



Universidad
Internacional
de Andalucía

TÍTULO

**PERCEPCIÓN DE LA VARIABILIDAD DEL ROL DE GESTIÓN DE
CASOS SEGÚN LAS PROFESIONALES ANDALUZAS**

AUTORA

Belén Jiménez García

Tutora
Institución
Curso
©
©
Fecha
documento

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2025
Prof. Cecilia Escudero Espinosa
Universidad Internacional de Andalucía
Máster de Formación Permanente en Enfermería de Práctica Avanzada
(2024-25)
Belén Jiménez García
De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
2025



Universidad
Internacional
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



Universidad Internacional de Andalucía

Facultad de Granada.

Master Permanente Enfermería Avanzada 3º edición.

Trabajo de Fin de Máster

Percepción de la variabilidad del rol de gestión de casos según las profesionales andaluzas.

Autora: Belén Jiménez García

Tutora: Cecilia Escudero Espinosa

Convocatoria:2024-2025

ÍNDICE

ÍNDICE.....	3
RESUMEN, PALABRAS CLAVE, ABSTRACT AND KEYWORDS.....	4
INTRODUCCIÓN.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	19
OBJETIVOS.....	22
General.....	22
Específicos.....	22
METODOLOGÍA.....	23
RESULTADOS.....	26
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIÓN.....	35
CONFLICTO DE INTERESES.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36
ANEXO.....	39
1.Entrevista.....	39
2. Declaración de consentimiento informado sobre la participación en una entrevista.....	41
3.Formato de control de calidad de una entrevista.....	42

RESUMEN, PALABRAS CLAVE, ABSTRACT AND KEYWORDS

A pesar de haberse demostrado con evidencia, la coste-efectividad y buenos resultados en salud en los hospitales con la intervención de la Enfermera Gestora de Casos (EGC) en la continuidad de cuidados, planificación de altas hospitalarias y transiciones, a lo largo del tiempo, este modelo ha ido perdiendo apoyo y estableciéndose una variabilidad que muchas veces “el desarrollo del rol de EGC ha dependido más de las características de los profesionales y del apoyo de su entorno de trabajo, que de decisiones institucionales” como bien se explica en el Manual de la Gestión de casos en Andalucía.

Con este estudio se quiere conocer las distintas formas de entender el rol de gestión de casos y las actuaciones que desarrollan las profesionales dentro del momento actual de la gestión de casos hospitalaria en Andalucía. Se va a utilizar metodología cualitativa, a través de entrevistas semi estructuradas a las EGCH de las provincias de Jaén, Granada y Almería. El principal resultado que se ha obtenido es que según la percepción de las profesionales la variabilidad existente está más relacionada con la población diana, formación de los profesionales, conocimiento de los distintos profesionales del rol de gestión de casos y la organización hospitalaria más que el nombramiento de puesto.

Palabras clave.

Gestión de casos, Gestora de casos, Enfermera de práctica avanzada, variabilidad y liderazgo.

Despite evidence demonstrating the cost-effectiveness and positive health outcomes in hospitals with the intervention of the Case Manager Nurse (CMN) in continuity of care, discharge planning, and transitions, over time, this model has lost support and become increasingly variable. Often, “the development of the CMN role has depended more on the characteristics of the professionals and the support from their work environment than on institutional decisions,” as explained in the Manual de la Gestión de Casos en Andalucía.

This study aims to explore the different understandings of the case management role and the activities performed by professionals within the current context of hospital case management in Andalucía. A qualitative methodology will be used, involving semi-structured interviews with CMNs from the provinces of Jaén, Granada, and Almería.

The main finding is that, according to the professionals' perceptions, the existing variability is more closely related to the target population, the training of professionals, the understanding of the case management role by different professionals, and hospital organisation, rather than the formal appointment to the position.

Keywords: Case Management, Case Manager, Advanced Practice Nurse, Variability and Leadership.

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la enfermería como una profesión dedicada a promover la salud, prevenir enfermedades y proporcionar cuidados a personas de todas las edades. La enfermería es una parte fundamental del sistema de salud y realiza un papel muy importante en la atención y el bienestar de los pacientes, Entendiendo los cuidados como las acciones y procedimientos que las profesionales enfermeras van a realizar para promover la salud, prevenir enfermedades y tratar a los pacientes. Según la OMS hay cinco pilares en estos cuidados y son: promoción, prevención, curación y rehabilitación, apoyo y cuidado paliativo y gestión de la salud. En este quinto pilar, la enfermería presenta un papel primordial dentro de la coordinación y gestión de los cuidados. Estos cuidados son dinámicos y deben de adaptarse a una sociedad que es cambiante. El aumento de la esperanza de vida, debido al avance de la tecnología y la medicina, ha dado lugar a que el envejecimiento de la población sea el fenómeno demográfico más importante de las últimas décadas y supone un gran impacto dentro de los sistemas de salud.

El síndrome Socio-sanitario, se define como *“Problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto físicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales...de etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc.) ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente”*(1). Por lo que se puede decir que es una condición compleja que afecta a pacientes con necesidades tanto médicas como sociales, siendo importante abordarlo de forma coordinada y efectiva debido a las consecuencias negativas que puede tener para los pacientes cuando los servicios de salud y servicios sociales no pueden ofrecer una atención integral. Estos pacientes requieren atención holística que abarca aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Ante este nuevo contexto socio sanitario de los servicios de salud se hace necesario presentar una asistencia más efectiva, eficaz y eficiente, especialmente en los grupos de población más vulnerable, como son: adultos mayores, personas con enfermedades crónicas como demencia, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC), e individuos con trastornos o discapacidades de salud mental, sin olvidar del grupo de personas cuidadoras.

Según la Encuesta Europea de Salud e Instituto Nacional de Estadística(INE) 2020, las personas mayores de 65 años son el colectivo más afectado por la cronicidad, dentro de esta franja un 88,2% tiene diagnosticada una enfermedad crónica. La población mayor representa un 35,5% de la población con enfermedades crónicas(2).

En España, en la actualidad, el porcentaje de población de más de 65 años se sitúa en 20,4% del total y se prevé que alcanzará un máximo de 30,5% en 2055(INE).La población octogenaria sigue creciendo,ya representa el 6% de toda la población y seguirá aumentando en un proceso de sobreenvjecimiento.Los centenarios empiezan a hacerse notar, existen 19.639 empadronados en 2023 (1.619 personas más que en el 2022).

Durante los próximos años,y especialmente a partir de 2030,se registrarán los mayores incrementos,con la llegada a la vejez de las voluminosas generaciones nacidas durante el baby boom. Según la proyección del INE (2023-2040), en 2040 podría haber más de 14,2 millones de personas mayores,27,4% del total de una población que alcanzaría unos 52 millones de habitantes. En cuanto a la situación actual en Andalucía,las enfermedades crónicas suponen un reto al que hacer frente,a través de un análisis de una submuestra de la Encuesta nacional de salud. Sevilla, Málaga y Cádiz son las provincias con una mayor proporción de enfermedades crónicas. Presentando 2 veces más riesgo de ingreso hospitalario (OR:1,91;IC95%:1,37-2,65)o ingreso por urgencias en los últimos 12 meses.(OR:1,89;IC95%:1,56-2,28)(3).

La búsqueda de una mayor eficiencia en la atención médica, junto con la creciente demanda de servicios y las restricciones financieras, está generando un incremento en los ingresos hospitalarios. A su vez, estos factores están contribuyendo a una reducción tanto en la duración promedio de las estancias hospitalarias como en la disponibilidad de camas. Como resultado, se busca minimizar las hospitalizaciones siempre que no afecten negativamente al proceso del paciente. Esto ha llevado a un aumento en el número de pacientes que requieren alta demanda de cuidados y de alta complejidad en el ámbito domiciliario(4).

Diferentes estudios demuestran que la gestión de casos es un valor añadido en términos de calidad, seguridad y coste-efectividad.La enfermera de gestión de casos(EGC) es fundamental para asegurar que los pacientes con síndrome sociosanitario reciban una atención completa y coordinada, que puede mejorar su calidad de vida y resultados de salud.Por lo que es de vital importancia poner en marcha estrategias que aseguren una atención coordinada y global para optimizar recursos sociosanitarios y obtener esa mejora en resultados de salud(1).

1. Evolución de la Enfermera Gestora de Casos.

La gestión de casos no es un rol nuevo de Enfermería, comenzó en Estados Unidos (Case Management) a principios del siglo XX como un enfoque organizado para la prestación de servicios. Su desarrollo inicial se dió en la década de 1960, impulsado por el crecimiento de la población urbana y la industrialización, lo cual llevó a la expansión de los sistemas de salud y servicios sociales. En sus inicios, esta gestión estaba enfocada en atender a la comunidad en general, con los servicios de salud y sociales trabajando en conjunto para abordar desafíos ambientales como la mejora del saneamiento y las campañas de vacunación(5).

En los años 60 como consecuencia de la reforma en salud mental y de la desinstitucionalización de pacientes psiquiátricos, surgió la necesidad de alternativas en la comunidad. Los pacientes se vieron obligados a depender de una red compleja y heterogénea de agencias de servicios comunitarios. Con los modelos propuestos por enfermeras teóricas como Johnson y Peplau(5–7). A lo largo del tiempo se ha venido definiendo la EGC en los distintos países, en Estados Unidos, la Case Management Society of América (CMSA) definió la gestión de casos como: *«El método de colaboración dinámico y sistemático que permite proporcionar servicios de salud a una población definida y coordinada»*. Se comenzó con la profesionalización de EGC en la década de 1980-1990 creándose la “Comisión para la certificación de administradores de casos” y establecieron como objetivos, unos estándares profesionales, educación continua y una atención centrada en el paciente.

La revista American Nurse en el artículo *“Exploring nurse case manager practice”* de 2019 analizó la situación de la EGC señalando que estas enfermeras son *“fundamentales para asegurar la calidad de la atención al paciente, ya que actúan como intermediarias que coordinan la atención médica entre diferentes niveles de servicio y especialidades”*. Debido a su formación en la atención al paciente, el trabajo en evaluación y en planificar, ejecutar intervenciones y monitorizar los resultados de salud. Además, del trabajo para empoderar a los pacientes, educándolos sobre sus condiciones de salud y fomentando su participación activa en la atención que reciben.

Se identifican diferentes modalidades de atención dentro de la gestión de casos, como la atención domiciliaria, la atención en clínicas y el seguimiento telefónico, cada una con sus propias características y efectividad en términos de resultados para la calidad de vida de los pacientes. La investigación sugiere que una gestión de casos efectiva puede mejorar los

resultados clínicos y la satisfacción del paciente, y que estas prácticas son esenciales en un sistema que se mueve hacia un modelo basado en resultados en salud.

En el Reino Unido, las enfermeras gestoras de casos, conocidas como “Case Managers” o “Care Coordinators”, desempeñan un papel importante en la atención de pacientes con condiciones crónicas y complejas. El concepto de EGC comenzó a ganar visibilidad en la década de 1980. Comenzó a desarrollarse especialmente con el Servicio Nacional de Salud (NHS) y está orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y personas mayores e intentar reducir la carga sobre el sistema sanitario. Dentro de los objetivos que tienen las EGC en el NHS se centran en proporcionar atención personalizada y coordinada para evitar ingresos hospitalarios repetidos y mejorar la atención continua. Trabajan con pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, la EPOC e ICC así como con personas mayores en situación de vulnerabilidad(8).

En España, las primeras experiencias de gestoras de casos no aparecen hasta los años 90, siendo en la Comunidad Autónoma de Canarias donde primero se creó seguida de Andalucía. Encontrándose hoy en día más desarrollada en las CCAA de Andalucía, Aragón, Canarias, Cataluña, Madrid, Murcia y Valencia.

La EGC planifica y coordina la atención de los pacientes con enfermedades crónicas. El hecho de que sean las enfermeras las que suelen liderar la gestión de casos se debe a que tienen una visión integral de la cobertura de las necesidades humanas, de la promoción del autocuidado, así como de la valoración y planificación de los cuidados (9). En concreto, es la profesional que vela para que los pacientes y sus familias alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, así como, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados. Andalucía es una de las comunidades autónomas pionera en la implantación de esta profesional asistencial a través de su red PiCuida, instaurada en 2002, como parte del desarrollo de su Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas.

En la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), se establece que la Atención Hospitalaria (AH) es la que garantiza la continuidad asistencial, una vez superadas las posibilidades en Atención Primaria (AP) y hasta poder reintegrarse en ella, teniendo como finalidad mejorar la calidad asistencial, aumentar la confianza entre pacientes y profesionales y agilizar los cuidados a los pacientes tras el alta, viéndose, por tanto, la relevancia de la existencia

de una EGC en la AH. La EGC en Andalucía surgió en respuesta a varias necesidades y desafíos dentro del sistema de salud. Este rol se ha desarrollado principalmente debido al aumento de la complejidad de los pacientes, que a menudo presentan múltiples enfermedades crónicas y requieren una atención coordinada y continua a lo largo de su proceso de salud. Esto es especialmente relevante en un contexto donde la población está envejeciendo y hay un incremento de pacientes crónicos complejos, los cuales requieren de unos recursos sanitarios y sociales adaptados a estas nuevas realidades(1,10).

El Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas puesto en marcha por la Junta de Andalucía, recoge actuaciones específicas en campos como la educación, la vivienda, el empleo y la sanidad apareciendo la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE ahora como Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH)), para proveer una asistencia sanitaria de calidad y costo efectiva en Atención Hospitalaria. Con competencias consultoras, asistenciales de máximo conocimiento, investigadora y docente.

En 2002 comenzó a desarrollarse el modelo de la Enfermera Comunitaria de Enlace, (ahora EGCC) surgió en el ámbito de Atención Primaria dirigido a los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria con cuidados de larga duración, fase terminal o con alta necesidad de cuidado por un periodo limitado, tras un episodio de hospitalización coordinando los distintos profesionales de Atención Primaria con los de Atención Hospitalaria. Dentro de este modelo se incluyó la personalización del servicio, una valoración integral tanto de paciente como de las personas que los cuidan, provisión de ayudas técnicas para favorecer los cuidados en domicilio y movilización/coordinación de los distintos profesionales que necesiten participar en el cuidado de la persona enferma (Equipo de Atención Primaria, fisioterapeutas, trabajador social y los diferentes servicios hospitalarios)(6).

Con todos los cambios sociodemográficos en la población y para favorecer la continuidad del cuidado junto con unos efectivos cuidados transicionales, en 2006 se hacía necesaria la presencia de una Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH). En este ámbito la misión de la EGCH es trabajar para encontrar el equilibrio entre las necesidades del paciente y las del sistema, ayudando tanto al paciente como a la familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia disminuyendo la fragmentación, la discontinuidad y duplicidades en dicha asistencia. Ofrece una atención centrada en la persona, no en la enfermedad promoviendo la autonomía de los pacientes a los que trata, para favorecer una rápida recuperación funcional,

reincorporación a la comunidad,máximo bienestar con el mínimo sufrimiento tanto de los pacientes como de sus familias,al igual que fomenta la toma de decisiones de los pacientes y profesionales.La EGCH debe de establecer un equilibrio entre las necesidades del paciente y las del sistema,teniendo en cuenta que los recursos son finitos pero con el propósito último de ser garante del paciente y familia facilitando el recorrido a través del sistema de salud con la mayor eficiencia,disminuyendo la fragmentación en la atención,evitando la discontinuidad y duplicidades en la asistencia al usuario,favoreciendo la participación de los distintos profesionales y servicios para obtener los mejores resultados en salud(11–13).

Tabla 1. Evolución de Enfermera Gestora de Casos.(EGC)

<u>PEPLAU Y JOHNSON 1960</u>	A raíz de la desinstitucionalización los enfermos necesitan más atención comunitaria y se comienzan con modelos propuestos por Johnson Y Peplau .
<u>Case Management Society of América (CMSA). 80/90</u>	El método de colaboración dinámico y sistemático que permite proporcionar servicios de salud a una población definida y coordinada.
<u>CMSA 1990</u>	Profesionalización de la EGC,establecen estándares,educación continua y paciente en el centro del modelo.
<u>REINO UNIDO (NHS)1980</u>	Mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas y personas mayores e intentar reducir la carga sobre el sistema sanitario.
<u>REVISTA NURSE 2019</u>	“Exploring nurse case manager practice” actúan como intermediarias que coordinan la atención médica entre diferentes niveles de servicio y especialidades.
<u>ESPAÑA DÉCADA DE 90</u>	Comunidades de Canarias y Andalucía.La enfermera gestora de casos planifica y coordina la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.
<u>DECRETO 137/2002 LEY DE APOYO A LAS FAMILIAS ANDALUZAS</u>	EHE.Proveer una asistencia sanitaria de calidad y costo efectiva en atención especializada. Con competencias consultoras, asistencial de máximo conocimiento, investigadora y docente.
<u>LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD(SNS)</u>	Se establece que la Atención Hospitalaria (AH) es la que garantiza la continuidad asistencial, una vez superadas las posibilidades en Atención Primaria(AP)
<u>EGHC 2006</u>	Continuidad de cuidados, Atención Integral,enfoque holístico.Cuidados transicionales.

Fuente.Elaboración propia

2. Marco que contempla la evolución de la Enfermera Gestora de Casos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía(SSPA).

- a. Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud. (1999) (Castells X, Mercadé L, Riu M).
- b. II Plan de Calidad de la Consejería de Salud (2005) (II Plan Marco de Calidad 2005-8. Caminando hacia la excelencia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2005.)
“El primer proceso estratégico define.Asumir las necesidades y expectativas de ciudadanas y ciudadanos”
- c. III Plan Andaluz de Salud (2003 – 2008) (III Plan Andaluz de Salud. 2003- 2008. Consejería de Salud. Junta de Andalucía: Sevilla, 2003.) *“...La continuidad asistencial pasa a ser el criterio clave que inspira las estrategias del Sistema Sanitario Público de Andalucía...”*
- d. Contrato Programa período 2005-2008 (Contrato Programa Hospitales periodo 2005 - 2008. Acuerdo de gestión entre Distritos y Hospitales. Servicios Centrales. Servicio Andaluz de Salud. 2005).

Planes de Cuidados Integrados en Procesos Asistenciales. “La Gestión por Procesos es un elemento básico del Plan de Calidad de la Consejería de Salud para garantizar la continuidad asistencial. Así sería necesaria una valoración integral con la utilización de cuestionarios de evaluación y un plan de cuidados basado en las taxonomías para problemas, intervenciones y resultados.”

Continuidad de Cuidados. *“La continuidad de cuidados es un elemento clave para garantizar la calidad asistencial. Para facilitar dicha continuidad entre los dos niveles de atención y la mejora de la práctica clínica, se continuarán desarrollando las Comisiones de Cuidados de Área desde el Hospital con los Distritos Sanitarios.”*Para garantizar eso en el hospital: *“Implantará la figura de la Enfermera Gestora de Casos. Con esta enfermera se garantizará un referente para la continuidad de cuidados en cada nivel asistencial: Enfermera para la gestión de casos en Atención Primaria - Enfermera Gestora de Casos en el Hospital Envejecimiento y utilización hospitalaria.*

- e. Informe Sespas 2002.Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. {en línea}. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Barcelona, España. Disponible en http://www.sespas.es/ind_lib06.html) “El Servicio Andaluz de Salud implantará soluciones para establecer una relación entre niveles asistenciales.

- f. apropiadas a su cultura y organizaciones previas, definiendo la responsabilidad de AP y AE... “

3. Deberes de la Enfermera Gestora de Casos

- “Coordinar cuidados con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial durante la estancia hospitalaria...”
- “Apoyar a la enfermera responsable del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido...”
- “Planificar con la enfermera gestora de casos de Atención Primaria la adecuada transición del paciente y la cuidadora a domicilio”.
- En el ámbito hospitalario la EGCH junto con las coordinadoras/res serán referentes en la continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria. La instauración de la EGCH ha mejorado los cuidados transicionales, la satisfacción del paciente y en las personas que los cuidan, disminuyendo la sobrecarga de las mismas(12).

En el rol de gestión de casos, es clave, la intervención 7320 “Gestión de casos” dentro de la Nursing Interventions Classification(NIC) en su 7ª edición de 2018, ya que aborda las necesidades de coordinación y planificación en el cuidado de pacientes crónicos o con necesidades de salud mental, permitiendo un enfoque integral y coordinado entre distintos servicios y profesionales. Esta edición se ha enfocado en precisar y mejorar las intervenciones de acuerdo con los cambios en la práctica clínica y en los modelos de atención adaptados a las necesidades cambiantes de la sociedad actual.

4. Factores que han influido en la modificación de la gestión de casos en Andalucía.

- Cambios en la población diana añadiendo en 2009 personas con problemas crónicos complejos, procesos de baja prevalencia, pero con abordajes específicos y problemas de salud de brusca aparición (accidente cerebrovascular, infarto, entre otros) que conllevaba grandes modificaciones en la situación del paciente y en el entorno de la familia.
- El desarrollo competencial de la gestión de casos se ha establecido como rol de enfermería de práctica avanzada(EPA) con mayor liderazgo, autonomía y mapa competencial y relacionada con su ámbito de conocimiento.

5. Mapa competencial de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria.

El desarrollo competencial de la gestión de casos se ha establecido como rol de EPA con mayor liderazgo, autonomía y mapa competencial ,relacionada con su ámbito de conocimiento y aparece reflejada en el Manual de competencias específica de la enfermera gestora de casos en el SSPA(2012)

5.1.Valoración Integral del Paciente:Capacidad para evaluar las necesidades de salud física, psicológica y social del paciente, considerando su contexto personal y familiar

5.2.Planificación y Coordinación de Cuidados:Habilidad para desarrollar planes de atención personalizados,coordinando la intervención de diferentes profesionales de la salud y asegurando que los recursos se utilicen adecuadamente.

5.3.Promoción del Autocuidado:Fomentar la educación y la capacitación del paciente y su familia para gestionar su propia salud y cuidados.

5.4.Comunicación efectiva:Competencia para establecer una comunicación clara y efectiva con el paciente, la familia y el equipo de salud, facilitando la toma de decisiones compartidas.

5.5.Gestión de Recursos:Capacidad para identificar y movilizar recursos dentro del sistema sanitario y social que puedan beneficiar al paciente.

5.6.Evaluación de Resultados:Habilidad para medir y evaluar los resultados de las intervenciones realizadas, utilizando en ello los distintos índices validados

5.7.Trabajo en Equipo Interdisciplinario:Capacidad para colaborar y trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud, garantizando una atención integral y continua.

Este mapa competencial es fundamental para asegurar que las enfermeras gestoras de casos desempeñen un papel eficaz en la mejora de la calidad de la atención sanitaria y en la gestión de pacientes complejos.La formación y el desarrollo continuo en estas áreas son esenciales para adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes y del sistema de salud.(1)

6. Actividades recomendadas para cumplir los objetivos específicos de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria .

6.1. Garantizar la captación de la población diana.

- Captación activa de pacientes, según Población Diana, que cumplan los criterios de inclusión. Para ello la EGCH realizará un circuito diario por las unidades susceptibles de tener pacientes vulnerables ingresados, donde comprobará los ingresos, estancias prolongadas y reingresos, entre otros datos.
- Captación por derivación de profesionales del Hospital: La captación en las Unidades de Hospitalización y/o Urgencias será realizada por las enfermeras, enfermeras supervisoras, trabajadoras sociales y profesionales de medicina, los cuales derivarán el caso a la EGCH, mediante:
 - **Vía telefónica.** En los casos que los profesionales de la Unidad estimen que han de ser visitadas por la EGCH en el mismo día.
 - **Informe de Derivación.** Que recoja un resumen de la situación clínica del paciente que justifique la necesidad de actuación de la EGCH. El Hospital asegurará el recibo de este informe por la EGC en el plazo máximo de 24 horas. La EGCH dará respuesta en el plazo de 24-48 horas a partir de la recepción del informe, excepto en fines de semana y festivos.
- Captación por derivación de profesionales de la *Unidad de Atención al Usuario*, mediante vía telefónica.
- Captación por derivación de *profesionales de Atención Primaria* (Enfermeras de Familia y Enfermeras Comunitarias de Enlace) mediante:
 - **Vía telefónica.** En los casos que las Enfermeras de AP estimen que el paciente ha de ser visitado por las EGC durante su estancia hospitalaria.
 - **Informe de derivación.** Que recoja un resumen de la situación clínica del paciente y justifique la actuación de las EGC cuando los ingresos son programados.

6.2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.

- Valoración Integral al paciente y cuidadora, recomendándose la estructura de valoración por patrones funcionales de M. Gordon o por necesidades de Virginia

Henderson. Se realizará una valoración focalizada cuando sea necesario, apoyándose en instrumentos como los incluidos en el documento: “Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente” editado por el Servicio Andaluz de Salud. Elaboración de un plan asistencial ajustado a las necesidades del paciente y cuidadora que ha de ser propuesto a los profesionales de referencia del paciente y / o cuidadora.

- Información al paciente y familia de los servicios que oferta y de las opciones de intervención a lo largo del proceso para fomentar la toma de decisiones compartida.
- Oferta de servicios de apoyo a la CUIDADORA PRINCIPAL: información, educación al cuidador, ayuda en la gestión de medios, movilización de redes e intervención en caso de Riesgo o Cansancio en el rol del Cuidador.
- Coordinación de actuación y planificación del alta con profesionales de la medicina y enfermeras responsables; así como realizar interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadoras sociales, fisioterapeuta, psicólogo...)
- Oferta de seguimiento telefónico tras el alta hospitalaria de forma reactiva, sirviendo de elemento de conexión para el paciente y cuidador principal con AH. Participación en la coordinación de ingresos solicitados desde AP.

6.3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria

Coordinación en la actuación de procesos que necesiten ingreso solicitado desde AP.

6.4. Gestión del material de apoyo en el domicilio fuera del catálogo de prestaciones en los casos que el alta dependa de dicho material.

Para ello, tendrán en cuenta las siguientes observaciones.

- *La EGCH*, previo al momento del alta, mínimo 4 días antes, realizará el protocolo de asignación de material ortoprotésico utilizado por la ECE y enviará al Coordinador de Enfermería del Distrito del paciente un informe que incluya la petición de materiales que necesite el paciente junto a la valoración de éste.
- *Los materiales que las EGC* podrán solicitar desde el Hospital serán: camas articuladas, colchones, barandillas y grúas. En la actualidad el circuito que hay establecido es el siguiente: Previa comunicación con EGCC se acuerda las posibles necesidades y es quién a través de una valoración del paciente, ya en domicilio, valora necesidad de dicho material.

- *La confirmación a esta solicitud del material* para el usuario no se realizará hasta que se corrobore su disponibilidad en el almacén del material solicitado, por parte de la Coordinación de Enfermería del Distrito.
- *La EGCH informará a la EGCC* referente de la fecha del alta para que ésta se coordine con la entidad responsable del transporte, con el fin de que el material solicitado esté en el domicilio en la fecha del alta. Facilitar la gestión de ayudas técnicas y recursos provistos desde AH para uso en AP: oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, quimioterapia, ayudas ortoprotésicas....

6.5. Gestión de citas y servicios pendientes previos al alta. En coordinación con Admisión y Gestoría de Usuarios.

6.6. Planificación del alta de pacientes con grandes necesidades de cuidados. Junto con las EAP cuando fuese necesaria y con la colaboración con todos los profesionales que se incluyan y sean necesarios en el proceso de alta.

6.7. Participación en la elaboración del Informe de continuidad. De cuidados en colaboración con la enfermera referente del paciente.

6.8. Participación en planes específicos de mejora de la continuidad. Las EGC realizarán y colaborarán en la captación, valoración y envío de los pacientes susceptibles de ser incluidos en el Plan de Continuidad Asistencial mediante seguimiento telefónico por Salud Responde.

6.9. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.

6.10. Participación en actividades de formación conjunta con los profesionales del Hospital y Atención Primaria.

6.11. Participación en las actividades programadas de formación.

En el Hospital dónde desarrolla su trabajo como EGCH. Sesiones específicas para personalización y continuidad de cuidado, sesiones clínicas, en proyectos de investigación, publicaciones, distintos protocolos, procesos, planes de cuidados, en todos los proyectos relacionados con cuidados, implantación de guías clínicas, mapa de cuidados, comisiones de Áreas. Colaboración en la implantación y desarrollo de la metodología enfermera. Coordinación con las Enfermeras de los distintos dispositivos de Salud Mental de

AP y AH en la puesta en marcha de mecanismos para el desarrollo de programas de cooperación entre ambas como: programas de interenlace, formación y asesoramiento.(Manual de la Gestión de casos en Andalucía.ECCH)Revisado Noviembre 2006(1).

7.Amenazas en la labor de la gestión de casos.

7.1.Falta de apoyo institucional.La disminución del respaldo de la administración y de la dirección de los hospitales puede impactar negativamente en la puesta en marcha de las prácticas de gestión de casos.

7.2.Recursos limitados.La escasez de personal y de recursos materiales puede limitar la capacidad de las enfermeras gestoras de casos para ofrecer atención adecuada y continua a los pacientes.

7.3.Sobrecarga laboral.Un aumento en la carga de trabajo puede dificultar que las enfermeras puedan gestionar adecuadamente la continuidad en los cuidados de los distintos pacientes susceptibles de su gestión.

7.4.Fragmentación de la atención.La falta de comunicación y coordinación entre diferentes niveles y servicios de atención puede generar pérdida en la información y duplicidades.

7.5.Cambios en la legislación y políticas sanitarias.La inestabilidad en las políticas genera incertidumbre a la hora de realizar el trabajo(1,14).

Tabla 2. Amenazas a la labor de EGCH.

1	Falta de apoyo institucional
2	Recursos limitados
3	Sobrecarga laboral
4	Fragmentación de la atención
5	Cambios en la legislación y políticas sanitarias

Fuente. (Manual de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud 2016.LA GESTIÓN DE CASOS HOSPITALARIA: AVANZANDO EN LA SOMBRA.(modelo de gestión de casos de reorientación de las prácticas profesionales).

JUSTIFICACIÓN

En España, la EGCH varía según la comunidad autónoma (CA). Su implementación es desigual y heterogénea, no habiéndose desarrollado aún normativa alguna que dé estabilidad a este nuevo profesional de enfermería. El Ministerio de Salud y las CCAA, tienen ahora la responsabilidad de crear normativa e institucionalizar a la EGC como modelo de práctica avanzada, con una definición clara de sus competencias y funciones, tal y como se ha hecho en otros países.(14). Aunque las actividades que pueden realizar las EGCH son las que aparecen en el Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud (Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud) no todas las realizan. Ya que el rol va a depender de la población que se atiende, la estructura y organización del hospital e incluso va a haber bastante variabilidad con respecto a las actividades de las EGCH (1).

El desarrollo profesional de la gestión de casos ha venido dependiendo de la forma de trabajar de cada profesional y su propio entendimiento de la gestión de casos, al igual que el apoyo institucional de su centro de trabajo o dirección de centro. Permitiendo que aparezcan profesionales que se reconocen como garantes del paciente a lo largo del camino por el sistema sanitario, incluyendo a sus cuidadores, y establecen al paciente como eje central del caso. Después están aquellos que son meramente suministradores de recursos. La ECGH como EPA en los hospitales supuso una mejora debido al aumento de los pacientes con gran complejidad de cuidados, son pacientes extremadamente frágiles y necesitan una enfermera de referencia hospitalaria que les den seguridad en ese proceso transicional al domicilio y estar en continuo contacto con atención primaria, al igual que apoye al cuidador en la toma de decisiones, disminuyendo el nivel de sobrecarga que ya presentan.

A fecha de 2024, en Andalucía hay 330 enfermeras de gestión de casos comunitarias y 56 EGCH, es difícil de concretar ya que los datos encontrados en la página de la Junta de Andalucía no están actualizados. Los datos obtenidos son de momento por información de las profesionales que trabajan de EGCH. En Andalucía el proceso de ser gestora de casos es un proceso de selección que va a conllevar a profesionales con madurez laboral, conocer sistema de salud, conocer los distintos niveles, conocimientos en diversas áreas y funcionamiento interno de la estructura hospitalaria, y eso conlleva que en la gestión de casos la edad media

suele ser de más de 30 años y se le pide una serie de competencias que no tiene una enfermera novel. No sólo conocimientos científicos,sino también una serie de características personales como empatía,capacidad de diálogo,asertividad,habilidades en solucionar conflictos,y todo se adquiere con la experiencia.

Tabla 3. Distribución de Enfermeras Gestoras de Casos por provincias en Andalucía en 2024.

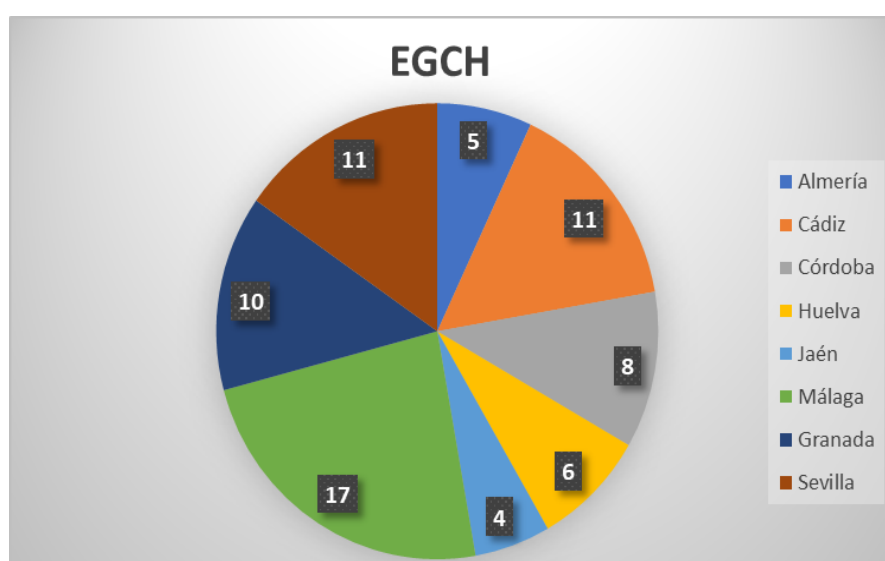
PROVINCIA.	Nº
Almería	5
Cádiz	11
Córdoba	8
Huelva	6
Jaén	4
Málaga	17
Granada	10
Sevilla	11*

Total: 72

Fuente.*Elaboración propia a partir de estadística del SAS 2024 e información directa.(contactando con cada una de las EGCH)*

*En Sevilla la dotación actual es de 10 EGCH,se ha jubilado una y está pendiente que se cubra su plaza.

Figura1.Distribución de EGCH en Andalucía.



Fuente.*Elaboración propia a partir de estadística del SAS 2024 .*

La variabilidad en la actividad profesional de las EGCH está influida por las nuevas políticas de salud y reformas en la gestión hospitalaria y por consiguiente la pérdida de empoderamiento y liderazgo del profesional. Esta variabilidad puede reflejar una falta en la estandarización de los procesos lo que provocaría desigualdades en el acceso y calidad de los servicios(15). A pesar de los avances y el reconocimiento de la importancia de la EGC, la gestión de casos ha enfrentado desafíos que han afectado a su desarrollo y consolidación en el sistema sanitario. Por ejemplo, la pandemia y las necesidades cambiantes de la población han resaltado la importancia de la gestión de casos, pero también han puesto de manifiesto las limitaciones existentes.

La reorientación de los esfuerzos hacia poblaciones específicas con necesidades complejas de atención es una de las respuestas que se han propuesto para abordar estos desafíos, aunque esto requiere un mayor apoyo y recursos institucionales. Pero a pesar de todo esto y durante los ya casi 20 años de la concepción de este modelo, se hace cada vez más necesario la estabilización de la profesional de gestión de casos sobre todo a nivel hospitalario, motivado por los cambios en la sociedad antes descritos y el aumento de comorbilidades en paciente mayores de 65 años.

Se percibe que hay una gran variabilidad en la actuación de las distintas EGCH no sólo a nivel de las distintas provincias si no también dentro de las mismas. Sin embargo sería de utilidad saber cómo viven las propias EGCH de Andalucía el ejercicio de su rol, cuáles son los aspectos que dificultan su trabajo a partir de sus experiencias y su percepción de variabilidad, y a qué podría deberse.

Se va a realizar un estudio cualitativo, pienso que este tema en particular ha sido poco explorado y no he encontrado mucha literatura al respecto en ningún grupo de EGCH. El estudio se ha centrado de momento en tres provincias de Andalucía de Andalucía por accesibilidad a la población de estudio (Almería, Granada y Jaén), si los resultados obtenidos son de interés se puede ampliar al resto de provincias en estudios posteriores.

OBJETIVOS.

General.

Conocer el momento que vive la gestión de casos en hospitales de las provincias de Almería, Jaén y Granada a partir de las experiencias de las propias enfermeras gestoras de casos hospitalarias, durante el período 2024-2025.

Específicos.

1. Identificar los distintos aspectos que puedan favorecer la variabilidad de la práctica profesional en opinión de las EGCH de las provincias de Almería, Granada y Jaén.
2. Identificar las distintas barreras y facilitadores para el desarrollo de la gestión de casos en hospitales de Almería, Granada y Jaén, causas que puedan favorecer la variabilidad de la práctica profesional en opinión de las EGCH de dichas provincias.
3. Explorar según la percepción de las EGCH las propuestas de mejora en el rol de gestión de casos en Andalucía.

METODOLOGÍA.

Diseño: Estudio cualitativo método fenomenológico.

Ámbito: Ámbito hospitalario, área de gestión sanitaria, zona Andalucía (Almería, Granada y Jaén)

Periodo de estudio. Comprende de julio 2024 a enero 2025

Población de estudio. Enfermería gestora de casos hospitalaria (EGCH) de Andalucía, perteneciente al Servicio Andaluz de Salud que desempeña su labor en centros de la zona Oriental de Andalucía, específicamente las provincias de Almería, Granada y Jaén, con más de 30 años de edad con un mínimo de 1 año de experiencia en el rol GC.

Criterio de exclusión no querer realizar entrevista y no firmar consentimiento informado de grabación de la entrevista.

Se realizará un muestreo intencionado a partir de la identificación de perfiles de profesionales de EGCH, para ello se utilizarán como **criterios de segmentación:**

- 1.Provincia andaluza dónde se realiza la labor como EGCH:Almería /Granada / Jaén
2. Situación de nombramiento como EGCH: Con nombramiento/ En funciones

Los perfiles resultantes son los siguientes:

- P1.EGCH de la provincia de Almería con nombramiento.
- P2.EGCH de la provincia de Almería sin nombramiento.
- P3.EGCH de la provincia de Granada con nombramiento.
- P4.EGCH de la provincia de Granada sin nombramiento.
- P5.EGCH de la provincia de Jaén con nombramiento.
- P6.EGHC de la provincia de Jaén sin nombramiento.

La captación de las EGCH se realizó a partir de la información existente,contactando con ellas vía telefónica y a través de la aplicación WhatsApp para solicitar la participación y en caso de aceptación se realizó envío de un formulario de consentimiento informado para ser firmado por correo electrónico antes de la entrevista, que autorizaba la grabación en video(Anexo 2).

Dimensiones de análisis

Tabla 4. Definición de Dimensiones de análisis.

DIMENSIÓN 1	Rol de la EGCH en el hospital: se refiere al papel como enfermera gestora de casos en el hospital y a las actividades que considera esenciales en su práctica diaria
DIMENSIÓN 2	Percepción de los factores que pueden influir en la variabilidad del rol: se refiere a lo relacionado con diferencias entre la gestión de un caso en su hospital frente a otros y a las adaptaciones para desempeñar el rol.
DIMENSIÓN 3	Barreras y facilitadores de la gestión de casos
DIMENSIÓN 4	Trabajo en evaluación centradas en paciente y persona cuidadora: se refiere a la realización de actuaciones para la evaluación y el seguimiento con respecto al resultado del ejercicio del rol de EGCH en pacientes y personas cuidadoras.
DIMENSIÓN 5	Propuestas de mejora para facilitar el ejercicio del rol, evitando o disminuyendo la percepción de variabilidad en opinión de la EGCH.

Técnica de recogida de información.

Entrevista semiestructurada, entendida como una conversación con el propósito de obtener conocimiento **Steinar Kvale** (en su libro *InterViews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*, 1996) que ofrece la posibilidad de recoger información con mayor profundidad que en grupo, se realizó a partir de un guión de preguntas relacionadas con los objetivos del estudio y el conjunto de dimensiones de análisis, el guión fue pilotado previamente (Anexo 1), la duración media de las entrevistas fue de 30/40 minutos, las entrevistas fueron realizadas por videoconferencia utilizando las aplicaciones Google Skype y Circuit, la mayor parte realizadas fuera de horario laboral adaptándose a la disponibilidad de la entrevistada, desde 20 noviembre hasta 23 diciembre del 2024, en la entrevista la entrevistadora adoptó la función de observadora, facilitando la aportación de información por parte de las entrevistadas. Las entrevistas fueron grabadas en video debido a la necesidad de contar con una transcripción

literal de los discursos recogidos para el análisis, esta transcripción se realizó a través del programa *Transkriptor*.

Se han realizado como mínimo dos entrevistas por perfil buscando la saturación del discurso. Una vez finalizada cada una, se utilizó un formato de control de calidad de la entrevista, a cumplimentar por la entrevistadora que permitía la incorporación de observaciones y una reflexión en torno al proceso seguido (Anexo 3).

Tipo de Análisis:

Se ha realizado un análisis de contenido de nivel semántico compuesto por un proceso de lectura comprensiva de los discursos recogidos contenidos en las transcripciones, codificación utilizando las categorías de análisis y descripción de las mismas también teniendo en cuenta los diferentes perfiles definidos. En el análisis la descripción de los discursos se refuerza desde el punto de vista del rigor extrayendo verbatim.

Criterios de calidad (Lincoln y Guba , 1985).

CREDIBILIDAD. Se han realizado entrevistas semiestructuradas, con un control de calidad (Anexo 3) se ha realizado la transcripción textual como respuesta a las distintas dimensiones de la entrevista, en el caso de duda de alguna pregunta se aclaraba y no presentó muchas dificultades el desarrollo del guión de entrevista. En todo momento se ajustó la muestra, perfiles y dimensiones de análisis a los objetivos al igual que los resultados obtenidos.

CONFIRMABILIDAD. Se ha realizado una transcripción literal de las grabaciones de cada entrevista, se recogen citas textuales y el contexto físico para la realización de la misma ha sido el elegido por cada entrevistada en todos los casos (domicilio o lugar de trabajo). Se describen las características de las entrevistadas, siendo todas EGCH en activo con un año mínimo en la labor de gestión de casos. Estando en todo momento la entrevistadora en el papel de observadora para no interferir en las opiniones.

TRANSFERIBILIDAD. Se describe con detalle la población elegida, en este caso EGCH de las provincias de Almería, Granada y Jaén, en activo, con más de 30 años de edad, con un año mínimo de trabajo en la labor de gestión de casos. Los distintos perfiles elegidos son los que aparecen en el apartado de la metodología de este informe.

DEPENDENCIA Y REPLICABILIDAD. En relación a estos criterios como técnica de recogida de información se utiliza la entrevista semiestructurada(guión Anexo 1) ,vía on line a través de las plataformas Circuit y Google Sky.Para poder realizar entrevista se ha solicitado consentimiento de grabación de la misma(Anexo 2).Las entrevistadas eran todas EGCH en activo y con una experiencia de mínimo un año en la labor de gestión de casos ,con nombramiento o en funciones,más de 30 años de edad.Se ha realizado la transcripción literal de las entrevistas y se ha utilizado la información de forma exacta al discurso .

RESULTADOS

Actualmente, la gestión de casos hospitalaria en Almería, Jaén y Granada sigue enfrentando retos importantes. A pesar de que la figura del EGCH lleva tiempo funcionando en los distintos centros, aún se perciben problemas que afectan tanto su labor como la manera en que se entiende su papel. Uno de los principales obstáculos es la falta de información o el desconocimiento que tienen algunos profesionales, especialmente los que acaban de incorporarse o aquellos de otros perfiles, como el médico, sobre su función y responsabilidades. Esto dificulta la coordinación y el trabajo en equipo dentro de los hospitales.Siendo esta percepción un discurso compartido entre los diferentes perfiles participantes.

“No valoran la anticipación de las altas o si necesitan alguna planificación por parte de enfermería.....la derivación es muy tarde...”(EGCH JAÉN, BAZA)

“muchos médicos internistas, me derivan el día del altamira que les digo que el alta no sea un viernesse puede descompensar el paciente durante el fin de semana... (EGCH LINARES, JAÉN)

“El desconocimiento de la gente ,no conoce lo que es nuestra gestión propia tienes que ir explicando en qué consiste y a qué nos dedicamos.....muchas veces nos confunden con la trabajadora socialpero me extraña más cuando me encuentro con los profesionales que no nos conocen.... “(EGCH ,Granada)

“...vas un poco a sobrevivir...es verdad que muchos no saben ni cuál es tu trabajo ...” (EGCH, Granada).

Se presenta diferencias en el discurso de las distinta EGCH en relación al cómo realizan las actividades, atendiendo sobre todo, más que a la forma de contratación(en funciones o por nombramiento) a cómo pueda haber sido su incorporación al equipo de trabajo, si se le ha dado más o menos valor al rol de gestión de casos en el Centro y esto se recoge de manera transversal independientemente de la provincia en la que se trabaje..

....."pues bueno aquí está la enfermera gestora de casos y bueno pues aquí estás y ahora ve y te vas presentando por el hospital...los que tienen que colaborar conmigo son los especialistas y eso faltó"....(EGCH LINARES,JAÉN)

..."me fueron presentando las distintas compañeras por los distintos servicios,las coordinadoras"...(EGCH GRANADA)

Con respecto a la percepción de variabilidad en la gestión de casos, se recoge una variedad de opiniones, que van desde que no hay variabilidad a su existencia, y que ésta es más dependiendo de la persona que realiza el rol que de la propia gestión.

...."yo he visto como EGCH trabajan muy parecido ,sin embargo otras trabajan totalmente diferente...depende más de la involucración de la persona"...(EGCH LINARES).

..."en cierto modo hemos sido elegidos de una manera o de otra..son formas de ser esa energía ,esa sensibilidad ...este perfil de gestión de casos es primordial".....(EGCH GRANADA)

En relación con los distintos aspectos que puedan favorecer la variabilidad de la práctica profesional en opinión de las enfermeras entrevistadas, se coincide en que ésta se apoya más en la comorbilidades y patologías complejas de la población que atienden,que en las características sociodemográficas poblacionales de cada provincia.

Atendiendo a los discursos que se pueden ir viendo a lo largo del estudio, pueden contribuir a la variabilidad el apoyo institucional y la disponibilidad de recursos para realizar el trabajo.El desconocimiento que puede existir en los centros del rol de la EGCH es otro factor importante, que junto con la falta de autonomía profesional,las características de la interrelación con distintos niveles, la propia infraestructura del Centro y la organización del sistema de los distintos hospitales , pueden afectar hasta tal punto de condicionar la realización o no de la captación activa de la población diana.

La diferencia en cuanto a la provincia específica no parece ser un aspecto que en opinión de las profesionales pueda influir de manera considerable en la variabilidad de su labor. Influye más el tipo de población atendida.

....."en el hospital,es una población más envejecida...y el soporte familiar influye mucho ..porque un niño tiene normalmente a su padres..pero en pacientes de 60-70 años con patologías a veces no ... ahí estamos viendo la soledad"(EGCH GRANADA).

..."yo veo que fundamentalmente es el tipo de población que en estas zonas rurales es muy envejecida "....(EGCH BAZA)

En relación a los elementos facilitadores y barreras para la labor de gestión de casos,se coincide en señalar que las características del hospital (su tamaño y organización) ,la infraestructura del mismo y el apoyo institucional pueden condicionar la labor y que ésta pueda ser más o menos fácil.Con respecto al apoyo institucional sorprende que los discursos apunten a un abanico de situaciones muy distintas, desde el total apoyo de la Dirección hasta ninguna consideración.

..."Con respecto a mi dirección tengo el apoyo al cien por cien y eso para mí es un gran apoyo"....(EGCH LINARES, JAÉN)

....".mi centro lo veo un poco hostil,el hecho de ser muy grande,con mucho personal,muchísimos servicioscuesta un poco adaptarse...en otros Hospitales.....se puede realizar más captación activa y aquí no" ... (EGCH GRANADA).

..."con respecto al apoyo institucional hay veces que me siento sola" ... (EGCH JAÉN)

..."a nivel institucional a mi me da la sensación,cómo de que estamos ahí,de que no hacemos ruido,pero consideración poca,la persona que está por encima de nosotras (jefa de bloque)sí que está pendiente de nosotras"(EGCH GRANADA)

... ."Yo lo tengo más fácil en hospitales más pequeñitos,donde todo es más como familia."(EGCH LINARES, JAÉN)

...."Sí que hay diferencia ,en nuestro hospital,no podemos hacer captación activatenemos tanto trabajoes un hospital muy jerarquizado...(EGCH GRANADA)

....."al ser un hospital más pequeño,pues el contacto con los profesionales,enfermería,especialistas es más cercano....yo diariamente estoy por las unidades.."(EGCH BAZA)

Otro aspecto en el que hay bastantes discursos coincidentes en cuanto a las barreras son la burocracia y las gestiones administrativas...

....."los programas informáticos no facilitan...yo tengo que ir a pie de cama con mi papel hago la valoración y luego todo eso la transcribo al ordenadorestamos trabajando doble...cuántas enfermeras van ya con iPad?".....(EGCH GRANADA)

...."el trabajo administrativo,al tener que escribir tantísimo hace que si tu quieres llegar a todo, te lleves trabajo a casa...el trabajo burocrático quita mucho tiempoperdemos mucho tiempo llamando a puertas"....(EGCH LINARES, JAÉN)

Llama la atención que hay discursos que comparten la percepción de que el papel de gestión de casos no es conocido por los propios profesionales que lo nombran, refiriéndose a la estructura de Dirección.

....y lo mejor ni nuestros propios jefes saben verdaderamente hasta dónde llegamos...habría que darle más visión a nuestro papel...(EGCH LINARES, JAÉN)

Con respecto al trabajo en evaluación de los resultados de la gestión de casos , se coincide en relacionar únicamente el indicador de satisfacción del paciente y de la persona cuidadora como evaluación, no se piensa en adherencia al tratamiento ,calidad de vida ,aumento en la autogestión de la salud, entre otros.

...."me guio muchas veces con la opinión del propio paciente y del cuidador...si hay una mayor satisfacción con un profesional o con otro"..(EGCH GRANADA).

..."el éxito de mi trabajo yo no lo puedo valorar,lo tienen que valorar los demás...los pacientes y los compañeros que ven tu trabajo y las cuidadoraslas grandes olvidadas..(EGCH LINARES, JAÉN).

Existe un discurso compartido que atribuye la variabilidad en el ejercicio del rol en los hospitales de estas provincias a la falta de comunicación entre las distintas EGCH, la forma de trabajar de cada una y la estructura hospitalaria.Se reconoce la existencia de Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud, de una "Guía de reorientación de las prácticas

profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud”, pero, no se lleva a la práctica en su totalidad porque se considera que no es muy operativo el adaptarlo a la dinámica y actual estructura organizativa de los hospitales en la realidad. Existen algunos aspectos que son más complicados ponerlos en práctica como por ejemplo la comunicación de las altas en tiempo o reconocer por parte de los profesionales qué pacientes son susceptibles de GC.

En cuanto a propuestas de mejora en el rol de gestión de casos, las personas entrevistadas coinciden en la necesidad de aumentar la difusión sobre la propia figura de EGCH, reuniones y comunicación entre las distintas profesionales y formación de las profesionales.

“quizás habría que refrescar, de vez en cuando, lo que es la difusión y la implementación de la figura ,nosotros empezamos hace 17 años ,pero pocos recordatorios se han hecho y sobre todo a la hora de incorporar nuevos profesionales ,no nos conocen o se les olvida a los supervisores, con lo que creo que tenemos que estar coordinados y establecer pautas de actuación.” (EGCH JAEN).

....”creo que las reuniones, comunicarnos..hablar de casos...para seguir todas las mismas estrategiaspero no sabemos exactamente cómo actúan otras compañeras ,es verdad que como siempre vas con prisa....(EGCH GRANADA)

...”Debe de haber unos estándares que sepan todos lo relacionados con la gestión de casosy darnos herramientas ...para actuar con más independencia”juntarnos todos ,más reuniones”...(EGCH LINARES, JAÉN)

....”por ejemplo,los últimos cursos que hemos estado haciendo de la actualización de GC me parece que ayudan a unificar un poco ,por lo menos los criterios para todas las gestoras.Me parece que está bien toda esa información y cursos que se hacen”....(EGCH JAÉN)

DISCUSIÓN

La junta de Andalucía a raíz de la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), vió la necesidad de la formación de un nuevo profesional que se encargará de coordinar las transiciones de un paciente del hospital a su domicilio y apoyará al paciente y su familia a través de su tránsito por el sistema de salud. Se dió forma al profesional de Enfermera Gestora de casos en Hospital. Se publicó un manual de reorientación de prácticas de este

profesional. Se comprobó y se demostró su eficacia a través de literatura y evidencia .Pero no todas las EGCH trabajan de la misma forma y a esto apuntan las experiencias recogidas en este estudio.

Según el anuario estadístico de Andalucía con datos actualizados hasta 2024 en las provincias del estudio se destacan una serie de características poblacionales que podrían relacionarse con diferencias en el rol de las EGCH, sin embargo llama la atención que los resultados no evidencian discursos diferentes que se relacionen directamente con la provincia y estas características.

En Granada, desde 1950 se ha ido viendo un descenso poblacional en muchos municipios del interior,dónde se cuenta con áreas rurales dispersas sobre todo en comarcas como la Alpujarra y áreas de alta montaña como Sierra Nevada. Observándose que el 80% de la población de Granada se concentra en 40 municipios de los cuales la mayoría se encuentran en el área metropolitana de la capital y la Costa.Esta provincia se enfrenta a un envejecimiento progresivo,especialmente en zonas rurales que unido a la elevada prevalencia de enfermedades crónicas asociadas a la edad y la dispersión de los distintos servicios, genera un gran desafío en la atención sanitaria para garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial.Los centros de salud y puntos de atención continuada (PAC) juegan un papel muy importante en estas zonas rurales de difícil acceso. Granada como ciudad universitaria cuenta con una población joven y sana, pero, expuesta a riesgos por su etapa vital y tendencia a conductas de riesgo (hábitos tóxicos ,riesgo de ITS) está concentrada en la capital y realiza un mal uso del sistema,con tendencia a acudir más a urgencias que a la atención primaria. Esta provincia tiene una elevada tasa de población inmigrante a fecha de 2023 hay unos 10.723 contratados extranjeros(Instituto de Estadística y cartografía de Andalucía), de los cuales gran parte trabajan en el sector agrícola de la Vega Granadina y el poniente Granadino por lo que para la atención desde el Sistema Sanitario se necesita una serie de adaptaciones culturales y lingüísticas.

Con respecto a la provincia de Jaén, ésta comprende áreas de Jaén,Jaén Nordeste,Jaén Norte y Jaén Sur, hay que decir que tiene una población diversa con unas características relacionadas con su distribución geográfica y socioeconómica,en esta provincia hay una gran dispersión territorial,con numerosos municipios de pequeño tamaño y una población predominantemente rural lo que dificulta el acceso y la continuidad asistencial.Tiene un alto porcentaje de población de mayores de 65 años,hay una gran tasa de desempleo y situaciones

de vulnerabilidad social. Hay una gran presión asistencial en AP los distritos de Jaén Norte y Jaén Sur, se encuentran entre los más saturados de Andalucía. En Jaén Norte se atienden una media de 39,20 pacientes /día es una de las cifras más altas de la comunidad lo que no se refleja con la misma magnitud en Almería y Granada. Jaén conocida por su producción de aceite de oliva cuenta con una población laboral expuesta a riesgos laborales específicos de la actividad, por lo que la atención sanitaria en esta zona incluye medidas preventivas y de tratamiento derivadas de estas actividades. Observándose una saturación de los servicios sanitarios en la etapa de recogida de la aceituna.

En la provincia de Almería, que incluye las áreas de Almería, Levante - Alto-Almanzora y Poniente de Almería, en las zonas rurales el envejecimiento es un rasgo predominante lo que conlleva una elevada incidencia de enfermedades crónicas con mayor necesidad de cuidados prolongados. En las zonas costeras se concentran una gran densidad demográfica en la temporada turística por lo que van a necesitar más servicios en atención primaria y de emergencias. En la zona de Poniente debido a su actividad agrícola atrae una gran cantidad de trabajadores inmigrantes, que requieren una atención médica sensible a las diferencias culturales, idiomáticas y a las condiciones laborales que impactan en su salud, existiendo programas específicos para atenderlos. A la hora de la distribución de recursos y a pesar de los esfuerzos del sistema andaluz de por realizar un reparto equitativo de los mismos, hay una limitación en la rapidez y disponibilidad de los servicios especiales.

Existe una gran diferencia en la dotación de personal y distribución de centros sanitarios que reflejan la variabilidad en la capacidad sanitaria entre las provincias de Granada, Jaén y Almería. Siendo Granada la más poblada seguida de Almería y Jaén. Presentando diferencias en el acceso a los servicios sanitarios por localización geográfica, clima y distribución de los servicios de salud(16,17).

Limitaciones del estudio. A la hora de selección de las participantes ha supuesto bastante problema el poder realizar las entrevistas por problemas de tecnología, por disponibilidad de las propias participantes, han habido bastantes negativas, por falta de tiempo, por la propia época de su realización (época vacacional) e incluso por propia saturación en horario laboral como para realizar entrevistas del mismo tema en su tiempo de descanso. A la hora de realizar el estudio y obtener resultados, se obtiene información a través de los discursos, no se pueden comparar con otros estudios ya que no se han encontrado relacionados con este tipo de población(EGCH). La triangulación no se ha podido realizar al existir un único investigador, pero

se han tenido en cuenta otros criterios de calidad para asegurar la validez y confiabilidad de los resultados del estudio.

Se siguen sin solucionar problemas que ya se presentaban a los inicios de su implantación como se observa en los discursos. Por lo expuesto aquí, quizás se tengan que modificar más el papel de gestión. Se coincide en lo necesario que es este papel para la atención al paciente complejo, pero el hecho de tener poca autonomía y depender de muchos profesionales le resta operatividad al puesto.

Según los resultados, se observa variabilidad en la gestión de casos debido al perfil o implicación del propio profesional más que debido a la propia gestión. Si que existe una variabilidad por factores que influyen negativamente en la gestión. Cómo son: apoyo de dirección, conocimiento del rol por parte de profesionales, colaboración de los distintos especialistas, disminución de los aspectos burocráticos, administrativos y darle más independencia a la EGCH como más capacidad de gestión.

La bibliografía encontrada acerca de las distintas amenazas de la labor de gestión de casos, se ve apoyada por todos los discursos de las EGCH.

Dicho también por las propias EGCH, proponen actualizar el Manual de Gestión de casos. También se hace conocer la falta de formación y que se puede solucionar incrementando el número de cursos y másteres de actualización. Al igual que sería muy recomendable realizar reuniones provinciales para conocer los distintos protocolos que funcionan y poder adaptarlo al resto de hospitales, favoreciendo una continuidad en la línea de trabajo de la gestión de casos hospitalaria.

Según la experiencia de gestión de casos de las distintas EGCH, la variabilidad se debe a aspectos más profundos dentro del propio entramado del SAS. Los problemas existentes son relatados tanto por EGCH de 18 años de profesión como las que llevan menos de un año. Sin parecer que pueda influir el hecho de estar con nombramiento o en funciones. Llama la atención el hecho de que algunas compañeras no quisieran llevar a cabo la entrevista argumentando que fuera de su horario laboral, no estaban dispuestas a seguir hablando de la gestión de casos.

Líneas futuras de investigación. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos sería interesante medir con qué frecuencia estos factores puedan influir en la variabilidad que se presenta en

los distintos centros,esto se podría operativizar utilizando un método cuantitativo con la técnica de encuesta.

Resultados principales.Con respecto a los resultados principales ,y a través de los discursos de las participantes se obtiene referencia percibida más relacionada con aspectos como apoyo institucional, la formación,población atendida y conocimiento de los distintos profesionales del rol de gestión de casos.En el estudio, a pesar de que se pueda pensar que la diferentes poblaciones de las provincias incluidas pueda influir en esa variabilidad ,según los discursos no parece que sea determinante cualitativamente hablando. Atendiendo al discurso de las EGCH, se observa que la variabilidad también se ve influida por la estructura del hospital.No se percibe el concepto de variabilidad como tal ,pero si el hecho de la existencia de barreras para realizar el rol.Existen propuestas de mejora relacionadas con información ,formación, comunicación y espacios comunes de encuentro donde poner en marcha las distintas propuestas.Atendiendo a los discursos recogidos, parece que el hecho de estar con nombramiento o en funciones no es determinante a la hora de expresar variabilidad para realizar la labor de EGCH ,parece ser algo más transversal de la institución.

CONCLUSIÓN

Según todo lo expuesto el momento actual que vive la gestión de casos no difiere mucho de hace 18 años, ya que se siguen planteando los mismos problemas, sin que interfiera ni población atendida, ni nombramiento del puesto, ni la provincia.

Como aspectos que puedan influir en la variabilidad, se presentan organización hospitalaria, apoyo institucional y presentación del profesional ante los distintos profesionales, burocracia y excesivas tareas administrativas, pérdida de autonomía del rol al depender de muchos profesionales.

A la hora de exponer las barreras y facilitadores se suelen corresponder con los aspectos que influyen en la variabilidad del rol.

Como aspectos de mejora se coincide en mayor formación, conocimiento por parte de los profesionales del rol de gestión de casos, apoyo de la institución e incorporación al organigrama de forma adecuada y conocimiento por parte de las direcciones del rol de EGCH, comunicación y reuniones entre las distintas EGCH para intentar llevar a cabo los distintos planes de mejora de la profesión.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores reflejan que no hay conflicto de intereses a la hora de realizar el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Servicio Andaluz de Salud [Internet]. [citado 6 de septiembre de 2024]. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud: Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la Gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/modelo-de-gestion-de-casos-del-servicio-andaluz-de-salud-guia-de-reorientacion-de-las-practicas>
2. Calcerrada Díaz-Santos N, Estirado Gómez A, González Santamarta M, Mouzo Rueda N, Paz Sánchez M, Vilorio Baraja R. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024. [citado 2024 sep 6]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
3. Rihuete Marín A, Anguas Gracia A. Revisión bibliográfica. La enfermera gestora de casos y los pacientes crónicos complejos. Comparativa entre dos comunidades autónomas: Andalucía y Aragón. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2023.
4. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. *Enferm Clin*. 1 de enero de 2014;24(1):79-89.
5. Investigación RS. Enfermera gestora de casos. Revisión sistemática [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2024 [citado 6 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermera-gestora-de-casos-revision-sistemica/>
6. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*. 1 de enero de 2014;24(1):23-34.
7. Mechanic D, Rochefort DA. Deinstitutionalization: An appraisal of reform. *Annu Rev Sociol* [Internet]. 1990;16(1):301-27. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2083272>.
8. Drennan V, Goodman C, Manthorpe J, Davies S, Scott C, Gage H, et al. Establishing new nursing roles: a case study of the English community matron initiative. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(19-20):2948-57.
9. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS [Internet]. [citado 2025 ene 1]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
10. Ministerio de Sanidad - Áreas - Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/home.htm>
11. deGloria M, Leufer M, otros. *Nursing: A Concept-Based Approach to Learning*. 3.ª ed. Boston: Pearson; 2021. Este libro aborda conceptos clave en la enfermería y puede contener secciones que discutan el papel histórico de las enfermeras en la gestión de casos.
12. Alligood R, editor. *Areas for further development of theory-based nursing practice*. En: *Nursing theory: Utilization & application*. St Louis: Elsevier; 2014. p. 414-24.
13. D'Antonio P. Thinking about place: researching and reading the global history of nursing. *Texto contexto - enferm*. diciembre de 2009;18:766-72.
14. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica*. 1 de marzo de 2019;29(2):99-106.
15. Wiley.com [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2024]. Mejorar la atención al paciente: la

- implementación del cambio en la atención sanitaria, 2.^a edición | Wiley. Disponible en:
<https://www.wiley.com/en-us/Improving+Patient+Care%3A+The+Implementation+of+Change+in+Health+Care%2C+2nd+Edition-p-9781118525975>
16. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. ¿Qué es el IEA? Funciones [Internet]. [citado 11 de enero de 2025]. Disponible en:
<https://ws089.juntadeandalucia.es/ieagen/iea/quees/quees.htm>
17. Junta de Andalucía - Portal oficial [Internet]. [citado 4 de diciembre de 2024]. Disponible en:
<https://www.juntadeandalucia.es>

ANEXO

1. Entrevista

A.- PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

Buenos días/tardes.

Mi nombre es estoy realizando un trabajo con la finalidad de desarrollar un estudio a cerca de la variabilidad y el momento actual de la gestión de casos hospitalaria

Debido a tu experiencia como profesional en la gestión de casos..... de este hospital, me gustaría conocer tu opinión sobre este tema, por lo que necesitaría que me concedieras(no más de 60 minutos) para conversar.

Solicito permiso para la grabación de la entrevista (**siempre se debe firmar**)

Y garantizo en todo momento la confidencialidad de la información

B-DESARROLLO DEL GUIÓN:

Dimensión 1. Papel como EGCH.

1. ¿Podrías explicarme tu papel como enfermera gestora de casos en el hospital?
2. ¿En tu opinión cuáles son las actividades que consideras esenciales en tu práctica diaria?
- 3..Con tus propias palabras cómo definirías la elección de los pacientes que son susceptibles de la gestión de casos y tipo de objetivos que te planteas con ellos.

Dimensión 2. Variabilidad profesional.

- 1.En tu práctica diaria ¿has observado diferencias entre la gestión de un caso en tu hospital frente a otros?
- 2.Según tu opinión cuáles serían los factores pueden influir en esas diferencias.
- 3.Dime si, según tú experiencia, ¿cuál sería la influencia de la infraestructura del hospital en tu práctica diaria?
4. ¿Y en relación con el tamaño de la población cuál podría ser la influencia en la gestión de casos?
5. Si ves otro factor ¿me lo puedes comentar?
6. ¿Cómo has tenido que adaptar tu práctica de EGCH a las particularidades de tu hospital?

Dimensión 3. Barreras y facilitadores.

1. ¿Me puedes explicar las barreras con las que te enfrentas en tu labor de gestión?
2. ¿Cómo gestionas los recursos actuales entre los usuarios?
3. Dentro del apoyo institucional ¿En tu opinión cuál sería el apoyo necesario por su parte?
4. ¿Sientes que tienes el respaldo y las herramientas necesarias para realizar tu trabajo? No preguntar y esperar que salga del discurso.

Dimensión 4. Trabajo en seguimiento y evaluación

1. ¿Cómo evalúas los resultados de tu trabajo en pacientes y cuidadores?
2. ¿Cuáles indicadores utilizas para medir el éxito de tu trabajo?

Dimensión 5. Aspecto de mejora.

1. Si pudieras cambiar algo en el actual sistema de casos, ¿qué cambiarías y por qué?
2. Según tu opinión ¿qué recomendarías para reducir la variabilidad en la gestión de casos?

¿Le gustaría añadir algo más?

DESPEDIDA:

Y para finalizar...

AGRADECER ENORMEMENTE LA COLABORACIÓN PRESTADA para la realización de este trabajo y por la ayuda para poder mejorar.

2. Declaración de consentimiento informado sobre la participación en una entrevista.

Por la presente, le hago partícipe de la labor que desde el Máster permanente de Enfermería avanzada 3ª edición, se realiza con el objetivo de conocer el estado actual y la variabilidad de la gestión de casos en Andalucía, se va a realizar la recopilación de las percepciones de las Enfermeras de casos de las provincias de Jaén, Almería y Granada a través de entrevistas grabadas. La recopilación de dicho material se está llevando a cabo a través del alumnado que cursa el citado Máster. En su caso, el proceso de recopilación y tratamiento de la información será desarrollado por D./Dña. BELÉN JIMÉNEZ GARCÍA.

Para poder alcanzar dichos objetivos es necesario realizar una entrevista que versará sobre distintos aspectos del tema expuesto. Toda la información recopilada a lo largo del proceso será tratada con las exigencias requeridas por la legislación vigente en relación a la protección de datos.

Es por ello que, D./ Dña _____, con DNI _____ manifiesta que:

1. He leído y comprendido toda la información señalada en esta declaración.
2. He sido informado/a de los objetivos principales de la actividad desarrollada.
3. He sido por lo tanto informado/a de que los resultados de esta experiencia serán protegidos con las garantías que establece la legislación vigente (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales)

Y, tras su lectura.

☐ autorizo a poder realizar la grabación de la entrevista.

En _____, a _____ de _____ 2024

Fdo. _____

3.Formato de control de calidad de una entrevista.

Entrevistador		
Entrevistado:		
Fecha:	Lugar	
Tiempo de la entrevista (minutos)	Empieza	Termina
☐	Entrevista realizada	
☐	No asistió el entrevistado	
☐	Negativa	
☐	Sustitución por otra persona ¿quién?	
☐	Otros problemas (especificar) _____	
Formato de entrevista: Con grabación ☐ Sin grabación ☐		
Valoración GLOBAL de la entrevista		
La entrevista aportó información		
☐	Mucha	
☐	Suficiente	
☐	Insuficiente	
☐	Ninguna	
¿El entrevistado estuvo cómodo durante la entrevista?		
☐	Sí	
☐	No	
	¿Por qué?	

Alguna/s pregunta/s le resultaron incómodas de responder

☐

No

☐

Sí

¿Por qué?

¿Se produjeron interrupciones durante la entrevista?

☐

Sí

☐

No

La colaboración del entrevistado ha sido:

Ninguna	1	2	3	4	5	Total
---------	---	---	---	---	---	-------

El guión de entrevista resultó ágil y eficaz

Poco ágil y eficaz	1	2	3	4	5	Muy ágil y eficaz
--------------------	---	---	---	---	---	-------------------

En general la calidad de la entrevista realizada, en su opinión, es:

Muy mala	1	2	3	4	5	Muy buena
----------	---	---	---	---	---	-----------

OBSERVACIONES