diagnóstico.
7. Capacidad para entender los resultados de exámenes de laboratorio.
8. Capacidad de conocer opciones terapéuticas y sus efectos secundarios.
9. Capacidad para coordinar y realizar la referencia – contrarreferencia de pacientes.
10. Capacidad para identificar problemas vinculados con la gestión clínica y plantear soluciones en su área de desempeño.
11. Capacidad para involucrar a la familia en el cuidado del paciente.
12. Capacidad para transferir conocimientos al equipo de salud del territorio.
13. Capacidad para servir de consultor local.

Si bien estos indicadores se refieren a capacidades, se considera que la medición de la autoconfianza o autosuficiencia puede quedar implícita de manera transversal dentro estas categorías en forma transversal, esto es, un aumento en el valor de los indicadores, al medirlo mediante la autopercepción, implica un aumento de la autoconfianza. Estos indicadores se relevan mediante una escala Likert de 5 valores, que mide dos momentos del proceso, antes de comenzar ECHO y en el momento de responder la encuesta. En este sentido es una medición retrospectiva. Los valores son: 1= Ninguna capacidad; 2= Conocimientos o capacidades limitadas; 3=

Capacidades promedio con relación a mis pares; 4= Competente; 5= Experto, enseño a los demás.

La segunda variable dependiente es: Satisfacción con el proyecto a nivel personal.

Se considera que la satisfacción con una actividad formativa y de mentoría puede ser un proxy de resultados para un proyecto de estas características. En este caso se mide a partir de 5 indicadores:

1. Costo – beneficio del tiempo dedicado a la teleclínica por parte del participante. (valoración sobre la utilidad del tiempo dedicado a ECHO en relación con los resultados)
2. Integración a una comunidad de aprendizaje a partir de la ampliación de red personal del participante. (percepción sobre su incorporación a la comunidad)
3. Mejora en la calidad del trabajo. (efecto global sobre su práctica)
4. Balance entre instrucción y práctica. (Relación entre dos aspectos de la actividad)
5. Satisfacción global. (Valoración global del proyecto)

Estos indicadores se relevan mediante una escala Likert de 5 valores, que mide la percepción actual. No es retrospectiva. Los valores utilizados son: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= neutral, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo.

La tercera variable dependiente es: Efectos de ECHO sobre la práctica personal.

Esta variable se mide con 4 indicadores en forma cuantitativa.

1. Cambios en las guías clínicas que utiliza.
2. Cambios en el relacionamiento con los pacientes.
3. Cambios en el relacionamiento con los colegas.
4. Aumento de la participación personal en la definición de políticas en el servicio.

Estos indicadores se relevan mediante una escala Likert de 5 valores, que mide la percepción actual. No es retrospectiva. Los valores utilizados son: 1= No lo he hecho; 3= neutral, 5= Hice un cambio relevante. Los valores intermedios van sin etiquetar.

La cuarta variable dependiente es: Identificación de barreras para cambiar la práctica.

Esta variable se mide con 4 indicadores en forma cuantitativa.

1. Conocimiento insuficiente por mi parte.
2. Habilidades insuficientes.
3. Falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo.
4. Falta de apoyo por parte de la dirección.

Estos indicadores se relevan mediante una escala Likert de 5 valores, que mide la percepción actual. No es retrospectiva. Los valores utilizados son: 1= No es una barrera relevante; 3= neutral, 5= Es una barrera importante. Los valores intermedios van sin etiquetar.

Variables independientes

Las variables independientes son las siguientes:

1. Nivel de participación en ECHO. Se pide que indique en números absolutos el total de sesiones en las que participó.
2. Profesión. Se define un menú de opciones de acuerdo con la teleclínica.
3. Especialidad. Similar a la anterior.
4. Edad.
5. Años de ejercicio de la profesión.
6. Género.

Plan de Análisis

Previo al análisis se realizaron pruebas de fiabilidad de todas las escalas utilizando el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach². En las evaluaciones previas realizadas por ECHO estas escalas presentan un "Alfa" que varía entre .78 y .98. A partir de esto se realiza una comparación de medias entre la línea de base y la línea de impacto utilizando la t de Student trabajando con un P-valor= α 0,05 y con un intervalo de confianza del 95%. Se construyen índices como medida de síntesis del impacto, que se calculan para las tres variables dependientes que admiten este procedimiento. Los resultados se calculan sobre una base 100. Aparte del análisis intervalar, a los 13 indicadores se les da un tratamiento de variables categóricas, analizando la distribución porcentual de la evolución de cada uno por separado.

1.

3 Presentación de resultados del pre-test CEDIA Ecuador

3.1 Consideraciones previas

Se enviaron formularios de encuesta web a cada correo electrónico personal de los participantes registrados en las bases de monitoreo de cada clínica. Se realizaron sucesivos envíos, obteniendo 18 respuestas, equivalentes a casi un 1% del universo registrado (1959 participantes).

² Valores Alpha de Cronbach: 0 a 0.2, mínima; 0,2 a 0.4, baja; 0.4 a 0.6, moderada; 0,6 a 0,8, buena; 0,8 a 1, muy buena; 1 perfecta.

Para situarnos en el perfil de los que respondieron a la evaluación, vamos a presentar algunos datos demográficos y de perfil profesional.

Gráfico 1 Total de participantes registrados por año y país

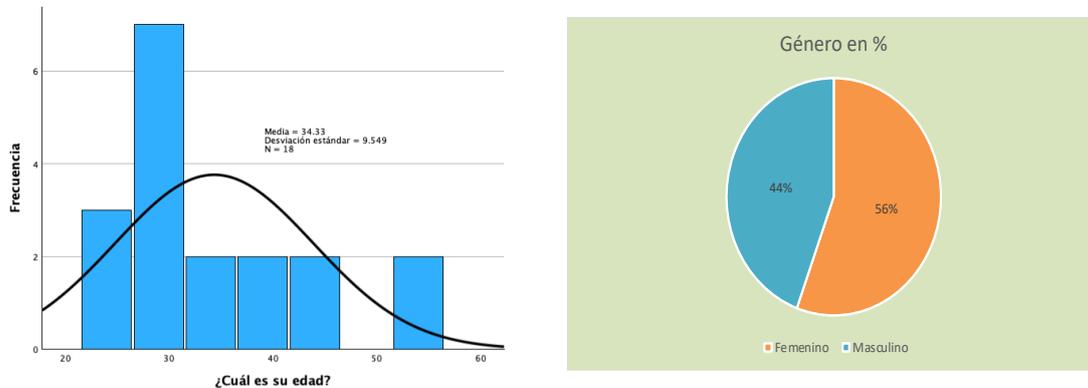
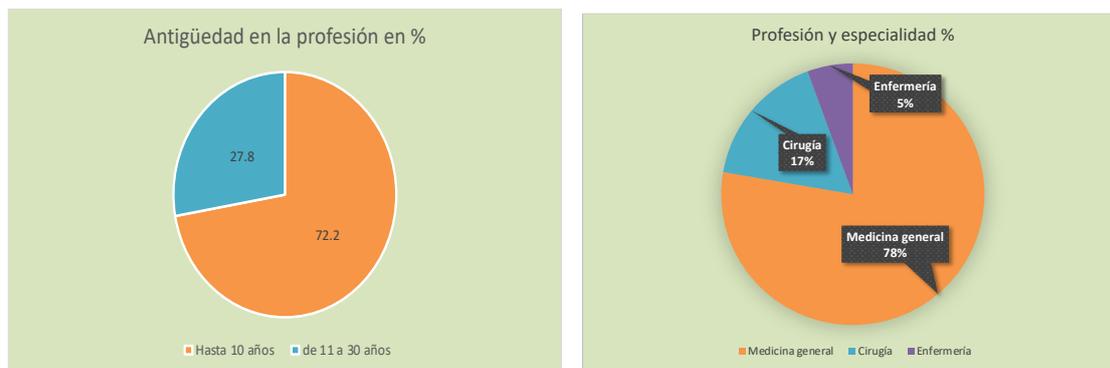


Gráfico 2 Especialidades y antigüedad en la profesión



Encontramos a un grupo de profesionales de la salud con un promedio de edad de 34 años, con menos de 10 años de ejercicio en un 72%, y con un 78% de médicos generales. La distribución por género muestra una participación femenina del 56%.

Un dato relevante que es consistente con las mediciones realizadas en otros contextos es la participación en sesiones de las teleclínicas. En las diferentes mediciones se comienza a registrar impacto a partir de las primeras sesiones a las que el individuo concurre. En general hay un tipo de participación puntual, vinculada a los focos de interés de cada profesional. Otro tipo de participación más intensa es la de los profesionales que se conectan sistemáticamente en forma periódica. Por último, en todos los casos, siempre hay un grupo que participa en más del 75% de las sesiones. En este caso es de un 11%, lo que es comparativamente un nivel aceptable.

Gráfico 3 Participación en sesiones de las teleclínicas



3.2 Análisis del impacto general del proyecto.

Comenzamos el análisis de la variable Incremento de competencias, capacidades y autoconfianza en sus 13 indicadores con un tratamiento global de los datos.

Para controlar la validez de la escala utilizada se realizó un análisis de fiabilidad. En primer lugar se midió la consistencia de la escala antes y después de la participación en ECHO. Se utilizó el coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach, resultando los siguientes valores: antes de ECHO 0,970 y después de ECHO 0,978. En ambos casos es un Alfa muy alto, por lo que se considera asegurada la fiabilidad de ambas escalas.

En segundo lugar, se realizó la comparación de medias de dos muestras relacionadas a partir de las siguientes hipótesis: H_0 = no hay diferencias significativas entre las medias de percepción de aumento en competencias y habilidades de los participantes antes y después de participar en Clínicas ECHO en indicadores medidos. H_1 = hay diferencias significativas entre las medias de percepción de aumento en competencias y habilidades en personal de salud antes y después de participar en Clínicas ECHO en los indicadores medidos. Luego de confirmar que las variables presentan una distribución normal, se trabajó con un P-valor= α 0,05 y con un intervalo de confianza del 95%.

Como podemos observar en la tabla posterior, todos los indicadores tienen un aumento entre ambos períodos. Los resultados de la prueba de muestras relacionadas utilizando la t de Student, muestran que 11 de los indicadores muestran una P valor significativo. La diferencia no es significativa en los indicadores vinculados con las capacidades para involucrar a la familia del paciente, y las capacidades para transferir conocimientos al equipo de salud del territorio. Este impacto en el corto plazo se presenta en forma consistente en gran parte de los indicadores, por lo que podemos pensar que el nivel de dificultad y

aprovechamiento de cada componente del proceso ha tenido una distribución equilibrada salvo en algunos indicadores que apuntan a capacidades de mayor complejidad. Comparando estos resultados con las evaluaciones realizadas en Uruguay, se encuentran razonables similitudes, sobre todo en teleclínicas vinculadas al primer nivel de atención.

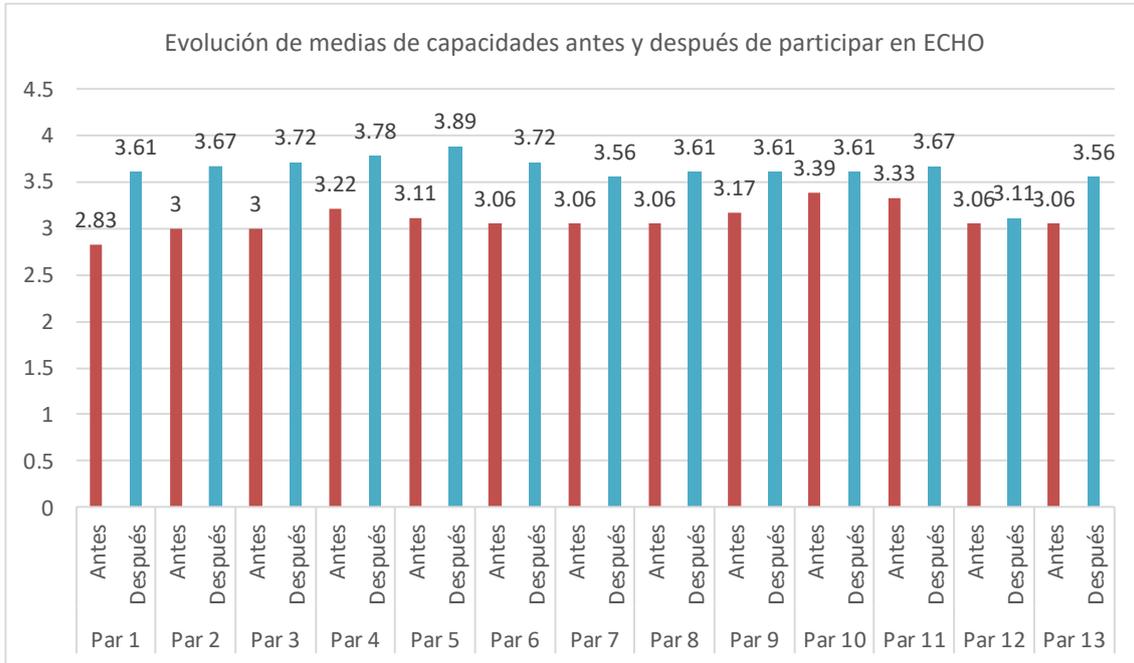
Tabla 1 Estadísticos de las muestras relacionadas.

Capacidades a las que apunta fortalecer la capacitación.		Media	Des. est.	Sig. P valor
Par 1 Capacidad para identificar pacientes.	Antes	2.83	0.778	0.001
	Después	3.61	0.985	
Par 2 Capacidad para realizar el diagnóstico de las condiciones de salud abordadas en las teleclínicas.	Antes	3	0.686	0.003
	Después	3.67	0.84	
Par 3 Capacidad para plantear posibles diagnósticos diferenciales.	Antes	3	0.826	0.001
	Después	3.72	0.84	
Par 4 Capacidad para realizar un abordaje integral identificando los problemas médicos y psicosociales, valorando su capacidad de resolución.	Antes	3.22	0.808	0.004
	Después	3.78	0.943	
Par 5 Capacidad para identificar cuándo y por qué realizar una interconsulta a un especialista por un paciente.	Antes	3.11	0.758	0.001
	Después	3.89	0.963	
Par 6 Capacidad para identificar qué estudios paraclínicos se requieren para arribar al diagnóstico.	Antes	3.06	0.895	0.002
	Después	3.72	0.802	
Par 7 Capacidad para entender los resultados de exámenes de laboratorio.	Antes	3.06	0.984	0.012
	Después	3.56	0.873	
Par 8 Capacidad de conocer opciones terapéuticas y sus efectos secundarios.	Antes	3.06	0.778	0.004
	Después	3.61	0.802	
Par 9 Capacidad para coordinar y realizar la referencia – contrarreferencia de pacientes.	Antes	3.17	0.778	0.021
	Después	3.61	0.924	
Par 10 Capacidad para identificar problemas vinculados con la gestión clínica y plantear soluciones en su área de desempeño.	Antes	3.39	0.778	0.052
	Después	3.61	0.916	
Par 11 Capacidad para involucrar a la familia en el cuidado del paciente.	Antes	3.33	0.84	0.094
	Después	3.67	1.029	
Par 12 Capacidad para transferir conocimientos al equipo de salud del territorio.	Antes	3.06	0.9	0.334
	Después	3.11	0.938	
Par 13 Capacidad para servir de consultor local.	Antes	3.06	0.984	0.017
	Después	3.56	0.938	

A pesar de que es redundante, en el siguiente gráfico presentamos una visión general del impacto en los 13 pares de indicadores. El análisis de medias nos muestra un incremento de las habilidades autopercibidas. Esto apunta a dos objetivos del proyecto, en primer lugar a mejorar la formación de los profesionales vinculados a ECHO teniendo en cuenta que esto impacta sobre la calidad de vida de los pacientes y sus entornos inmediatos, y en segundo lugar aumentar la

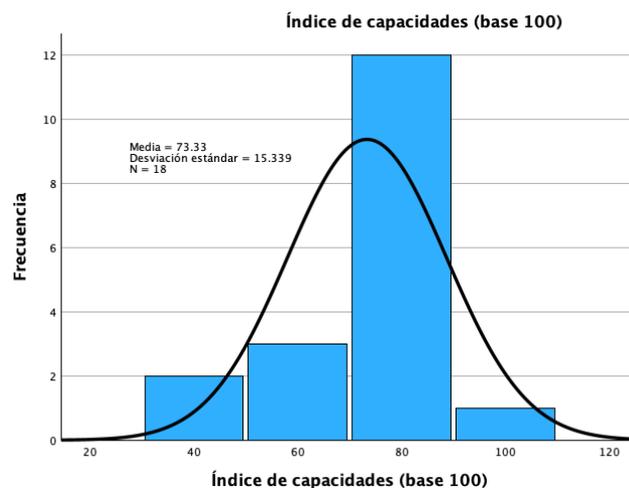
autoeficiencia del profesional, actualizando sus conocimientos por un lado, y la confianza en sus competencias y habilidades por otro. Esto permite la reproducción del sistema.

Gráfico 4 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución (medias)



Dado que tenemos 13 indicadores que integran una escala con alta fiabilidad, vamos a construir un índice de aumento de capacidades, competencias y autosuficiencia a partir del promedio de las medias de los 13 ítems para cada caso, tomando solamente la medición final (“después de ECHO”).

Gráfico 5 Índice de capacidades expresado en % del total del índice



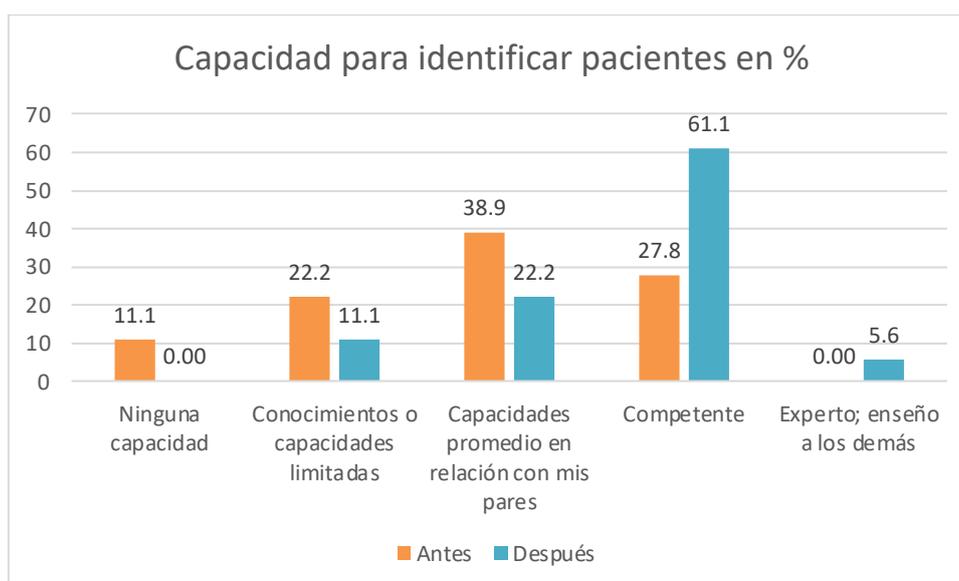
Los resultados nos indican que la media de los participantes llega al 73% del máximo posible de capacidades, lo que significa un muy buen valor, teniendo en cuenta que no tenemos casos por abajo del 40% del máximo.

3.3 Análisis de la distribución específica de cada indicador

Más allá del impacto significativo ya confirmado, es importante analizar algunos aspectos más específicos de la evolución de la autopercepción a partir de un análisis porcentual del comportamiento de cada indicador relevado. Hasta el momento hemos trabajado con medias. A continuación vamos a tomar a todos los indicadores dándoles tratamiento de variables categóricas.

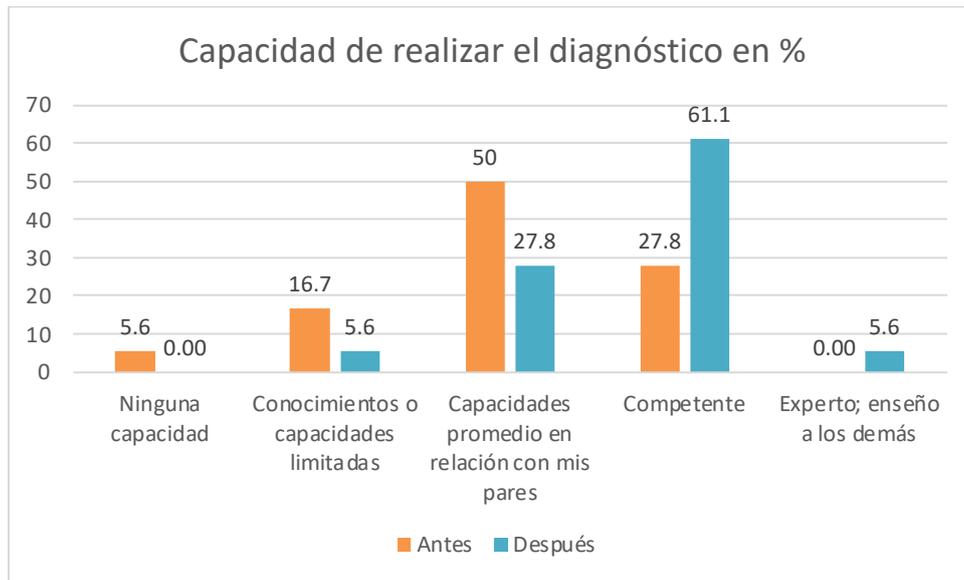
En el par 1 analizamos el indicador "capacidad para identificar pacientes". Si observamos el gráfico siguiente encontramos que bajan los valores negativos y neutro y aumentan los valores positivos con énfasis en el valor 4. Esta es una de las capacidades que presenta en general menos dificultades en las capacitaciones que hemos realizado. El nivel de competente casi llega a duplicarse. Esto no solo implica la incorporación de capacidades sino también el aumento de la auto confianza.

Gráfico 6 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 1 (%)



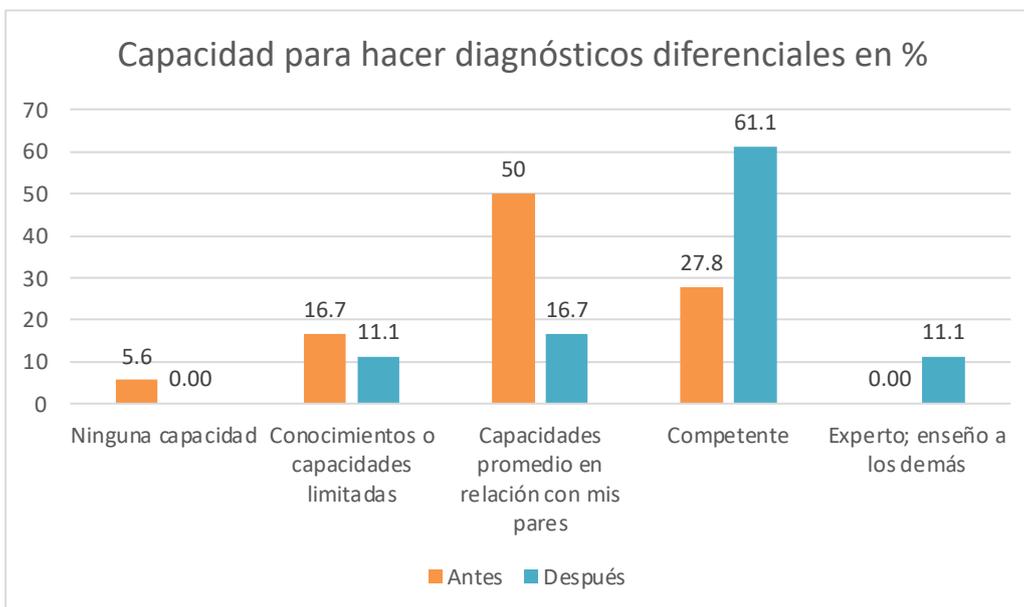
El segundo par está relacionado con la capacidad de realizar el diagnóstico. La distribución evoluciona en forma parecida al Par 1 en los valores positivos y es más baja en los negativos.

Gráfico 7 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 2 (%)



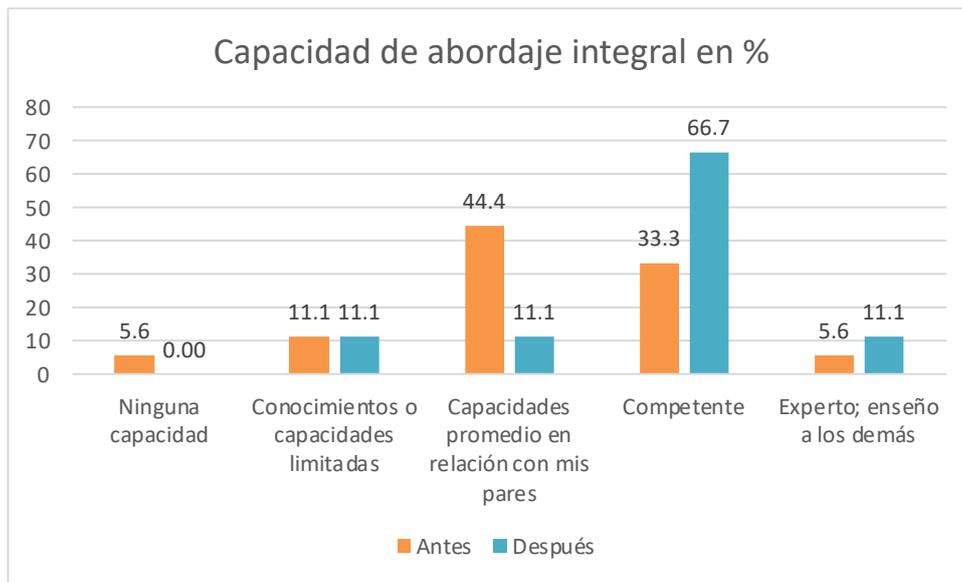
El tercer par trabaja sobre la capacidad para plantear posibles diagnósticos diferenciales. En este indicador aparece una distribución parecida a las anteriores con un aumento en el valor más alto (experto).

Gráfico 8 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 3 (%)



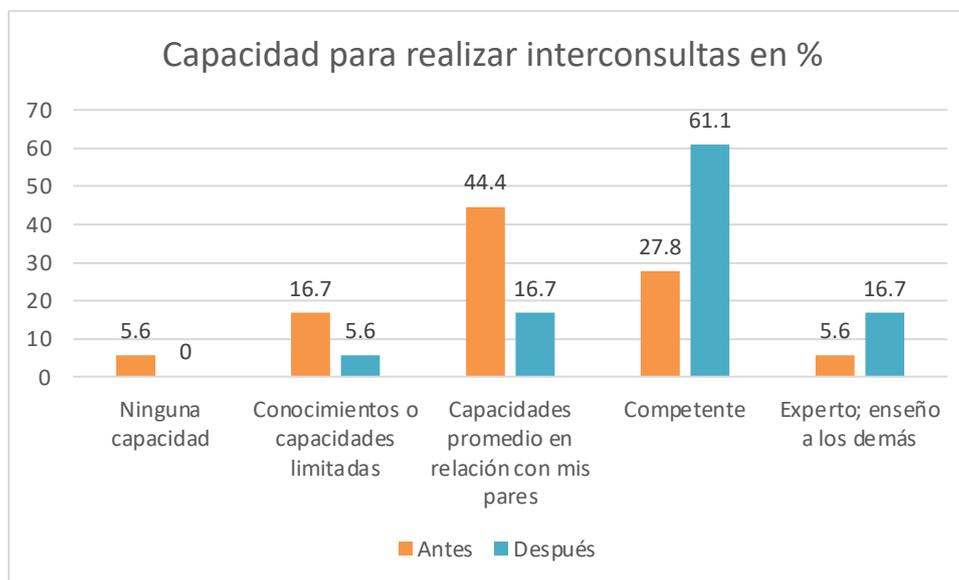
En el par cuatro se analiza el indicador vinculado a la capacidad de realizar un abordaje integral identificando los problemas médicos y psicosociales. En este indicador se mantiene un 11% con capacidades limitadas, bajan sustancialmente los valores neutros, y se duplica el nivel de "competente".

Gráfico 9 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 4 (%)



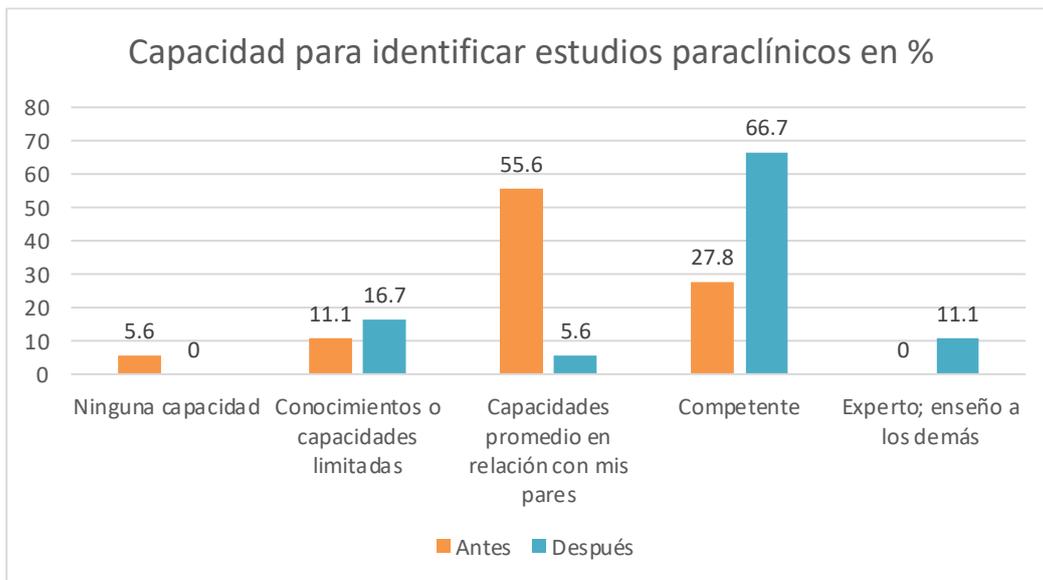
El par cinco se relaciona con la capacidad para identificar cuando y porqué realizar una interconsulta a un especialista. Más allá de que se mantienen con matices las tendencias anteriores, hay un notorio aumento de quienes se consideran expertos.

Gráfico 10 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 5 (%)



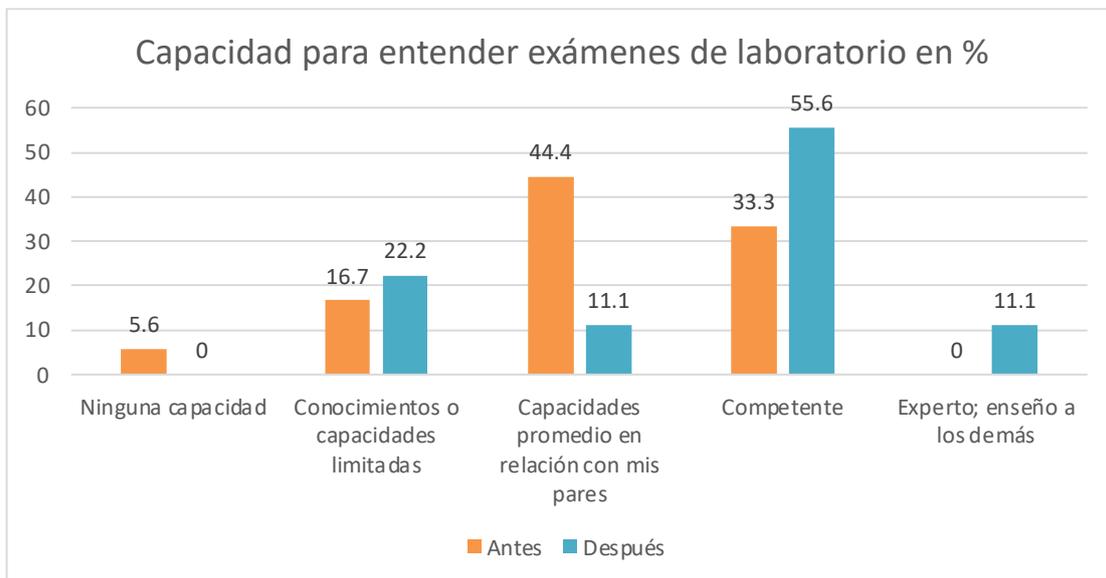
El sexto par trabaja sobre la capacidad identificar qué estudios paraclínicos se requieren. En este indicador se da un pequeño movimiento en los valores negativos, baja 50 puntos porcentuales el valor neutro, y aumentan en forma consistente con los indicadores anteriores los valores positivos.

Gráfico 11 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 6 (%)



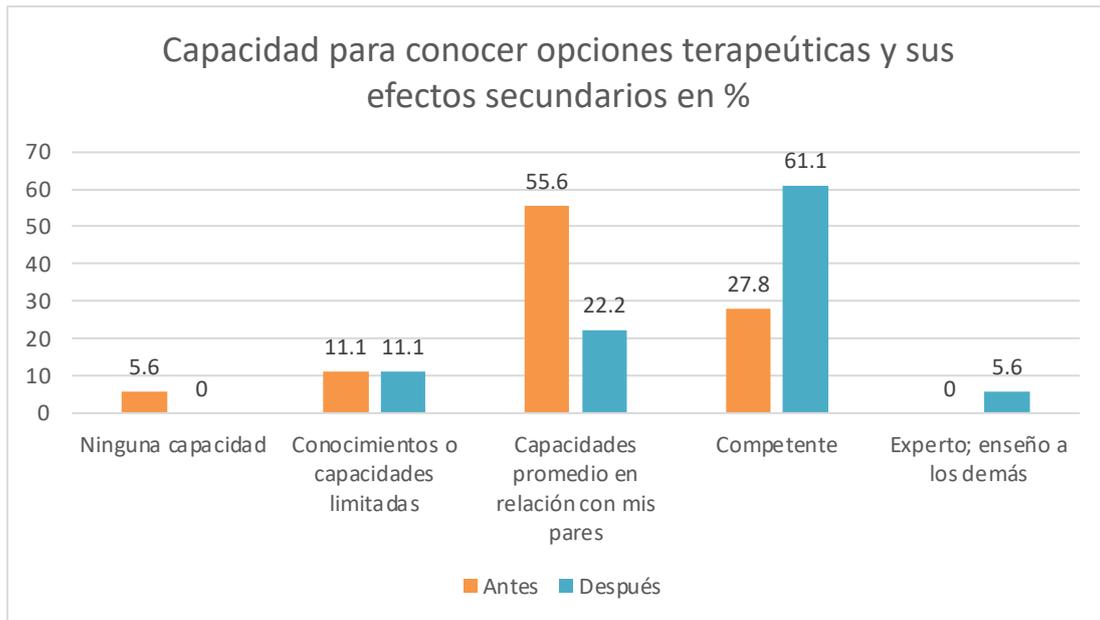
El par 7 está relacionado con el anterior. Se mide el incremento de la capacidad para entender los resultados de exámenes de laboratorio. Se puede observar que hay una pequeña mejora dentro de los valores negativos y un menor aumento de los positivos. En general en teleclínicas de otros contextos sucede algo parecido. La comprensión de los resultados plantea mayor complejidad que la capacidad para identificar que estudio es pertinente.

Gráfico 12 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 7 (%)



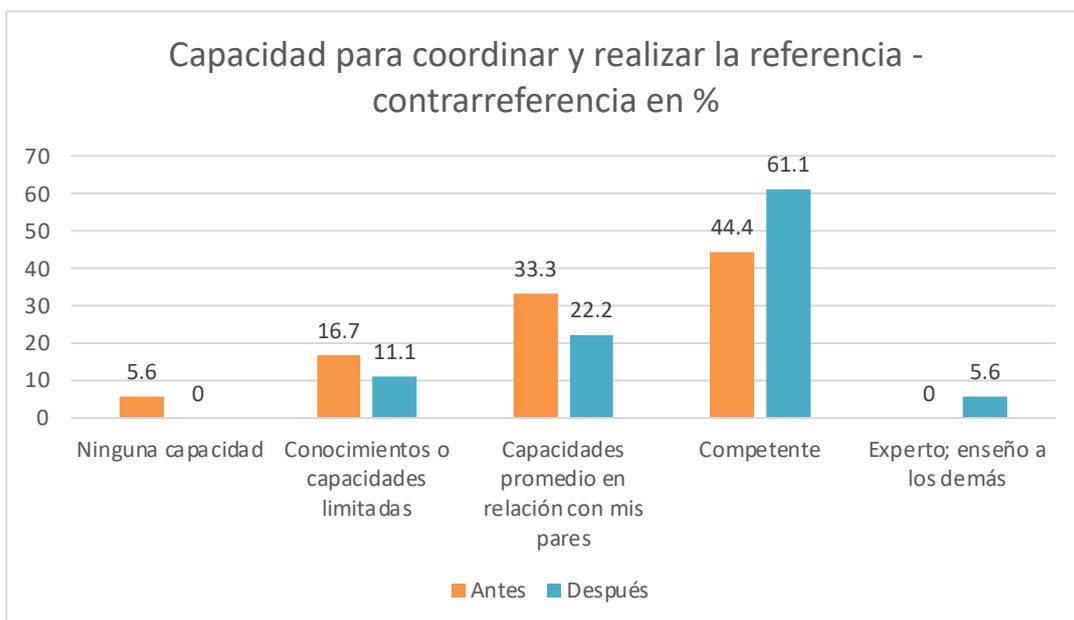
El octavo par trabaja sobre la capacidad de conocer opciones terapéuticas y sus efectos secundarios. Aquí vemos una distribución con prevalencia de valores positivos y una evolución de las capacidades centrada en el valor "competente"

Gráfico 13 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 8 (%)



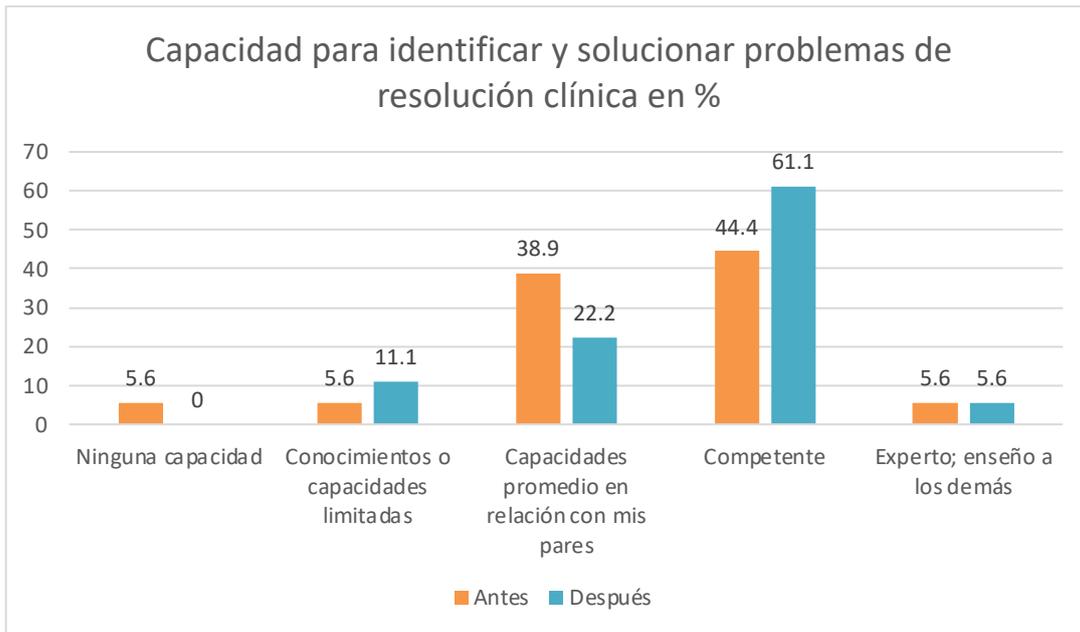
El par 9 se refiere a la capacidad para coordinar y realizar la referencia – contrarreferencia. Aquí se mantiene una evolución que presenta valores altos positivos.

Gráfico 14 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 9 (%)



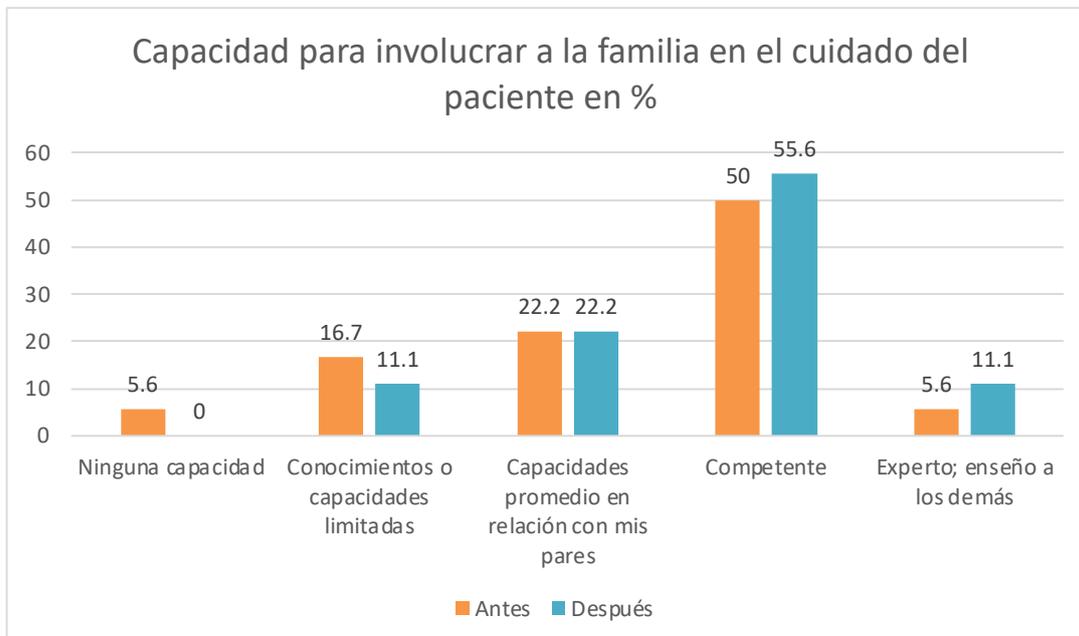
El par 10 trabaja la capacidad de identificar problemas vinculados con la gestión clínica y la capacidad de plantear soluciones. Aquí la evolución es similar al indicador anterior.

Gráfico 15 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 10 (%)



El par 11 mide el incremento de la capacidad para involucrar a la familia en el cuidado del paciente. Este es un indicador clave en el modelo ECHO. Ya vimos en el análisis inicial que en este indicador no se registran diferencias significativas. Del gráfico siguiente surge que se parte de un 50% de valores “competente” y este aumenta muy poco luego del proceso. Lo mismo sucede con “expertos”.

Gráfico 16 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 11 (%)



Los indicadores 12 y 13 son tomados como “proxi” de “autoconfianza”. El indicador mide la capacidad para transferir conocimientos sobre las patologías abordadas al equipo de salud del territorio, por una parte, y la capacidad para servir de consultor local por otra. Para

realizar esto no basta con recibir conocimientos y actualización, sino que requieren un nivel de autoconfianza que permita poner ese nivel de conocimiento en juego con sus pares al nivel más horizontal. En el indicador 12 no hay diferencias significativas, y los valores negativos, neutros y positivos se mantienen constantes con una distribución totalmente diferente que el resto de los indicadores. El indicador 13 presenta la misma tendencia, aunque la diferencia es significativa. Es notorio en este caso el aumento del valor experto. En ambos casos se da un comportamiento diferente a lo que hemos visto en evaluación realizadas en otros contextos. No tenemos información como para atribuir algún tipo de causalidad a esto.

Gráfico 17 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 12 (%)

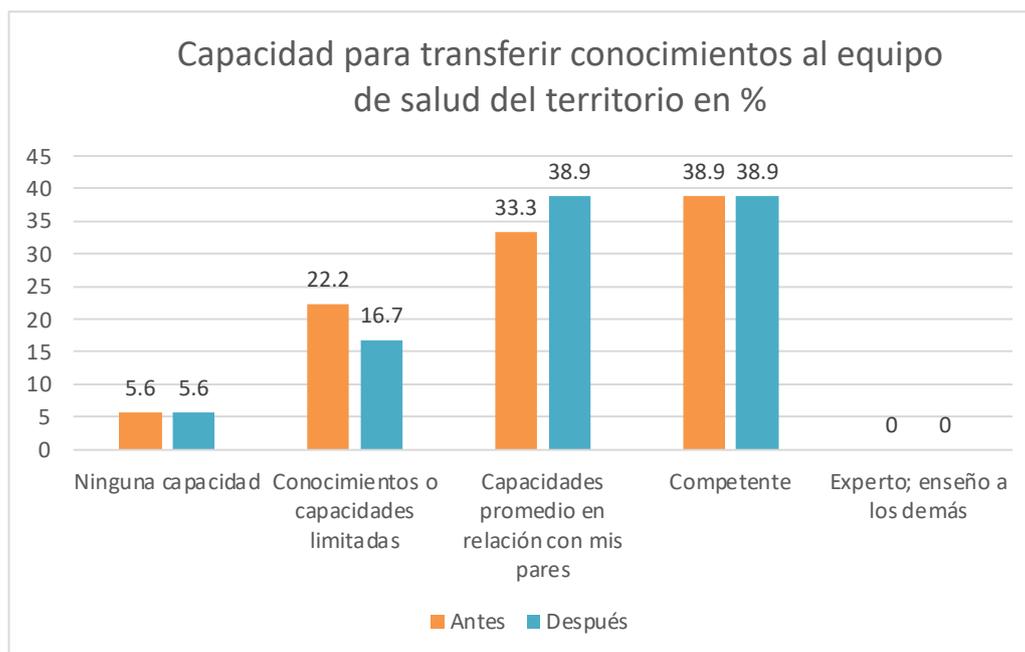
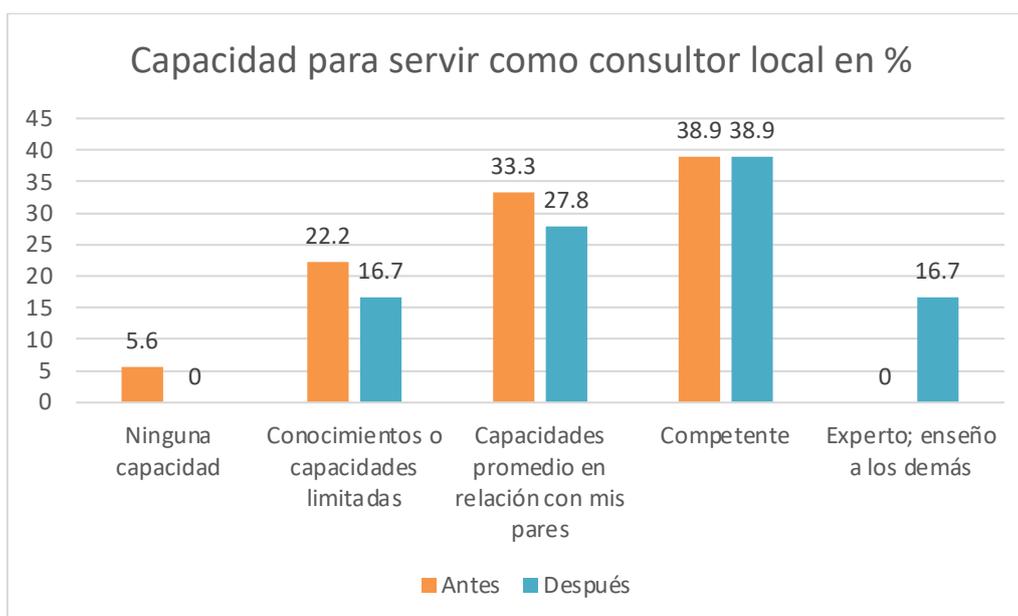


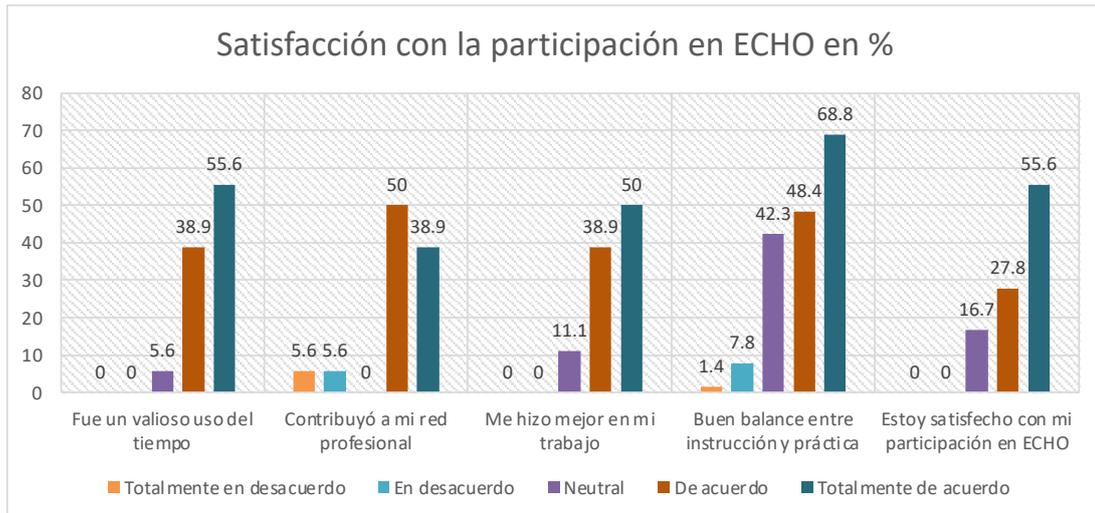
Gráfico 18 Autopercepción de habilidades y competencias. Evolución PAR 13 (%)



3.4 Satisfacción con el proyecto a nivel personal

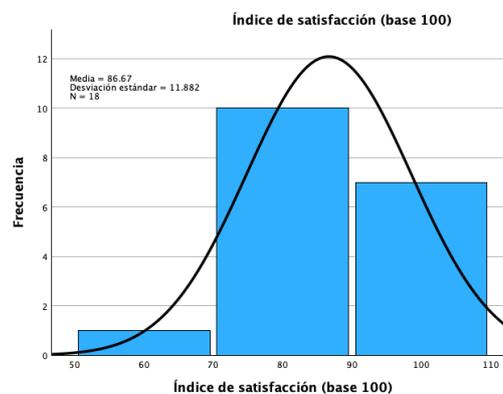
En este punto se relevó el nivel de satisfacción con los resultados de la actividad formativa y de mentoría a nivel individual/ personal, a partir de 5 indicadores. En todos los indicadores el valor más alto es el más frecuente, presentando pocos o ningún caso con valores negativos. Existe un excelente nivel de satisfacción con el balance entre teoría y práctica de las teleclínicas, se valora altamente el aprovechamiento del tiempo dedicado a estas actividades.

Gráfico 19 Indicadores de satisfacción personal



Para tener una medida de síntesis sobre satisfacción personal se realizó una prueba de fiabilidad para verificar que los 5 indicadores constituyan una escala. El coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach es de 0,829 por lo que podemos afirmar que contamos con una escala de fiabilidad muy alta. En función de esto construimos un índice de satisfacción personal a partir del promedio de las medias de los 5 ítems para cada caso. El índice de satisfacción como % del máximo valor posible da una media de 86,67%, lo que implica un nivel de satisfacción muy alto, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría de los casos se concentran entre el 80 y el 100%.

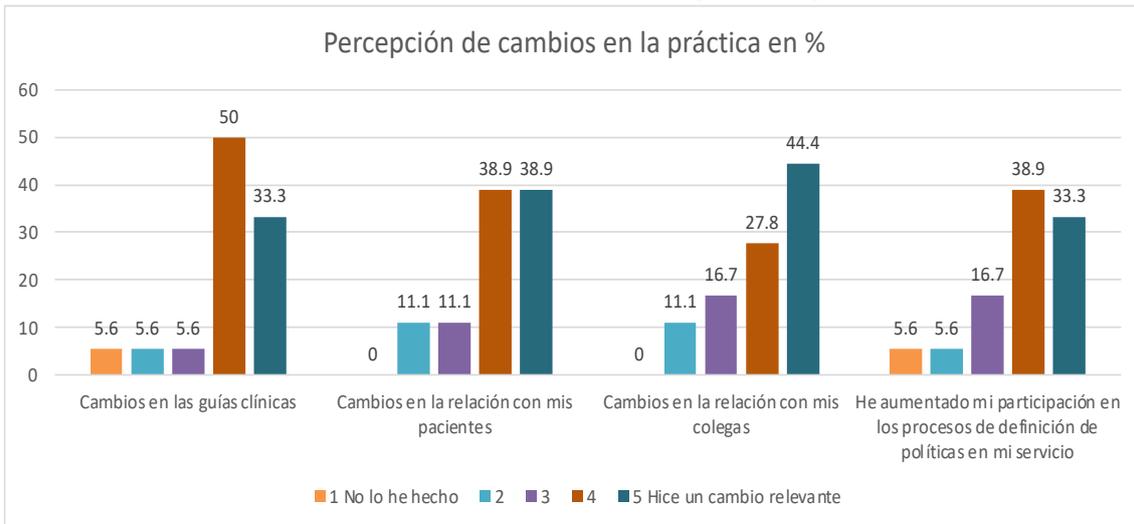
Gráfico 20 Distribución del índice de satisfacción personal



3.5 Efectos de ECHO sobre la práctica personal y colectiva

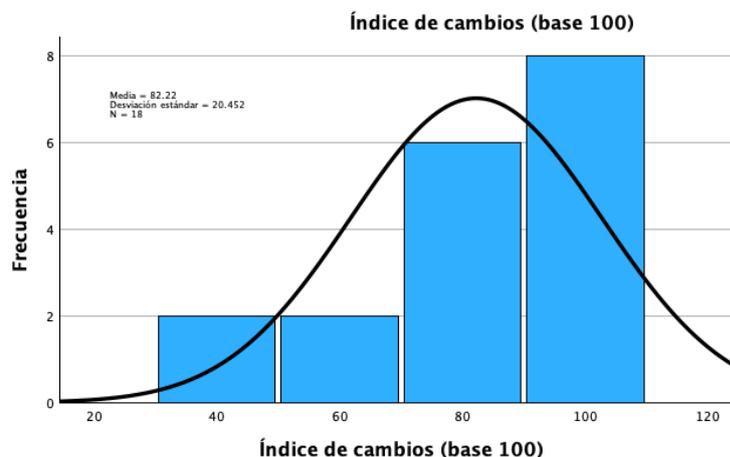
Los efectos de ECHO sobre la práctica concreta de los participantes se midieron a partir de 4 indicadores. De los datos surge que la distribución es diferente entre los indicadores. El nivel más corresponde al cambio en el uso de guías clínicas. Si sumamos los valores positivos más altos, todos los indicadores están cerca del 80% en sus valores positivos. Este es un buen resultado, ya que muestra una relación razonable entre la autopercepción de aumento de capacidades, la percepción de cambios en la práctica, y la satisfacción con la actividad.

Gráfico 21 Efectos de ECHO sobre la práctica personal



Para tener una medida de síntesis sobre satisfacción personal se realizó una prueba de fiabilidad para verificar que los 4 indicadores constituyan una escala. El coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach es de 0,958 por lo que podemos afirmar que contamos con una escala de fiabilidad muy alta. En función de esto construimos un índice de satisfacción personal a partir del promedio de las medias de los 4 ítemes para cada caso.

Gráfico 22 Índice de cambios en la práctica como % del máximo

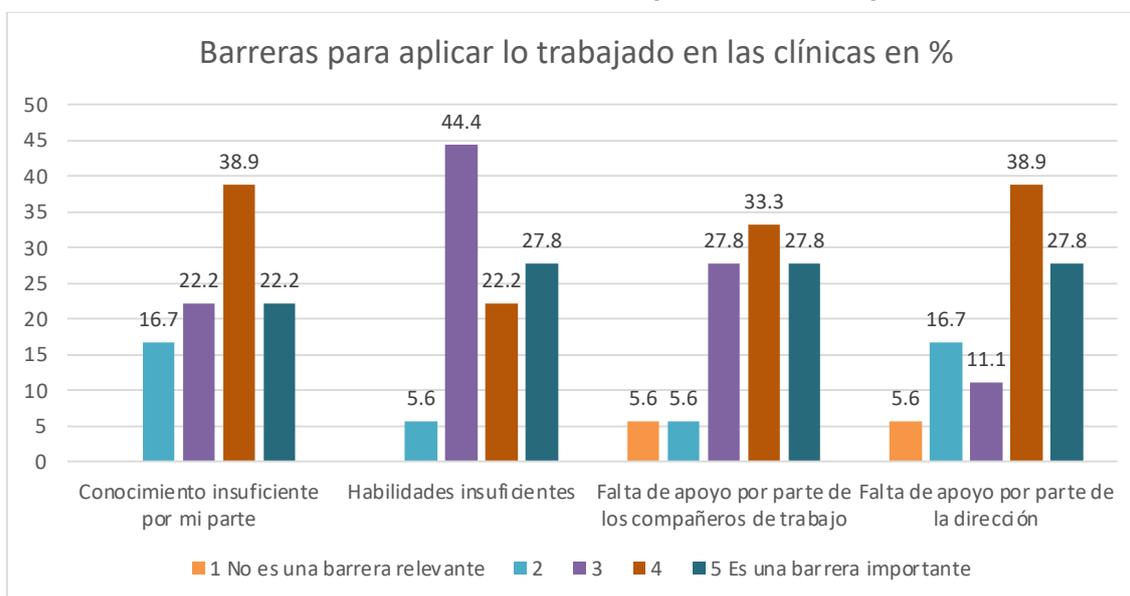


El índice de cambios en % del máximo valor posible da una media de 82%, lo que implica un nivel de cambios alto, con una distribución más dispersa que la de los índices anteriores.

3.6 Identificación de barreras para cambiar la práctica

Por último se relevó la existencia de barreras para que la participación en ECHO cambie la práctica y genere cambios. Como observamos en el siguiente gráfico la barrera vinculada a habilidades se percibe con menos peso que las otras, aunque existe. Entre las barreras que se perciben como importantes se destacan en primer lugar la falta de apoyo de las direcciones y de los compañeros de trabajo. Este es un elemento que ya ha surgido en estudios anteriores y ha sido registrado inclusive en estudios cualitativos. Cuando un profesional de la salud se incorpora a una comunidad de aprendizaje de ECHO, comienza a trabajar en un ambiente horizontal y colaborativo que no siempre puede reproducir en su lugar de trabajo. Por otra parte, las diferentes formas organizativas que hay en el territorio no siempre generan espacios en dónde se puedan implementar cambios al modelo de atención y de gestión clínica. Por último, se plantea con menos intensidad la barrera de conocimiento insuficiente. Esta barrera no es habitual en estudios anteriores, y probablemente esté asociada al perfil específico de este grupo evaluado.

Gráfico 23 Identificación de barreras para cambiar la práctica



3.7 Conclusiones

A continuación, presentamos las principales conclusiones que surgen de la evaluación del pre-test del formulario de evaluación del proyecto realizado con CEDIA.

1. El formulario funcionó de forma correcta, con relación a la accesibilidad, comprensibilidad, y tiempo de aplicación. No se registraron errores sistemáticos de llenado ni inconsistencias relevantes. Se debe mejorar la forma de difusión y en términos generales de captación de respuestas. Es necesario llegar con mayor intensidad motivando a los participantes para que participen en el proceso.
2. La escala funcionó en este caso con los mismos valores de fiabilidad que presenta el modelo original y sus sucesivas aplicaciones. El análisis de los indicadores en forma retrospectiva muestra en 11 de los 13 indicadores diferencias significativas, y los índices construidos fueron validados.
3. Se recomienda incorporar este formulario al conjunto de herramientas que maneja CEDIA y su utilización en forma anual para desarrollar la evaluación de capacidades.