

***PRUEBA DE EVALUACION DEL PROYECTO
ECO E TITULO MF'2005***

***INFORME DEL REPRESENTANTE DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE MEDICINA GENERAL EN EL COMITÉ
TÉCNICO DE LA PRUEBA EN CALIDAD DE
OBSERVADOR***

AUTOR: Dr. Juan Antonio Trigueros Carrero

PRUEBA DE EVALUACION DEL PROYECTO ECO E TITULO MF'2005

ANÁLISIS

1.- ANTECEDENTES ADMINISTRATIVOS

El jueves 28 de Agosto de 1998 fue publicado **el Real Decreto 1753/1998**, de 31 de Julio, referente al acceso excepcional al título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, y sobre el ejercicio de la Medicina de Familia en el Sistema Nacional de Salud que establece el sistema excepcional y transitorio de acceso al título de Especialista, de conformidad con los requisitos y procedimientos que fijó el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en Acuerdo adoptado en su reunión de 21 de julio de 1997.

En dicho Decreto se establecían las condiciones necesarias para ser admitido en el proceso que debería conducir a la normalización de titulaciones de la Medicina de Familia en nuestro país.

Los requisitos establecían que los solicitantes deberían acreditar:

-Ser españoles o nacionales del resto de los Estados miembros de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo.

-Haber obtenido el título español de Licenciado en Medicina antes del 1 de enero de 1995, o haber estado en condiciones de obtenerlo antes de dicha fecha.

-Completar antes del día 1 de enero de 2008, un total de cinco años de ejercicio profesional efectivo como Médico de Familia, desarrollado en plazas

de centros o servicios propios, integrados o concertados, del Sistema Nacional de Salud.

-Poseer una formación complementaria, antes de la fecha indicada anteriormente, de un mínimo de trescientas horas, cuyos contenidos deberían contemplar los diferentes ámbitos que configuran el perfil profesional del Médico de Familia.

Los médicos admitidos a este proceso deberían realizar una prueba objetiva, similar para todo el territorio nacional, celebrada con carácter anual y que según refiere el punto 2 del Artículo 3. **Prueba objetiva**, tendrá carácter eminentemente práctico y estará orientada a evaluar la competencia profesional del interesado en el ejercicio de sus funciones como Médico de Familia, a través de la resolución de diversos casos clínicos adaptados a los contenidos formativos previstos como formación necesaria en el proceso de admisión de candidatos en el proceso.

En base a los aspectos y requisitos previos, se han celebrado diversas convocatorias de periodicidad anual con el fin de dar cumplimiento a dicho Real Decreto, conocidas como Proyecto ECOE Título MF'02, Proyecto ECOE Título MF'03 y Proyecto ECOE Título MF'04.

En el BOE 295 de 10 de diciembre de 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo mediante resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios, convoca la licitación del concurso público de consultoría y asistencia de la prueba objetiva modelo ECOE, correspondiente al año 2005, encaminada al diseño, producción y realización de la prueba objetiva a que hace referencia el artículo 3 del Real Decreto 1753/1998, por un importe total de presupuesto base de licitación de 430.000 euros.

El concurso público fue adjudicado a SEMFyC y desarrollado por la Unión Temporal de Empresa establecida por SEMFyC y SEMERGEN mediante Convenio de Colaboración firmado por sus respectivos Presidentes con fecha 21 de Diciembre de 2005.

Las distintas pruebas se celebraron en las Sedes de Sevilla, Barcelona y Madrid durante cinco fines de semana sucesivos de los meses de Febrero y Marzo de 2006.

2.- ANTECEDENTES DOCENTE-EVALUATIVOS

La prueba utilizada para conocer el nivel de competencia profesional de los candidatos, necesaria para conseguir la titulación de Especialista en Medicina de Familia, ha sido la conocida como Evaluación Clínica Objetiva Estructurada (ECOE).

Esta prueba corresponde a un tipo concreto de valoración de la competencia por métodos indirectos “**tipo multiestación**”.

Su diseño es consensuado por una serie de miembros constituidos en grupo evaluador que recibe la denominación de **Comité de Prueba**.

Se evalúan, de manera ponderada, las competencias profesionales de los candidatos admitidos previamente, seleccionando una serie de situaciones priorizadas entre las más prevalentes y de mayor importancia de las habituales en el ejercicio profesional propio de la Atención Primaria. En cada uno de estos casos clínicos se valoran distintas características fundamentales de la práctica clínica, definiendo los instrumentos evaluativos idóneos, especificando los criterios de corrección y la información clínica detallada que se utilizará durante su desarrollo.

Los casos clínicos presentados se estructuran como “**estaciones**”. Cada participante se inicia en una estación distinta. Antes de comenzar cada estación se le facilita, por medio de información escrita expuesta en la puerta de entrada a la estación correspondiente, la situación de partida y las tareas que debe realizar durante la consulta. Todos los participantes comienzan de manera simultánea las estaciones y una vez agotado el tiempo establecido previamente para el desarrollo de la consulta clínica, el participante debe abandonarla para iniciar otra distinta hasta finalizar el recorrido completo. Las estaciones suelen ser de igual duración y combinan situaciones en las que se examina la capacidad para realizar una anamnesis adecuada, una exploración física correcta, un manejo de las situaciones clínicas competente con un diagnóstico diferencial bien dirigido, un plan de acción o terapéutico acertado, actividades preventivas relacionadas con el caso propuesto y unas habilidades de comunicación que permitan una adecuada relación médico-enfermo o médico-familiar. En cada caso se evalúan sólo algunas de ellas, pudiéndose valorar cada área competencial en distintas estaciones.

Las estaciones suelen precisar de **la presencia de actores** que interpretan el guión diseñado por el Comité de Prueba, que pretende reproducir las circunstancias habituales de una consulta, adecuando la información, las respuestas a las preguntas que el candidato haga y todo tipo de interrelación paciente-médico que tenga relación con el caso clínico presentado.

De manera habitual, las estaciones cuentan con la **presencia más o menos explícita de un observador médico** que registra en un formulario especialmente preparado, la realización o ejecución por parte del médico evaluado de una serie de preguntas, exploraciones, actitudes y condiciones preestablecidas y desconocidas para él y que constituyen los distintos ítems evaluativos de la estación indicada.

El número total de estaciones por prueba puede variar, habiéndose utilizado en el caso de la ECOE de los distintos proyectos anuales referidos, una cantidad de 9 estaciones por prueba.

A pesar de ser una prueba de evaluación introducida desde hace bastantes años en el campo de la certificación académica de titulaciones, así como en la valoración de la adquisición de conocimientos en la fase final de actividades formativas, en nuestro entorno profesional y sobre todo en el de los candidatos a la obtención de la titulación referida, era prácticamente desconocida, por lo que de manera errónea por parte de la mayoría de compañeros médicos, se ha identificado el acrónimo ECOE y su formato de estructura evaluativa, con la prueba específica empleada para la obtención del título de Especialista en Medicina de Familia, otorgándole un carácter de exclusividad del que carece.

3.- ANÁLISIS DE IDONEIDAD DE LA PRUEBA ECOE EN RELACIÓN AL DESARROLLO DEL RD 1753/1998

Tal como se ha citado anteriormente, el formato de prueba ECOE es sobradamente conocido y utilizado, con unas cualidades contrastadas y avaladas por diferentes organizaciones académicas y científicas que la hacen muy valorada por la comunidad formativa.

Su utilidad y empleo se hace preferentemente en la certificación de titulaciones como prueba final para todos aquellos alumnos que han seguido un programa formativo determinado, de carácter exigente y extenso, desarrollado por la organización académica que realiza la prueba evaluativa, con carácter inmediato en el tiempo a la finalización del proceso formativo, generalmente en el primer escalón de la Carrera Profesional o incluso tras la finalización de los estudios de licenciatura, sirviendo de valoración que acredite que se ha alcanzado el aprovechamiento adecuado del desarrollo curricular realizado por el alumno.

De igual manera también suelen utilizarse como evaluación de los conocimientos adquiridos por los alumnos, una vez finalizado un completo ciclo formativo referido a aspectos específicos de la profesión médica donde un Aula de Profesores ha participado de manera activa en la docencia propia de las materias del Curso. Sirve de valoración para reconocer si las habilidades y conocimientos impartidos han sido de aprovechamiento para los alumnos, adquiriéndolos como bagaje científico propio para su utilización en la práctica médica.

Su uso como técnicas de valoración de conocimientos y capacitación profesional o clínica en un colectivo como el que se constituye a tenor de la presentación de solicitudes y acreditación de condiciones, en cumplimiento de los requisitos de admisión del Real Decreto, **no es en estos momentos habitual en nuestro entorno profesional**, siendo común como valoración de la excelencia o como acreditación formativa pero no como evaluación

competencial con ánimo de convalidación o normalización entre distintos colectivos, aunque pudiera ser en un futuro de presencia habitual en la consolidación de niveles en Carrera Profesional.

Por último, pero no menos importante, la realización de una prueba evaluativa tipo ECOE con las características elegidas para su desarrollo en las distintas celebraciones anuales ya realizadas, necesita de la dotación de importantes **recursos económicos**, en virtud a las condiciones básicas de la prueba, diseño complejo, presencia de un importante número de evaluadores y actores así como el necesario trabajo informático y estadístico de estudio de los datos obtenidos. Es, si pudiéramos utilizar esa terminología, una prueba poco eficiente (hasta el momento las partidas ministeriales dedicadas a la prueba evaluativa ECOE para normalización de la Medicina de Familia han dedicado una cantidad cercana a los 2 millones de euros para intentar resolver el problema de 3.000 candidatos)

Por otra parte, la realización de pruebas con el formato ECOE, puede presentar distintas formas de diseño y ejecución de las distintas situaciones estructuradas y objetivas características de la prueba. El formato elegido como propio para la realización de los distintos proyectos anuales es uno de entre los múltiples formatos que se ajustan a la terminología y características que definen una prueba evaluativa, clínica, objetiva y estructurada.

4.- ANÁLISIS ESPECÍFICO DEL PROYECTO ECOE TÍTULO MF'05

La realización de una prueba evaluativa con plenas garantías de objetividad, equidad, eficacia, eficiencia e idoneidad, es siempre una tarea compleja, que necesita de un trabajo arduo y un equipo de personas experimentado y cualificado. El desarrollo de una prueba evaluativa que utilice el modelo ECOE necesita de manera adicional, una serie de condiciones de diseño, estructura, desarrollo y análisis más exigentes. Las características propias de la prueba la hacen más complicada y difícil de gestionar, con una gran cantidad de factores, muchos de ellos con un alto grado de variabilidad.

La celebración de una prueba modelo ECOE para un número de candidatos tan elevado como el que nos ocupa (1.600 aspirantes en esta convocatoria), supone un motivo adicional de preocupación.

Mantener las necesarias condiciones de equidad, objetividad, imparcialidad, confidencialidad y eficacia, imprescindibles en una prueba de evaluación para un colectivo con una experiencia profesional y formación continuada de calidad acreditada, que opta a la obtención de una titulación académica especializada, parece a priori una tarea que precise de un gran esfuerzo de diseño, garantías

profesionales y científicas, infraestructuras, logística y rigor de elaboración, desarrollo y evaluación.

Este análisis no pretende criticar el trabajo personal, dedicación, voluntad y formación profesional o científica de las personas que han participado en el Comité de Prueba que ha tenido la función de velar por las garantías de diseño, tareas de desarrollo y análisis de resultados. El objetivo preciso del análisis se centra en argumentar los distintos aspectos negativos, propios de las características inherentes al tipo de modelo evaluativo elegido (modelo ECOE) y más específicamente a su diseño de estaciones (actores, observadores) y a su adecuación a las condiciones propias de calidad y cantidad de los aspirantes (1.600 personas).

Para ello vamos a desgranar distintos aspectos de suma importancia que afectan a la mayoría de los niveles de diseño, organización, desarrollo y evaluación y que condicionan un quebranto inaceptable de las imprescindibles condiciones de eficacia, equidad, precisión, reproducibilidad y fiabilidad de la prueba.

A.- DISEÑO DE LA PRUEBA EVALUATIVA MODELO EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA (ECOE) EMPLEADA EN LA CONVOCATORIA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA CORRESPONDIENTE AL AÑO 2005

La prueba se estructura en 9 estaciones evaluativas, con las que se pretende realizar un análisis individual del nivel de competencia clínica de los candidatos aspirantes a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar.

Las estaciones evaluativas son situaciones clínicas, en su mayoría dramatizadas por medio de la presencia e interpretación de actores que desarrollan una serie de guiones-base de carácter abierto, que son elegidas en base a criterios de prevalencia, gravedad clínica, interactividad y sencillez evaluativa.

En la ejecución de las estaciones por parte de los aspirantes, se observa el cumplimiento de los diversos componentes competenciales que pueden valorarse para obtener el mapa global de la competencia profesional del candidato aspirante.

Cada componente competencial puede ser evaluado en una o más situaciones clínicas y cada situación clínica puede albergar el estudio de varios componentes competenciales.

Cada componente precisa de la valoración de diversos ítems o puntos específicos y a su vez cada ítem puede llevar aparejado la realización de varias preguntas o acciones a desarrollar por parte del candidato.

Así pues, las estaciones precisan de una llamada Tabla de Especificaciones donde se atribuye a cada estación, las áreas competenciales evaluadas y la carga cuantitativa que cada una de ellas representa en el total del análisis competencial.

Las estaciones cuentan con la presencia de un candidato, un actor que representa el papel de un enfermo y la discreta u oculta presencia de un médico evaluador encargado de verificar si el candidato a efectuado las habilidades competenciales adecuadas según los requerimientos previos.

De igual manera en determinadas estaciones, se suministran una serie de datos iconográficos (imágenes clínicas) o datos cuali-cuantitativos (cifras analíticas) para que el candidato responda una serie de preguntas relacionadas con el manejo clínico de los supuestos pacientes a los que pertenecen y los evaluadores puedan con posterioridad conocer el nivel de conocimientos clínicos del aspirante en las patologías seleccionadas.

Cada estación, independientemente de sus características, de las áreas a evaluar y del orden de realización, debe ser efectuada en 6 minutos.

La prueba se diseña para un número de candidatos muy alto (1.600), y precisa de la colaboración de un importante número de logistas, actores y médicos evaluadores.

Todo ello conduce a:

.- Necesidad de una alta disponibilidad de Zonas de Trabajo:

- .Recepción
- .Identificación
- .Reunión de candidatos
- .Reunión técnica
- .Invitados
- .Realización de la prueba
- .Almacén
- .Descanso de candidatos
- .Descanso de evaluadores
- .Descanso de actores
- .Descanso de logistas
- .Prensa
- .Despacho

La Zona de Realización de la Prueba debe dimensionarse para un número alto de participantes, teniendo como mínimo 9 Salas por cada Rueda de Participantes, existiendo varias Ruedas en cada sede.

Es necesario por ello, disponer de un alto número de espacios, que precisa de ubicaciones de ámbito sanitario puesto que intenta reproducir las condiciones habituales del entorno de trabajo. La selección de posibles sedes es difícil y la posibilidad de descentralizarlas, acercando la prueba al entorno geográfico de los candidatos está dificultada, lo que obliga a realizar las pruebas en un número muy reducido de sedes y por ello a realizar largos y costosos desplazamientos a los candidatos de Comunidades Autónomas periféricas (Galicia, Canarias, Baleares, Ceuta, Melilla, Asturias, etc.).

.- Complejidad de Diseño de la prueba.

La necesaria evaluación de distintas áreas competenciales en el seno de situaciones clínicas dramatizadas, con selección de múltiples ítems y la necesidad de cumplimentar por medio de preguntas o acciones dichos ítems, produce un abigarramiento de las condiciones científicas que condiciona de manera grave el desarrollo de cada estación. La fragmentación en muchos ítems facilita la orientación del manejo global del paciente pero va introduciendo una creciente complejidad en su evaluación de tal manera que la múltiple sectorialización de ítems y su necesario cumplimiento para obtener la máxima nota, revierte en un probable olvido (condicionado por la premura de tiempo) de varios de ellos, que resultan por lo tanto en una disminución de la puntuación global obtenida.

Esto es evidente incluso aunque el diseño científico de la estación, estuviese bien realizado.

A modo de ejemplo y para ilustrar lo anteriormente expuesto, nos referimos al listado evaluativo (ítems que debe cumplimentar) de una de las estaciones (Situación clínica-Síndrome prostático) en uno solo de sus tres componentes competenciales evaluados (la estación evaluaba Anamnesis, Manejo Clínico y Habilidades de Comunicación).

Para obtener 50 (el máximo posible del área competencial) de los 100 puntos correspondientes a la máxima puntuación posible en esta estación, el candidato debería investigar la presencia de los siguientes aspectos en la anamnesis:

(Se debe tener en cuenta que a cada pregunta le corresponde un tiempo de respuesta por parte del actor, que en esta estación también debía establecerse el manejo clínico, es decir indicar al paciente-actor una impresión diagnóstica, la posibilidad de solicitar pruebas complementarias, cuales y porqué, solicitar analíticas de manera real, y recomendar una serie de intervenciones terapéuticas encaminadas a controlar el cuadro clínico consultado, todo ello en un tiempo inferior a 6 minutos)

- .alteraciones al inicio de la micción
- .alteraciones al final de la micción
- .alteraciones en la emisión del chorro de orina
- .dificultad de contener la emisión de orina
- .existencia de polaquiuria
- .presencia cuantificada de nicturia
- .cronología de los trastornos
- .antecedentes médicos del paciente
- .antecedentes de infecciones urinarias y/o patologías urológicas previas
- .antecedentes de cáncer de próstata en familiares de primer grado
- .toma de fármacos
- .presencia de síndrome constitucional
- .presencia de fiebre
- .presencia de hematuria macroscópica

Como puede apreciarse, aunque todas las preguntas sean importantes para la elaboración de una buena historia clínica en un paciente con sospecha de patología prostática, es evidente que la posibilidad de que en el desarrollo de

una prueba evaluativa de características inusuales para la mayoría de los examinados, se cumplimenten en su totalidad los aspectos generales de cada ítem en las estrechas condiciones de tiempo que se facilitan, es sencillamente impensable por lo que las puntuaciones sufren estación a estación una sensible caída que expone al candidato a la posibilidad de obtener bajas puntuaciones si en alguna estación, comete un error de orientación general, lastrando los resultados globales de manera definitiva.

B.- ENTORNO ESCÉNICO DE LA PRUEBA

La realización de una prueba evaluativa que intenta recrear las condiciones y entorno habitual de trabajo de los candidatos, hace necesario la elección de ubicaciones para la prueba, en establecimientos sanitarios que dispongan de múltiples consultas donde realizar las estaciones de cada rueda de participantes.

El sistema de rotación de los participantes, obliga a estos a esperar en la puerta de cada estación y a ocupar una vez dentro la posición inhabitual del paciente, en vez de la común para ellos, es decir la del médico.

Los participantes son plenamente conscientes de la teatralidad del ambiente al que se enfrentan, lo que redundará inevitablemente en una disminución sensible de su rendimiento.

C.- CANDIDATOS MÉDICOS

Los candidatos médicos que acceden al proceso de obtención del título de Especialista en Medicina de Familia son profesionales que, previamente, han acreditado un mínimo de 5 años de experiencia contrastada y avalada en un nivel asistencial asimilable al de Medicina de Familia.

De igual manera, han presentado certificaciones acreditadas de más de 300 horas de formación continuada en las áreas competenciales propias del perfil profesional del Médico Especialista en Medicina de Familia.

Como hemos comentado anteriormente, la mayoría de candidatos no tiene experiencia previa en la cumplimentación de pruebas evaluativas modelo ECOE, acudiendo por primera o segunda vez a una prueba de estas complejas características, donde para poder rendir de manera adecuada a la formación previa adquirida, el candidato necesariamente debería estar familiarizado con las técnicas necesarias de realización de pruebas de este tipo.

Es importante considerar que incluso dentro del propio examen, el candidato no tiene tiempo para habituarse al modelo porque no existen estaciones iniciales blancas (sin incidencia en la calificación global) que podrían facilitar el rodaje previo de los candidatos.

Esta situación, de manera adicional, crea una sensación de ansiedad muy marcada en los médicos evaluados, que es fácilmente perceptible por los presentes tal y como en el propio Informe Técnico de la Prueba, se reconoce. De igual manera, en las encuestas que se realizan a los candidatos una vez finalizada la prueba, podemos observar que la mayoría de los candidatos confirman que la presencia de observadores dentro de las estaciones, ha afectado negativamente su rendimiento, que la prueba les ha producido un gran stress y que trabajar con actores condiciona negativamente sus resultados.

Así pues es claro, a la vista de las contestaciones expresadas de manera anónima por los candidatos, que existe un considerable rechazo a este formato de ECOE elegido para la prueba, probablemente por inadecuada para la ocasión y por infrecuente en el ámbito de población aplicada.

D.- MÉDICOS EVALUADORES

Tal y como se ha citado con anterioridad, en las estaciones desarrolladas existe un médico evaluador con una serie de misiones relativas al control de las condiciones necesarias para su realización.

Además de todo ello, y como función primordial, deben presenciar la ejecución de la estación asignada, permaneciendo ocultos o en una posición discreta pero que permita conocer u observar fehacientemente la actuación profesional del candidato, para poder trasladar a la hoja de evaluación que contiene los ítems de cada estación, la adecuación personal de cada candidato a los requisitos establecidos.

La selección de estos evaluadores se hace “preferentemente” pero no obligatoriamente (según advierte el Informe Técnico de la Prueba) con experiencia en pruebas de este tipo. Se les proporciona un manual de entrenamiento para evaluadores, con contenido general sobre el tipo de prueba y se les instruye en una sesión conjunta de 1 hora de duración, común para todos los evaluadores de cada sede.

Sólo 48 horas antes del inicio de la prueba, los evaluadores tienen conocimiento de los ítems a valorar y 24 horas antes, asisten a una reunión de 2 a 3 horas de duración, para el entrenamiento específico de cada estación.

Consideramos que las condiciones previas exigidas y dispensadas a cada evaluador, son insuficientes para la importante tarea encomendada (control de cada una de las entrevistas clínicas y su traslado a un registro individualizado)

La dificultad de trasladar lo expuesto por cada participante, que tiene un modo personal de hablar e interrogar al paciente, utilizando distintos giros, entonaciones y modismos, para conducir a la realización de una anamnesis o un manejo adecuado, así como a la observación de maniobras exploratorias que pueden ser interferidas por la posición física de los actuantes, sin quedar registro gráfico, auditivo o visual de lo acaecido, necesitan de una experiencia y

adiestramiento sobresaliente de los evaluadores, que según el propio protocolo previo de condiciones, parece insuficiente.

El registro de toda la información recogida durante los 6 minutos de actuación, debe producirse en el breve período de tiempo que permite el cambio de candidatos, tiempo éste en el que debería solucionarse si así fuera necesario, cualquier tipo de incidencia relativa al entorno físico de la prueba, adecuación de actores y materiales, etc.

Por todo ello pensamos, que la importancia de la tarea se ve sobrepasada por las condiciones de instrucción y tiempo disponible.

Por otra parte la labor de evaluación se debe mantener de manera constante candidato tras candidato, con las mismas condiciones de atención y rigor evaluativo a lo largo de toda la jornada, por lo que el efecto de posible mejora en la técnica evaluadora, fruto de la práctica repetición de estaciones, se puede ver enmascarada por el lógico cansancio físico y mental de los evaluadores, que introduce un factor de variación personal interno a la prueba que permite suponer la existencia de distorsiones en la evaluación fruto de las condiciones cambiantes de rendimiento en función al orden de presentación del candidato, que puede afectar a la equidad de la prueba.

La realización de evaluaciones por parte de distintos evaluadores en cada una de las sedes, facilita la aparición de un factor de variación externo a la prueba, por el cual, en función del grado de interpretación de las instrucciones previas, y del grado de atención de los evaluadores, se permite presuponer una valoración variable según sedes, que podría producir un efecto indeseable en la imprescindible equidad de la prueba.

La presencia de evaluadores ocultos o camuflados en el interior de la sala, produce un rechazo manifiesto en la mayoría de los candidatos que consideran que menoscaba su rendimiento de manera grave. Probablemente, si se les hiciera la pregunta, podrían expresar, tal y como de manera espontánea atestiguan numerosos testimonios recogidos por nuestra parte, una sensación de incomodidad que puede afectar a su autoestima profesional.

Es posible que en un número no despreciable de casos se puedan producir situaciones incómodas ante el posible conocimiento personal, tanto amistoso como antagónico entre candidato y evaluado, aunque esta circunstancia no haya quedado explicitada en los documentos del Informe Técnico de la Prueba.

E.- ACTORES

La presencia de actores que representan un determinado papel, simulando padecer unos síntomas determinados, previamente ensayados con ayuda de

personal médico de entrenamiento, desarrollando un complejo guión que debe ser interpretado con altas dosis de improvisación, en función de la orientación que tome el candidato, introduce un factor de distorsión muy evidente en la prueba por los siguientes aspectos :

Los candidatos no están acostumbrados a este tipo de simulación que les produce una importante sensación de incomodidad y stress tal y como reconocen en las contestaciones de la encuesta final, que les conduce a disminuir su rendimiento, lo que puede condicionar la puntuación final.

Los actores tienen la importante misión de calificar a los candidatos en el componente competencial de habilidades en la comunicación. Esta calificación se verá afectada de manera rotunda por la empatía que el médico examinado alcance con el actor examinador que no es un experto en comunicación médica, por mucho que previamente haya sido aleccionado sobre qué aspectos debe considerar como positivos o negativos.

La cumplimentación de este apartado compuesto de 10 ítems, debe realizarse en el breve período de tiempo entre actuaciones y por ello en el espacio teóricamente reservado también para descanso.

Los actores desarrollan un trabajo agotador de puesta en escena e interpretación de manera consecutiva, durante horas, simulando el mismo contexto clínico, que sin duda lleva a ofrecer a cada candidato por obvias razones de cansancio o modificación propia de la reiteración del caso, distintas condiciones de calidad interpretativa, produciendo un factor de variación y distorsión que puede afectar a la equidad de la prueba.

Las estaciones que soportan la presencia de actores son mayoritarias, por lo que el peso total de la evaluación relativa al componente de habilidades en comunicación clínica es alto, y su contribución a la nota final total, determinante.

F.- RESULTADOS

A la prueba ECOE para la normalización de la Medicina de Familia en España, correspondiente a la convocatoria 2005 se han presentado 1171 candidatos, siendo la mayoría de ellos (950), la primera vez que lo hacían y el resto (221), la segunda, así pues, en ésta convocatoria se ha obtenido un número de asistentes superior a cualquiera de las anteriores convocatorias.

La convocatoria se localizó en 3 sedes, en las que durante 5 fines de semana sucesivos, se desarrollaron las distintas pruebas. Contaron en todas ellas con los mismos materiales evaluativos e idénticos contenidos teóricos y de desarrollo de la prueba.

La elección de las sedes se hizo en función de la procedencia mayoritaria de los candidatos (Madrid, las dos Castillas, Cataluña y Andalucía concentraban un 50% del total) eligiéndose por ello las ciudades de Sevilla, Barcelona y Madrid . Es previsible suponer que una mayor dispersión de sedes, con más localizaciones descentralizadas, resultaba imposible por costes y por las específicas condiciones del modelo de prueba ECOE elegido, con necesidad de ubicaciones físicas complejas, presencia de actores, observadores y evaluadores médicos, además de la utilización de materiales y contenidos evaluativos repetidos.

La **presencia de candidatos** en relación al total de convocados en cada una de las sedes fue:

- .SEVILLA 69,8% de los convocados**
- .BARCELONA 69,2% de los convocados**
- .MADRID 78,0% de los convocados**

.- OBTENCIÓN DE NOTAS

.- Detección y corrección de incidencias

Es lógico esperar una gran dificultad técnica, logística y de gestión, para poder obtener y manejar adecuadamente el gran volumen de información obtenida en tan estrecho período de tiempo, correspondiente a tan alto número de participantes y estructurado con extrema parcelación y un sistema arborescente interrelacionado.

Es justo reseñar la dificultad y al mismo tiempo el importante trabajo necesario para realizarlo, que aún reconociendo unos resultados de recogida y manejo de alta profesionalidad, deparan datos cuando menos a considerar. A modo de ejemplo, sólo referir que un 41,25% de los candidatos, presentaba algún tipo de error o incidente en los formularios correspondientes y que en el conjunto total de datos pudieron detectarse un número de Errores de Codificación de 266 y un volumen de Ítems en Blanco de 988.

Estas situaciones fueron resueltas en general, por métodos que en caso de duda no fueran en perjuicio de la aptitud individual del candidato participante afectado, pero que dado el sistema final de elección de nota de corte (ver parte específica) supone un efecto negativo para el conjunto total de los aspirantes por cuanto sirve para aumentar la media total de puntos obtenidos por la globalidad de los presentados.

.- Cálculo de las puntuaciones

Las cifras obtenidas en las estaciones que evalúan Habilidades Técnicas y Comunicación fueron las más altas. En concreto la estación Sutura obtuvo un resultado global de 64,42 puntos y Comunicación de 66,73.

Las estaciones que se ajustaban al modelo común de información previa suministrada, situación clínica y manejo con actores, fueron afectadas por las

menores puntuaciones, quedando por ello la impresión que las estaciones más clásicas del modelo ECOE elegido para esta ocasión, han sido las que han deparado mayores dificultades para su cumplimentación y por ello, se han obtenido en ellas los niveles más bajos de calificaciones.

Los resultados obtenidos, analizados por ítems de manera individual, han presentado una importante asimetría de distribución dentro de cada estación, imposible de atribuir exclusivamente a cualquiera de los múltiples factores de diseño, de ejecución (actores) o de evaluación (acción de los evaluadores), resultando más propios no de la distinta capacidad o aptitud ante la prueba, sino de la distinta actitud ante ella por parte de los participantes.

.- Análisis de la validez de la prueba

La literatura médica y científica no presenta estudios suficientes que puedan asegurar si en este tipo de pruebas se produce con facilidad el llamado “efecto copiado”, por el cual los candidatos examinados en fechas sucesivas obtienen condiciones favorables que afecten de manera sensible a la obligada condición de equidad entre todos los evaluados.

La condición de equidad es fundamental y debe cumplirse sin ningún tipo de menoscabo. Todos los candidatos deben tener previo a la prueba, las mismas posibilidades de ser declarados aptos y por ello obtener la titulación propia solicitada.

Tal y como el propio informe final del Comité Técnico de la Prueba admite, la prueba ECOE mide competencias y capacidades no así conocimientos, por ello la existencia de efecto copiado implicaría tan graves consecuencias que de manera indefectible, debería conducir a que la prueba fuera rediseñada.

Como hipótesis inicial y dado que el principal motivo de preocupación (pero no único) en lo referido a la posible situación de inequidad que podría presentarse, viene referido a la utilización de los mismos materiales y contenidos evaluativos de las estaciones para todas las convocatorias de la prueba realizadas en fines de semana sucesivos (es decir la utilización de las mismas estaciones con idénticos criterios evaluativos), el probable efecto copiado debería producirse tras la celebración de la primera convocatoria y por ello mejorar el rendimiento de las sucesivas celebraciones de la prueba.

En estos momentos, ya avanzado el siglo XXI, en una situación social de predominio de la información y su rápida velocidad de transmisión, es lógico pensar que la discriminación negativa se establecería para los examinados en el primer fin de semana, siendo suficiente el período de tiempo (7 días) para que los siguientes candidatos tuvieran la información de cuáles habían sido los materiales y situaciones evaluativas planteadas en la convocatoria previa, celebrada el fin de semana anterior.

Dado el carácter específico de la prueba ECOE en la que se pretende evaluar actitudes o competencias profesionales y no conocimientos, el efecto copiado es más difícil, pero no imposible y ni tan siquiera improbable.

El conocimiento previo por parte de los evaluados a cerca de las áreas temáticas que se abordan, así como las competencias que se solicita sean desarrolladas por parte del examinado, facilitan de manera importante la posibilidad de repasar y preparar específicamente las habilidades que el médico posea, completándolas, perfeccionándolas y permitiendo desarrollar una situación ante la prueba de mayor confianza que sin duda se ve reflejada en una mejora de las condiciones psíquicas con las que el candidato acude a la prueba, con un mejor control de la ansiedad que la prueba provoca (reconocido por los asistentes en la encuesta efectuada).

Es importante hacer notar que no es esperable un incremento progresivo del nivel de resultados positivos debido al efecto copiado según se celebren las diferentes convocatorias. ***La hipótesis desarrollada se centra en si los candidatos examinados en la primera sede o más aún, los examinados el primer día, podrían soportar por ello un condición negativa que afecte a la necesaria e imprescindible equidad para con todos los candidatos por igual.***

Así pues el efecto sede, si se comprobara esta hipótesis, debería producir el tan temido efecto copiado.

Siguiendo los pasos efectuados para el análisis de la prueba efectuado por el Comité Técnico, en primer lugar se analiza si la procedencia de los distintos candidatos en función a su Comunidad Autónoma de origen, considerada como factor externo, podría introducir alguna fuente de distorsión en los resultados. La respuesta es negativa, ***no estableciéndose diferencias significativas entre las notas de los candidatos dependiendo de la Comunidad Autónoma de procedencia***

Sin embargo en el análisis de los factores internos que afectan a la prueba, ***se pudieron detectar diferencias significativas relativas al factor sede*** (peores notas en la sede de Sevilla, sobre todo el Sábado) tal y como se establecía en la hipótesis planteada.

Una vez efectuado el ajuste de factor de confusión Sede-Sevilla-Día, los resultados obtenidos por los candidatos se reflejan en las siguientes puntuaciones promedio:

Global de todas las Sedes 59.798
Global de todas las Sedes excluyendo Sevilla 60.652
Global de la Sede de Sevilla 55.982
Promedio de Sede Sevilla (sábado) 54.536

La simple observación de los datos no deja lugar a dudas en cuanto a la comprobación de la hipótesis. En efecto, las cifras obtenidas como promedio por los candidatos examinados en Sevilla y sobre todo los evaluados el sábado, que desconocían cualquier tipo de información referente a materiales y contenidos evaluativos, es significativamente menor que la del resto de

candidatos que se examinaron en fines de semana posteriores y que conocían las áreas temáticas y los aspectos competenciales evaluados en cada una de ellas en función de la actividades que se les pedía desarrollaran en cada una de las estaciones planteadas.

Todo lo anteriormente expuesto confirma plenamente la hipótesis previa. ***La repetición de contenidos facilita la preparación y actitud frente a la prueba de los evaluados.***

Ahora bien, la falta de equidad que de ello se deriva y que “per se” es motivo suficiente a nuestro criterio como para confirmar la existencia de efecto copiado, se ve ampliada por una circunstancia adicional que posteriormente se tratará, en referencia a la elección de la nota de corte para establecer el punto umbral de aptitud para los candidatos.

Es justo reconocer que en el análisis del Comité Técnico de la Prueba, se aborda de manera marginal el posible efecto copiado establecido por las diferencias estadísticamente significativas detectadas en el estudio global de todos los factores internos, aunque no la diferencia de promedios según sedes, puesto que no se comparan los resultados de Sevilla frente a las del conjunto de las demás.

Aún así, el análisis incompleto efectuado justifica la diferencias encontradas en virtud de la distinta procedencia geográfica de los candidatos, aspecto éste que no deja de sorprendernos por cuanto ya se eliminó en un análisis anterior como era previsible y lógico, y que de ser en efecto la explicación estadística correcta que justifique la significativa diferencia de notas obtenida en la sede de Sevilla, plantearía un problema con connotaciones intelectuales o de equidad en el trato formativo o académico de los profesionales de la Comunidad Autónoma afectada (Andalucía) de consecuencias difícilmente predecibles pero en todo caso de tanta trascendencia, por cuanto afectarían a la igualdad frente a la posibilidad de obtención de titulaciones en igualdad de condiciones, que a nuestro juicio precisaría de un tratamiento urgente de las autoridades político-sanitarias y posiblemente invalidaría cualquier nuevo proceso hasta que esta circunstancia no fuera efectivamente resuelta.

En todo caso, no creemos que ésta sea la causa y sí aquella que la hipótesis planteaba como más lógica.

La necesaria repetición de contenidos en las diferentes pruebas realizadas, fruto de las complejas y costosas características del formato de prueba ECOE elegido, en contraposición de otras fórmulas ECOE más sencillas y de menor coste, aunque no por ello menos sensibles y fiables, condiciona la aparición de un efecto copiado que provoca una ruptura del principio de equidad ante la prueba para todos los candidatos, que hace necesario su rediseño.

De manera un tanto inocente por su sencillez, un candidato lo resume en un comentario realizado en la encuesta posterior a la prueba y perteneciente a un evaluado en la convocatoria de Madrid II: “La prueba es más llevadera porque se conoce previamente”.

.- Análisis de la validez del constructo

Sin pretender negar de manera absoluta la posibilidad de considerar el constructo de la prueba como aceptable, es necesario comentar que los dos mecanismos indirectos utilizados en el análisis por el Comité Técnico de la Prueba, **no demuestran aquello que se pretendía conseguir.**

En primer lugar y a diferencia de lo expresado en el Informe, consideramos que **sí ha existido efecto copiado.** En segundo lugar y en lo referente a las opiniones expresadas por los candidatos en la encuesta final, la mayoría de ellos responden que la presencia de observadores influye de manera negativa en su rendimiento y aunque consideren que las situaciones planteadas representan la práctica habitual del médico de familia y son problemas que debería manejar, afirmaciones con las también nosotros estamos de acuerdo, la pregunta en la que se le pide opinión sobre si considera mejor sistema de medida esta prueba o un examen, consideramos que dicha pregunta condiciona la respuesta ya que no se explicitan las características propias del examen que debe servir de comparación, existiendo otras posibilidades que podrían ser consideradas como alternativa a la realizada. Aún así, las respuestas obtenidas no consideran de manera incontrovertible que la prueba realizada mida mejor la competencia profesional (30,92 % de indiferentes y 10,87% manifiestamente en contra).

.- Análisis de la validez de diseño

Presenta un resultado aceptable pero debemos considerar que los resultados parciales de cada estación nos remiten a **contribuciones muy asimétricas.** Así pues existen variaciones importantes sobre las previsiones establecidas, que por ser de distinto signo, proporcionan un resultado final engañosamente estable.

.- Análisis de la estabilidad

De igual manera se producen importantes variaciones que proporcionan inestabilidad a la prueba, constatándose que la estabilidad final se consigue en función de la utilización de un alto número de ítems en cada estación, lo cual produce un aumento de la complejidad de la prueba.

7.- PROPUESTA DE LA NOTA DE CORTE

La justificación estratégica de la necesidad de elección de un punto de corte, recoge la obligatoriedad, que en ningún documento legal de la convocatoria o de su desarrollo aparece, de generar de manera indefectible la división de los candidatos en dos grupos (aptos y no aptos) .

El espíritu de la norma se refiere a la demostración individual y no comparativa con respecto al resto del grupo, de la posesión o no de una serie de habilidades competenciales que son propias a los médicos de familia.

Es decir, podría darse el hipotético caso de que todos los aspirantes poseyeran las capacidades competenciales exigidas, en cuyo caso según el criterio de división grupal elegido por el Comité Técnico, debería de manera obligada constituirse un grupo de no aptos, calificados así de manera injusta, en virtud de un mecanismo restrictivo no justificado por la norma aprobada para dar cumplimiento al Decreto de Normalización.

Explicitado éste aspecto, que por sí mismo, creemos que condiciona de manera grave el posterior desarrollo del tratamiento de las calificaciones obtenidas, pasamos a considerar otros aspectos de igual interés.

El Informe reconoce que para elegir una nota umbral definitoria de los dos grupos que considera necesario diferenciar, y dado que la distribución estadística de las calificaciones obtenidas es muy parecida a una distribución normal, sin la aparición de grupos, no posee ningún criterio que le permita establecer un umbral de corte natural utilizando simplemente la distribución de notas globales.

Por todo ello, y en función a un criterio forzado, designado previamente y que pretende de manera obligada dividir de manera artificial a los candidatos, no en función exclusiva de sus resultados individuales sino de sus resultados comparados con los del global de candidatos, el Informe recurre a un criterio estadístico discutible por el cual decide proponer como **nota de corte o umbral discriminativo, 55 puntos**, originando por ello dos grupos bien definidos:

. Aptos con nota por encima del punto de corte establecido

. No aptos con nota inferior al punto de corte

Queremos hacer notar que **la nota media obtenida por los candidatos examinados en primera convocatoria de sábado en la Sede de Sevilla, fue de 54.536, situada claramente por debajo del punto de corte o umbral**, y el promedio de calificaciones global de todos los evaluados en la sede Sevilla se situó en 55.982, muy cerca del punto considerado como discriminativo para el establecimiento de los dos grupos.

Es por todo ello esperable que la proporción de no aptos en la convocatoria de Sevilla y especialmente en su primer día de celebración, haya proporcionado datos significativamente altos en relación al resto de sedes.

Este aspecto no puede ser analizado e incorporado al informe analítico, por no habernos sido suministrados los datos de Aptos y No Aptos, discriminados por sedes por parte del Comité Técnico de la Prueba.

Por todo ello, **consideramos que la demostrada presencia de efecto copiado, agravada por la elección de un sistema de selección de nota de corte con criterios erróneos, afecta de manera manifiesta a la necesaria equidad de la prueba, condicionando la calificación final como Apto o no Apto de un número importante de candidatos que pueden haber sido perjudicados de manera injusta en su pertinente intención de acceder a una titulación a la que podrían tener derecho si la prueba se hubiera efectuado en condiciones de equidad y de elección de umbral de corte con criterios idóneos para el espíritu de la prueba.**