MINISTERIO
DE SANIDAD

## ANEXO I

**CONVOCATORA DE BBPP 2025-2026**

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD SOLICITANTE:** GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA SERVICIO REIOJANO DE SALUD ( SERIS) | |
| **NOMBRE DE LA ENTIDAD:** GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA SERVICIO REIOJANO DE SALUD ( SERIS) | |
| | |
| **NOMBRE, APELLIDOS Y PUESTO DE TRABAJO DEL COORDINADOR DEL CENTRO QUE PRESENTA LA PROPUESTA:**<br>Mª VICTORIA MUSITU PÉREZ. DIRECTORA ENFERMERÍA GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA | |
| **PUESTO DE TRABAJO:** DIRECTORA ENFERMERIA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA | |
| **NOMBRE, APELLIDOS Y PUESTO DE TRABAJO DE LAS PERSONAS QUE COLABORAN EN LA PROPUESTA:**<br>• Begoña Ganuza Bernaola<br>• Mª Victoria Musitu Pérez<br>• Antonio Barceló López<br>• Laura Bea Berges<br>• Mª Cristina Pascual Navajas<br>• Susana del Val Anduaga<br>• Eduardo Garoe Fernández García<br>• Javier Merino Iñiguez<br>• Cortijo Cima Esquivel | |

MINISTERIO DE SANIDAD

## ANEXO II

**Área a la que se presenta:**
Estrategia de Abordaje de la Cronicidad
**Número del área:** 6
**Temática dentro del área:** Coordinación sociosanitaria en Atención Primaria
**Letra dentro de la temática:** C

**TÍTULO O DENOMINACIÓN DE LA BUENA PRÁCTICA:**
Coordinación Sociosanitaria y Atención Primaria: Haciendo Visible lo intangible

**Justificación de la propuesta:** (máximo 500 palabras)**:**
En este apartado debe explicarse por qué se presenta la buena práctica: cuál es el problema o necesidad de salud que aborda, su relevancia en el marco de la convocatoria, la magnitud o urgencia del tema y el valor añadido que aporta respecto a lo ya existente.

El progresivo envejecimiento de la población en La Rioja ha incrementado de forma significativa el número de personas mayores institucionalizadas en residencias, caracterizadas por alta fragilidad, pluripatología, poli medicación y elevada demanda asistencial. Este perfil clínico complejo requiere una atención sanitaria integral, continuada y coordinada, que supere la fragmentación tradicional entre niveles asistenciales.

En la actualidad, aunque existen iniciativas de calidad impulsadas desde distintos servicios (Hospitalización a Domicilio, Cuidados Paliativos, Geriatría de Enlace y experiencias piloto de soporte desde Atención Primaria), la atención a las personas institucionalizadas presenta variabilidad organizativa y una elevada presión sobre los cupos de Atención Primaria, especialmente en zonas con alta concentración de residencias como la ZBS La Guindalera. Esta sobrecarga compromete la longitudinalidad, elemento clave para garantizar calidad, seguridad clínica y eficiencia.

La propuesta plantea un modelo estructurado de coordinación entre Atención Primaria, nivel hospitalario y ámbito sociosanitario, posicionando a la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema. Para ello, se crea un Equipo de Soporte de Atención Primaria en Residencias, dependiente de la Gerencia de Atención Primaria, con funciones de análisis de necesidades, coordinación asistencial, optimización de recursos, mejora de circuitos y seguimiento de indicadores de calidad.

El valor diferencial de esta iniciativa radica en:

- Enfoque integral y centrado en la persona, que contempla no solo la enfermedad sino la fragilidad, funcionalidad y entorno social.
- Trabajo multidisciplinar y entre niveles, favoreciendo interconsultas ágiles, rutas asistenciales definidas y comunicación bidireccional. Incorporación de nuevos perfiles profesionales.
- Optimización de recursos y reducción de ineficiencias, evitando duplicidades, ingresos hospitalarios evitables y derivaciones inadecuadas.
- Impulso a la digitalización y uso de sistemas de información compartidos (SELENE AP) para monitorización de indicadores y seguimiento estructurado.

- Evaluación mediante indicadores alineados con el Contrato Programa y estrategias del Sistema Nacional de Salud, garantizando medición de resultados y posibilidad de replicabilidad.

- El proyecto incorpora además un análisis demográfico y de carga asistencial real por residencia y cupo médico, permitiendo una planificación basada en datos y la adopción de medidas correctoras ajustadas a cada contexto. La implementación piloto en la ZBS La Guindalera, por su elevada concentración de centros sociosanitarios, facilita evaluar impacto asistencial, calidad percibida y sostenibilidad organizativa antes de su extensión al resto de zonas básicas de salud.

- Esta propuesta constituye una buena práctica por su carácter innovador en la organización asistencial, su alineación con las estrategias de cronicidad y fragilidad, su orientación a resultados medibles y su potencial de escalabilidad. Contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas, refuerza la sostenibilidad del sistema sanitario y promueve un modelo cohesionado, eficiente y centrado en el paciente.

**Contenido de la propuesta** (máximo 500 palabras**):** Aquí debe ofrecerse una visión global de la práctica: en qué consiste de forma general, a quién se dirige, cómo se organiza a grandes rasgos, qué nivel territorial abarca y qué elementos diferenciales o innovadores la caracterizan.

El proyecto “Plan de Asistencia Sanitaria a Pacientes Institucionalizados en Residencias de Mayores” tiene como objetivo implantar un modelo organizado, coordinado y evaluable de atención sanitaria para las personas residentes en centros sociosanitarios de La Rioja, situando a la Atención Primaria como eje vertebrador y garantizando la integración efectiva con el nivel hospitalario.

La propuesta parte de un análisis demográfico y asistencial de las residencias y de su impacto en los cupos de Atención Primaria, con especial pilotaje en la Zona Básica de Salud (ZBS) La Guindalera. Este análisis incluye número de residentes, complejidad clínica, carga de crónicos, recursos humanos disponibles y presión asistencial generada. Con base en estos datos, se diseñan intervenciones adaptadas a cada centro.

El elemento central del proyecto es la creación de un Equipo de Soporte de Atención Primaria en Residencias, dependiente de la Gerencia de Atención Primaria, con funciones de coordinación, apoyo clínico y mejora organizativa. Este equipo actúa de forma complementaria a los profesionales de los cupos, sin sustituir la longitudinalidad asistencial, reforzándola y garantizando equidad en la atención.

Las principales líneas de actuación son:

- Análisis individualizado de cada centro sociosanitario, identificando necesidades asistenciales, recursos disponibles y posibles carencias médicas o de enfermería.

- Planificación conjunta con los equipos de Atención Primaria, estableciendo cronogramas de visitas, circuitos asistenciales claros y rutas individualizadas para pacientes complejos.

- Coordinación estructurada entre niveles asistenciales, incluyendo:
- Protocolo de ingreso directo en Hospitalización a Domicilio.
- Coordinación con la Unidad de Cuidados Paliativos.
- Interconsulta y trabajo conjunto con Geriatría de Enlace.
- Definición de circuitos con urgencias extrahospitalarias.
- Optimización farmacoterapéutica y deprescripción, especialmente en pacientes pluripatológicos y frágiles.
- Mejora de la calidad de las derivaciones hospitalarias, asegurando pertinencia clínica y continuidad de cuidados tras el alta.
- Impulso a la digitalización y comunicación bidireccional, utilizando SELENE AP como herramienta de registro, seguimiento y coordinación.
- El proyecto incorpora un sistema de indicadores sociosanitarios alineados con el Contrato Programa del SERIS y con la Estrategia de Promoción y Prevención del SNS, que permitirá monitorizar resultados en términos de actividad, calidad asistencial, adecuación de derivaciones, seguimiento de fragilidad y uso de recursos. Se contempla la utilización del formulario de cribado y seguimiento de fragilidad para homogeneizar la valoración clínica.

El pilotaje en la ZBS La Guindalera permitirá evaluar impacto en presión asistencial, coordinación interprofesional, calidad de la atención y resultados en salud. Al finalizar el periodo establecido, el Equipo de Soporte elaborará un informe de evaluación que incluirá análisis cuantitativo y cualitativo, identificando mejoras organizativas y áreas de optimización.

Si los resultados son favorables, el modelo será escalable y transferible al resto de zonas básicas de salud de La Rioja.

En definitiva, la propuesta define un modelo estructurado, medible y replicable que mejora la atención a personas mayores institucionalizadas, fortalece la coordinación entre niveles y contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario mediante una gestión más eficiente y centrada en el paciente.

1. **Población diana / ámbito de aplicación** (máximo 150 palabras)

**Población diana**

La población diana está constituida por las personas mayores institucionalizadas en residencias de la Comunidad Autónoma de La Rioja, especialmente aquellas con pluripatología, fragilidad, dependencia

funcional, polimedicación o necesidades paliativas. De forma prioritaria, el proyecto se dirige a los residentes adscritos a la Zona Básica de Salud (ZBS) La Guindalera, donde se realiza el pilotaje inicial, así como a los profesionales sanitarios de Atención Primaria responsables de su seguimiento y al personal sanitario de los centros sociosanitarios implicados en su atención.

### Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación es el sistema sanitario público del Servicio Riojano de Salud, integrando Atención Primaria, nivel hospitalario (Hospitalización a Domicilio, Geriatría de Enlace y Cuidados Paliativos) y centros sociosanitarios. Inicialmente se implementa en la ZBS La Guindalera, con posibilidad de extensión progresiva al resto de zonas básicas de salud de La Rioja tras la evaluación del pilotaje.

## 2. Metodología (máximo 150 palabras)

La metodología se basa en un modelo organizativo estructurado, progresivo y evaluable, desarrollado en fase piloto en la ZBS La Guindalera.

En una primera fase, se realiza un **análisis situacional** de cada residencia (perfil clínico de residentes, carga asistencial, recursos humanos disponibles y presión sobre los cupos de Atención Primaria).

En una segunda fase, se implanta un **Equipo de Soporte de Atención Primaria en Residencias**, que actúa como elemento coordinador entre niveles asistenciales. Se establecen circuitos definidos con Hospitalización a Domicilio, Geriatría de Enlace, Cuidados Paliativos y urgencias, promoviendo comunicación bidireccional y digitalización a través de SELENE AP.

Paralelamente, se desarrollan **planes individualizados de atención**, optimización terapéutica y mejora de la calidad de derivaciones.

Finalmente, el proyecto incorpora un **sistema de indicadores alineado con el Contrato Programa del SERIS**, que permite monitorización continua, evaluación de resultados y posible escalabilidad al resto de zonas básicas de salud.

## 3. Objetivos (máximo 150 palabras)

**Objetivo general:**
Implantar un modelo coordinado, integral y evaluable de atención sanitaria a personas mayores institucionalizadas, que mejore la calidad asistencial, garantice la continuidad de cuidados y optimice los recursos del sistema sanitario.

**Objetivos específicos:**

1. Analizar la situación demográfica y asistencial de las residencias y su impacto en los cupos de Atención Primaria.
2. Implementar un Equipo de Soporte de Atención Primaria que refuerce la coordinación entre residencias y niveles asistenciales.

3. Establecer circuitos asistenciales claros y protocolizados con Hospitalización a Domicilio, Geriatría de Enlace, Cuidados Paliativos y urgencias.
4. Mejorar la continuidad asistencial y la longitudinalidad en pacientes institucionalizados.
5. Optimizar la adecuación de derivaciones hospitalarias y reducir ingresos evitables y reingresos.
6. Impulsar la revisión farmacoterapéutica y estrategias de deprescripción en pacientes pluripatológicos.
7. Incorporar herramientas de valoración de fragilidad y planes individualizados de atención.
8. Desarrollar y monitorizar indicadores de calidad y resultados en salud alineados con el Contrato Programa del SERIS.
9. Evaluar el impacto organizativo y asistencial del pilotaje para valorar su extensión al resto de zonas básicas de salud.

**4. Actuaciones realizadas** (máximo 150 palabras)

- Se ha puesto en marcha un Equipo de Soporte de Atención Primaria en Residencias, definiendo sus funciones y su papel como elemento coordinador entre niveles asistenciales. Se han establecido circuitos de coordinación con Hospitalización a Domicilio, Geriatría de Enlace y Cuidados Paliativos, así como vías de comunicación con urgencias extrahospitalarias.
- Formación y capacitación del personal.
- Coordinación sanitaria y social, con protocolos compartidos entre Atención Primaria y residencias.
- Atención centrada en la persona y humanización de los cuidados.
- Apoyo emocional y acompañamiento a los profesionales.
- Innovación y mejora continua de la calidad.
- Se ha llevado a cabo un análisis inicial de la situación de las residencias de personas mayores, incluyendo el estudio demográfico de los centros, la carga asistencial real de los pacientes institucionalizados y su impacto en los cupos de Atención Primaria, especialmente en la ZBS La Guindalera.
- Asimismo, se han consensuado rutas asistenciales, planes de seguimiento y criterios de derivación, incorporando herramientas de valoración de fragilidad y revisión farmacoterapéutica.
- Finalmente, se ha diseñado un sistema de indicadores sociosanitarios y un cuadro de mando para monitorizar actividad, calidad asistencial y resultados del pilotaje.

## 5. Indicadores (máximo 150 palabras)

- **Cobertura del programa:** % de residencias incluidas en el modelo respecto al total de la zona.
- **Valoración integral realizada:** % de residentes con valoración de fragilidad y plan individualizado registrado en SELENE AP.
- **Revisión farmacoterapéutica:** % de residentes con revisión anual de medicación y tasa de deprescripción en polimedicados.
- **Adecuación de derivaciones:** % de derivaciones hospitalarias justificadas según criterios consensuados.
- **Ingresos evitables:** tasa de ingresos hospitalarios potencialmente evitables por 100 residentes.
- **Reingresos a 30 días:** porcentaje de reingresos hospitalarios.
- **Interconsultas coordinadas:** nº de interconsultas con Geriatría, HAD o Paliativos resueltas sin derivación presencial.
- **Tiempo de respuesta asistencial:** tiempo medio desde solicitud de residencia a valoración sanitaria.
- **Satisfacción profesional y de centros:** encuesta anual de percepción de coordinación y calidad asistencial.

Estos indicadores permitirán evaluar calidad, eficiencia y continuidad asistencial.

## 6. Recursos (máximo 150 palabras)

- **Recursos humanos:** constitución de un Equipo de Soporte de Atención Primaria (médico/a y enfermero/a con dedicación específica), con apoyo administrativo. Implicación coordinada de profesionales de cupo, Geriatría de Enlace, Hospitalización a Domicilio y Cuidados Paliativos.
- **Recursos organizativos:** definición de circuitos asistenciales protocolizados, agenda específica para residencias y tiempos protegidos para coordinación interprofesional.
- **Recursos tecnológicos:** uso y optimización de SELENE AP para registro, seguimiento de fragilidad, interconsultas y cuadro de mando de indicadores; mejora de herramientas de comunicación bidireccional entre niveles.
- **Formación:** capacitación en fragilidad, deprescripción, atención al paciente crónico complejo y coordinación sociosanitaria.
- **Recursos de evaluación:** sistema de indicadores, análisis periódico de resultados e informe anual de impacto para valorar escalabilidad del modelo.

Estos recursos garantizan viabilidad, calidad y sostenibilidad del proyecto.

## 7. **Basada en la evidencia** (máximo 150 palabras)

La literatura científica respalda que los modelos de atención integrada y coordinación entre niveles asistenciales mejoran los resultados en personas mayores institucionalizadas y pacientes crónicos complejos.

Los estudios sobre **atención integrada y continuidad asistencial** demuestran reducción de ingresos hospitalarios evitables, menor tasa de reingresos y mejor adecuación terapéutica cuando existe coordinación estructurada entre Atención Primaria, hospital y ámbito sociosanitario (OMS, 2016; European Observatory on Health Systems).

La evidencia sobre **valoración geriátrica integral (VGI)** muestra mejoras en funcionalidad, calidad de vida y supervivencia en pacientes frágiles (Cochrane Database, Ellis et al.).

Los programas de **deprescripción y revisión farmacoterapéutica** en mayores institucionalizados reducen eventos adversos y polifarmacia (Reeve et al., BMJ; Scott et al.).

Asimismo, las estrategias basadas en **gestión proactiva de cronicidad y modelos tipo Chronic Care Model** se asocian a mayor eficiencia y satisfacción profesional.

En conjunto, la evidencia avala la coordinación estructurada y el enfoque multidisciplinar como buenas prácticas en este ámbito.

## 8. **Equidad** (máximo 150 palabras)

El proyecto contribuye a mejorar la equidad al garantizar una atención homogénea, estructurada y basada en criterios clínicos objetivos para todas las personas mayores institucionalizadas, independientemente de la residencia en la que vivan o de la disponibilidad puntual de profesionales en su cupo de Atención Primaria.

Las personas institucionalizadas constituyen un grupo especialmente vulnerable por su edad avanzada, fragilidad, dependencia y frecuente deterioro cognitivo. La variabilidad organizativa y la sobrecarga asistencial pueden generar inequidades en acceso, tiempos de respuesta o calidad de seguimiento.

La implantación de un Equipo de Soporte y de circuitos protocolizados reduce esta variabilidad, promueve igualdad en el acceso a recursos especializados (HAD, Geriatría, Paliativos) y favorece la toma de decisiones basada en necesidades clínicas y no en condicionantes organizativos.

Además, el uso de indicadores y monitorización continua permite detectar desigualdades y aplicar medidas correctoras, reforzando una atención centrada en la vulnerabilidad y la justicia distributiva.

**9. Sostenibilidad** (máximo 150 palabras)

El proyecto favorece la sostenibilidad del sistema sanitario al optimizar el uso de recursos y reducir ineficiencias asociadas a la atención fragmentada. La coordinación estructurada entre Atención Primaria, hospital y residencias permite disminuir ingresos hospitalarios evitables, reingresos precoces, derivaciones inadecuadas y duplicidad de pruebas, con el consiguiente ahorro de costes directos e indirectos.

La gestión proactiva de la cronicidad, la valoración de fragilidad y la revisión farmacoterapéutica contribuyen a prevenir descompensaciones y eventos adversos, reduciendo el consumo de recursos de alta complejidad.

Además, el modelo se basa en la reorganización y optimización de recursos existentes, más que en la creación de estructuras paralelas, lo que mejora su viabilidad a medio y largo plazo.

La incorporación de indicadores y evaluación periódica garantiza seguimiento de resultados, ajuste continuo y posibilidad de escalabilidad, asegurando eficiencia, calidad y mantenimiento en el tiempo.

**10. Transferibilidad** (máximo 150 palabras)

El modelo es altamente transferible al basarse en principios organizativos y asistenciales aplicables a cualquier zona básica de salud con población institucionalizada. No depende de recursos extraordinarios, sino de la reorganización estructurada de dispositivos ya existentes (Atención Primaria, HAD, Geriatría, Paliativos), lo que facilita su adaptación a distintos contextos territoriales.

La metodología incluye análisis situacional inicial, definición de circuitos asistenciales, creación de un equipo de soporte, uso de herramientas digitales comunes y sistema de indicadores estandarizados, elementos replicables en otras áreas.

El pilotaje en la ZBS La Guindalera permite validar el modelo, identificar barreras y ajustar procedimientos antes de su extensión.

Además, al alinearse con estrategias nacionales de cronicidad, fragilidad y atención integrada, el proyecto puede adaptarse a otros servicios de salud autonómicos, favoreciendo su escalabilidad y consolidación como buena práctica en atención sociosanitaria.

**11. Efectividad** (máximo 150 palabras)

La efectividad del proyecto se fundamenta en la implantación de un modelo de atención integrada, proactivo y centrado en la persona mayor institucionalizada, orientado a resultados clínicos y organizativos medibles.

La coordinación estructurada entre Atención Primaria, Geriatría de Enlace, Hospitalización a

Domicilio y Cuidados Paliativos permite una intervención más precoz ante descompensaciones, mejor seguimiento de la cronicidad y adecuación terapéutica, lo que previsiblemente se traduce en reducción de ingresos hospitalarios evitables y reingresos a 30 días.

La incorporación sistemática de la valoración de fragilidad y la revisión farmacoterapéutica mejora la seguridad clínica, disminuye eventos adversos relacionados con la medicación y favorece planes individualizados ajustados al pronóstico y objetivos de cuidado.

Además, la definición de indicadores y el seguimiento mediante cuadro de mando permiten evaluar impacto real en calidad asistencial, continuidad de cuidados y eficiencia, garantizando que los resultados sean objetivables, comparables y susceptibles de mejora continua.

**12. Eficiencia** (máximo 150 palabras)

El proyecto mejora la eficiencia al optimizar la utilización de recursos sanitarios existentes mediante una mejor organización y coordinación entre niveles asistenciales. La estructuración de circuitos claros y la comunicación bidireccional reducen duplicidades diagnósticas, derivaciones innecesarias y tiempos de respuesta, favoreciendo una gestión más racional de la demanda.

La intervención proactiva sobre pacientes frágiles y pluripatológicos disminuye descompensaciones evitables, ingresos hospitalarios y estancias prolongadas, que son los componentes de mayor coste del sistema. Asimismo, la revisión farmacoterapéutica y la deprescripción contribuyen a reducir eventos adversos y gasto farmacéutico innecesario.

El modelo se basa principalmente en la reorganización y coordinación de recursos ya disponibles, sin requerir grandes inversiones estructurales, lo que incrementa su coste-efectividad.

La monitorización mediante indicadores permite evaluar el retorno en salud y ajustar el programa, asegurando una asignación de recursos alineada con resultados y sostenibilidad a medio y largo plazo.

**13. Participación multidisciplinar** (máximo 150 palabras)

El proyecto se fundamenta en un enfoque claramente multidisciplinar, imprescindible para abordar la complejidad clínica, funcional y social de las personas mayores institucionalizadas.

Integra de forma coordinada a profesionales de **Atención Primaria (medicina y enfermería)** como eje asistencial, junto con **Geriatría de Enlace, Hospitalización a Domicilio y Cuidados Paliativos** del ámbito hospitalario. Asimismo, incorpora al **personal sanitario y sociosanitario de las residencias** (enfermería, auxiliares, trabajo social, dirección técnica), favoreciendo una visión compartida del plan de cuidados.

La coordinación con **urgencias extrahospitalarias** y, cuando procede, con otras especialidades hospitalarias, refuerza la continuidad asistencial.

Este trabajo colaborativo facilita la toma de decisiones consensuadas, la adecuación terapéutica y la planificación anticipada de cuidados, reduciendo la fragmentación asistencial. La participación activa de todos los niveles mejora la calidad, seguridad clínica y coherencia en la atención prestada.

**14. Colaboración intersectorial** (máximo 150 palabras)

El proyecto promueve una colaboración intersectorial efectiva entre el ámbito sanitario y el sociosanitario, elemento clave en la atención a personas mayores institucionalizadas. Integra al Servicio Riojano de Salud (Atención Primaria y nivel hospitalario) con las residencias de personas mayores, que dependen del ámbito social, estableciendo canales formales de comunicación, coordinación clínica y planificación conjunta de cuidados.

Esta cooperación permite alinear objetivos asistenciales, compartir información relevante y definir rutas claras de actuación ante situaciones agudas, cronicidad avanzada o final de vida. Asimismo, favorece la corresponsabilidad en la atención, optimizando recursos y evitando actuaciones fragmentadas.

El modelo facilita una visión integral que contempla dimensiones sanitarias, funcionales y sociales, reforzando la continuidad asistencial y la atención centrada en la persona. Esta sinergia intersectorial mejora la calidad, equidad y sostenibilidad del sistema en un grupo poblacional especialmente vulnerable.

**15. Evaluación (máximo 150 palabras)**

- Reducción de hospitalizaciones evitables y estancias innecesarias, gracias a la intervención de equipos de enlace de enfermería y hospitalización a domicilio (HAD).
- Mayor cohesión en la atención primaria, con la reorganización de médicos responsables en residencias (por ejemplo, la Residencia Albura pasó de 10 facultativos a 3).
- Refuerzo del papel del médico de enlace, figura clave para dar continuidad asistencial y cubrir ausencias en los centros.
- Optimización del uso de recursos materiales y administrativos, con más de 380 gestiones de material sanitario y 162 incidencias informáticas resueltas por el personal de enfermería.
- Establecimiento de canales de comunicación directos entre SERIS y las residencias, inexistentes hasta ahora.

El programa también ha mejorado la gestión de urgencias: entre enero y agosto de 2025 se contabilizaron 1.661 derivaciones a urgencias desde residencias, con una correlación clara entre la ausencia de facultativo de la residencia y el aumento de traslados.

Asimismo, la Unidad de Hospitalización a Domicilio (HAD) atendió 124 solicitudes de valoración

procedentes de residencias, logrando evitar 50 ingresos hospitalarios y acortar otros 61.

El proyecto incorpora un sistema de evaluación estructurado, continuo y orientado a resultados, basado en indicadores cuantitativos y cualitativos alineados con el Contrato Programa del SERIS.

La evaluación contempla:

- **Indicadores de proceso**, como cobertura del programa, porcentaje de residentes con valoración de fragilidad registrada, revisiones farmacoterapéuticas realizadas y número de interconsultas coordinadas.
- **Indicadores de resultado**, incluyendo tasa de ingresos hospitalarios evitables, reingresos a 30 días, adecuación de derivaciones y tiempo de respuesta asistencial.
- **Indicadores de impacto organizativo**, como presión asistencial en cupos y grado de coordinación entre niveles.
- **Indicadores de satisfacción**, mediante encuestas a profesionales y centros.

La monitorización se realiza a través de SELENE AP y un cuadro de mando específico.

Al finalizar el periodo de pilotaje, se elaborará un informe de evaluación que permitirá analizar efectividad, eficiencia y viabilidad, así como decidir su escalabilidad al resto de zonas básicas de salud.

**DOCUMENTACIÓN ADICIONAL QUE SE ADJUNTA:** si es el caso, relacionarla a continuación y adjuntarla con el envío de la propuesta