

**FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 2**  
**CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN**  
**SANITARIA**  
**GERENCIA DE URGENCIAS Y**  
**EMERGENCIAS 061**

**ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024**

**Subdirección General de Calidad Asistencial,  
Seguridad y Evaluación**

**Mayo 2023**



**Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.**

<b>2.1.3</b>	<b>Satisfacción en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061- SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con la atención recibida por parte del 061-SUAPx 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida 061-SUAP
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.4</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que puntúan con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar para que un sanitario les preguntara por primera vez, que le pasaba x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Cuestionario EMCA de Calidad Percibida 061-SUAP.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

## Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales.

### 2.2.2 Resucitación cardiopulmonar en UME.

2.2.2.2	Recuperación de circulación
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con recuperación de la circulación x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se considera cumplimiento cuando se registra al menos uno de los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización del ritmo cardiaco organizado.</li> <li>- Pulso palpable.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>El modelo Utstein acepta la recuperación de cualquier pulso palpable y no requiere una duración específica como condicionante. Un pulso palpable en una arteria mayor, generalmente la carótida, supone una presión arterial sistólica de aproximadamente 60 mm Hg.</p> <p>Tanto la comprobación del pulso como la monitorización del ritmo cardiaco están incluidas en las medidas de cuidados post-resucitación del protocolo de RCP de la Gerencia.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Gerencia.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

### 2.2.3 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono.

<b>2.2.3.2</b>	<b>Mantener en línea hasta la llegada de la Unidad</b>
<b>Fórmula</b>	Reanimaciones cardiorrespiratorias guiadas telefónicamente realizadas en las que se mantiene la línea telefónica abierta hasta la llegada de la unidad de Soporte Vital Avanzado (SVA) x 100 / Reanimaciones cardiorrespiratorias guiadas telefónicamente realizadas
<b>Exclusiones</b>	Llamada cortada por alertante. Llegada de otros servicios de emergencias/sanitarios.
<b>Aclaraciones</b>	La llamada finalizará cuando se constate que el equipo médico está en el lugar y toma el control de la situación. Si se corta la llamada y desde el CCU se vuelve a contactar se considerará cumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La continuidad de las maniobras de SVB ininterrumpidas hasta el inicio de las maniobras de SVA es fundamental para aumentar las probabilidades de éxito de la RCP y disminuir las secuelas de la PCR.
<b>Fuente de datos</b>	ECHO2 (Plataforma atención llamadas 112).
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.2.9 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

2.2.9.1	Adecuación traslado a pacientes con SCACEST
<b>Fórmula</b>	Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y que tienen indicación de angioplastia primaria que son trasladados a un hospital sin hemodinámica activa x 100 / Pacientes con SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y que tienen indicación de angioplastia primaria
<b>Exclusiones</b>	Pacientes con SCACEST a los que se les han realizado fibrinólisis.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Angioplastia primaria (ACTP)</u>: la que se realiza como primer procedimiento de repercusión urgente, a diferencia de la angioplastia de rescate, que se hace en pacientes en los que previamente se ha usado un trombolítico.</p> <p><u>Indicaciones de ACTP</u> según la actualización del protocolo Código Infarto publicado por la Comunidad Autónoma de Murcia en noviembre de 2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SCACEST de menos de 3 horas de evolución: cuando el tiempo previsto de traslado desde el primer contacto médico hasta la sala de hemodinámica, es de 60 minutos o menos, o cuando existe contraindicación para la fibrinólisis.</li> <li>- SCACEST de 3 a 12 horas de evolución: cuando el tiempo previsto de traslado desde el primer contacto médico hasta la sala de hemodinámica, es de 90 minutos o menos, o cuando existe contraindicación para la fibrinólisis.</li> <li>- Casos con indicación de reperfusión y tiempo de evolución de los síntomas mayor de 12 y hasta las 24 horas.</li> <li>- Shock cardiogénico.</li> </ul> <p>En la Región de Murcia la sectorización de la atención al Código Infarto establece las siguientes recomendaciones según el área de salud para la indicación de ACTP:</p> <p>En pacientes con diagnóstico de SCACEST cuando el tiempo previsto de traslado desde el primer contacto médico hasta la sala de hemodinámica disponible más accesible, es de 60 minutos o menos. La angioplastia primaria se realizará en el hospital para el que haya el menor tiempo de traslado desde el lugar donde se encuentre el paciente. Aunque el criterio guía a seguir en todos los casos es el comentado en el párrafo anterior, con carácter orientativo se establecen las siguientes recomendaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angioplastia primaria en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca: este será el tratamiento inicialmente recomendado para los pacientes que cumplan criterios en las Áreas I, VI, VII y IX, así como algunos casos de las Áreas III, IV y V.</li> <li>• Angioplastia primaria en el Hospital General Universitario Santa Lucía: este será el tratamiento inicialmente recomendado para los pacientes que cumplan criterios de las Área II y VIII.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El uso temprano de la angioplastia primaria en pacientes con IAM con elevación del segmento ST obtiene una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad. El traslado precoz a un Hospital con sala de hemodinámica es fundamental para conseguir el objetivo de tratamiento en los pacientes con indicación de angioplastia primaria.
<b>Fuente de datos</b>	Historia clínica de UME
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.2.9.2	Terapia fibrinolítica en tiempo adecuado en UME
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de SCACEST cuyo primer contacto médico es la UME y que han recibido terapia fibrinolítica in situ, con intervalo de tiempo desde la llegada de la UME hasta la fibrinólisis de 30 minutos o menos x 100 / Pacientes con diagnóstico de SCACEST cuyo primer contacto médico es la UME y que han recibido terapia fibrinolítica in situ
<b>Exclusiones</b>	Contraindicación de fibrinólisis
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes atendidos por SCACEST</u>: aquellos que tienen un código CIE-9 de diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (SCACEST).</p> <p><u>Tratamiento fibrinolítico o fibrinólisis</u>: administración de agente farmacológico con la intención de destruir o disolver un trombo o coágulo de sangre.</p> <p><u>Contraindicaciones de fibrinólisis</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Contraindicaciones absolutas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sospecha de disección aortica.</li> <li>- Hemorragia intracraneal previa.</li> <li>- Accidente cerebrovascular isquémico en los 6 meses precedentes.</li> <li>- Neoplasia intracraneal.</li> <li>- Lesión vascular cerebral conocida (por ejemplo, malformación arteriovenosa).</li> <li>- Trauma craneal cerrado o trauma facial significativo en los 3 meses previos.</li> <li>- Hemorragia gastrointestinal en el último mes.</li> <li>- Trastorno hemorrágico conocido (excluida la menstruación).</li> <li>- Cirugía intracraneal o intraespinal en los dos meses previos.</li> <li>- Punciones no compresibles en las últimas 24 horas (por ejemplo biopsia hepática, punción lumbar).</li> <li>- Cirugía mayor en las últimas 3 semanas.</li> </ul> </li> <li>• <b>Contraindicaciones relativas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accidente isquémico transitorio en los 6 meses precedentes.</li> <li>- Presentación con hipertensión grave refractaria, entendiéndose por tal la presión arterial sistólica (PAS) &gt;180 mmHg o diastólica (PAD) &gt;110 mmHg.</li> <li>- Tratamiento anticoagulante oral.</li> <li>- Gestación o primera semana postparto.</li> <li>- Enfermedad hepática avanzada.</li> <li>- Endocarditis infecciosa.</li> </ul> </li> </ul> <p>El cálculo del intervalo de tiempo UME-Aguja será: <b>R1-R2</b>  <b>R1</b>= Hora de administración de fibrinolítico.  <b>R2</b>= Hora de atención (hora in situ) del 061.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>La estrategia farmacoinvasiva está indicada en las siguientes situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes sin contraindicaciones con SCACEST de menos de 3 horas de evolución: cuando el tiempo previsto de traslado desde el primer contacto médico hasta la sala de hemodinámica, es mayor de 60 minutos (ver contraindicaciones).</li> <li>- Pacientes sin contraindicaciones con SCACEST de 3 a 12 horas de evolución: cuando el tiempo previsto de traslado desde el primer contacto médico hasta la sala de hemodinámica, es mayor de 90 minutos (ver contraindicaciones).</li> </ul> <p>La administración precoz del tratamiento fibrinolítico en los pacientes con SCACEST reduce su morbimortalidad y constituye un factor predictivo relevante.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Historia clínica de UME
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.2.9.3	<b>Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto médico es el 061 y con realización de angioplastia primaria, cuyo tiempo desde la llegada de la unidad al lugar del aviso hasta la llegada al hospital es de 60 minutos o menos x 100 / Pacientes atendidos por SCACEST cuyo primer contacto es el 061 y con realización de angioplastia primaria
<b>Exclusiones</b>	Pacientes con SCACEST a los que se ha realizado fibrinólisis. Pacientes con SCACEST sin criterios de reperfusión.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes atendidos por SCACEST</u>: aquellos que tienen un código CIE-9 de diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (SCACEST).</p> <p><u>Angioplastia primaria</u>: la que se realiza como primer procedimiento de repercusión urgente, a diferencia de la angioplastia de rescate, que se hace en pacientes en los que previamente se ha usado un fibrinolítico.</p> <p>La unidad una vez que llega al lugar del aviso y confirma el diagnóstico de SCACEST activará el código infarto. De esta manera, el cálculo del intervalo de tiempo <b>UME–Llegada al hospital</b> será: <b>R1-R2</b>  Dónde:  <b>R1</b>= Hora de llegada al hospital. Esta hora es la que aparece en los registros específicos del 061.  <b>R2</b>= Hora realización del ECG que confirma el diagnóstico de SCACEST (si no se dispone del registro de este dato, se tomará la hora de activación del código)</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El uso temprano de la angioplastia primaria en pacientes con SCACEST obtiene una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.
<b>Fuente de datos</b>	Historia clínica de UME
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.2.9.4	<b>Angioplastia primaria en tiempo adecuado desde el primer contacto médico con 061</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con SCACEST cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100 / Pacientes atendidos con SCACEST
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El uso temprano de la angioplastia primaria en pacientes con SCACEST obtiene una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.
<b>Fuente de datos</b>	Historia clínica de UME
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.2.10 Código Ictus.

<b>2.2.10.1</b>	<b>Tiempo de respuesta en el paciente con Ictus</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con Ictus cuyo tiempo entre la hora de activación del recurso y la hora de llegada al lugar de la asistencia es menor a 15 minutos x 100 / Pacientes atendidos con Ictus
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Hora de activación del recurso:</u> Es la hora de llamada desde el Centro Coordinador de Urgencias al recurso sanitario expresado en hh:mm</p> <p><u>Hora "in situ":</u> Es la hora de llegada al lugar de asistencia, expresado en hh:mm</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	El manejo temprano en pacientes con ictus obtiene una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.
<b>Fuente de datos</b>	Gerencia
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual

<b>2.2.10.5</b>	<b>Adecuación del traslado al hospital del paciente con Ictus</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos con criterios de activación de Código Ictus derivados a hospital con capacidad de reperusión x 100/ Pacientes atendidos con criterios de activación de Código Ictus
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>El paciente Código Ictus debe ser trasladado al hospital con tratamiento para ictus más cercano.</p> <p>A nivel general los Hospitales de referencia para la atención al Código Ictus de la Región son:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital Santa Lucía (referencia de las áreas II, VIII)</li> <li>2. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (referencia de áreas I, III de referencia junto con la unidad de teleictus de Lorca, IV, V de referencia junto a la unidad de teleictus del Hospital Virgen del Castillo de Yecla, VI, VII y IX).</li> </ol>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	El traslado desde la atención inicial por el 061 hasta el Hospital con capacidad de reperusión más cercano debe ser lo más ágil posible para aumentar las posibilidades de éxito del tratamiento.
<b>Fuente de datos</b>	Gerencia
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual

### Objetivo 3 Mejorar los Sistemas de información.

2.3.3.1	Transferencia de pacientes con identificación de profesionales en SUAP
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas en SUAP que se derivan al hospital con registro en historia clínica de la identificación del médico y enfermero de la unidad, e identificación del médico y enfermero receptor x 100 / Asistencias realizadas en SUAP que se derivan al hospital
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>En la historia clínica de cada paciente constará el registro de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del médico y enfermero que realizan la asistencia (Nombre, al menos un apellido y número de colegiado solo obligatorio en caso del médico).</li> <li>• Firma del médico y enfermero receptores.</li> </ul> <p>Para que conste como cumplimiento deben aparecer todos los datos.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>La transferencia de pacientes entre profesionales sanitarios en urgencias es entendida como un proceso dinámico e informativo de la situación clínica del paciente, mediante el cual se traspasa la responsabilidad del cuidado del enfermo a otro profesional sanitario, dando continuidad a los cuidados recibidos hasta el momento.</p> <p>Una comunicación efectiva entre los diferentes profesionales que intervienen en la atención del paciente contribuye a la mejora de la calidad, a la continuidad asistencial y a la seguridad en la atención.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Registro de asistencias realizadas por las Unidades Móviles del 061.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Historia clínica.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.3.3.2	Transferencia de pacientes con identificación de profesionales en UME
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas en UME que se derivan al hospital con registro en historia clínica de la identificación del médico y enfermero de la unidad, e identificación del médico y enfermero receptor x 100 / Asistencias realizadas en UME que se derivan al hospital
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>En la historia clínica de cada paciente constará el registro de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación del médico y enfermero que realizan la asistencia (Nombre, al menos un apellido y número de colegiado solo obligatorio en caso del médico).</li> <li>• Firma del médico y enfermero receptores.</li> </ul> <p>Para que conste como cumplimiento deben aparecer todos los datos.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>La transferencia de pacientes entre profesionales sanitarios en urgencias es entendida como un proceso dinámico e informativo de la situación clínica del paciente, mediante el cual se traspasa la responsabilidad del cuidado del enfermo a otro profesional sanitario, dando continuidad a los cuidados recibidos hasta el momento.</p> <p>Una comunicación efectiva entre los diferentes profesionales que intervienen en la atención del paciente contribuye a la mejora de la calidad, a la continuidad asistencial y a la seguridad en la atención.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Registro de asistencias realizadas por las Unidades Móviles del 061.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Historia clínica.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## Objetivo 4 Mejorar la calidad de los cuidados.

2.4.1	Plan de cuidados de enfermería en el SUAP
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas en SUAP con valoraciones, objetivos e intervenciones de enfermería registradas en la continuidad de cuidados de la historia clínica x 100 /Asistencias realizadas en SUAP
<b>Exclusiones</b>	Asistencias donde NO haya intervenido enfermería.
<b>Aclaraciones</b>	En las asistencias realizadas por los SUAP deberá constar al menos un registro de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoración de enfermería.</li> <li>- Diagnósticos NANDA</li> <li>- Resultados NOC.</li> <li>- Intervenciones NIC.</li> <li>- Tratamiento y recomendaciones de enfermería</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El objetivo de este indicador es evaluar las acciones en relación a la aplicación de los cuidados de enfermería de forma correcta, para una atención integral del paciente
<b>Fuente de datos</b>	OMI-SURE Historia clínica papel SUAP
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.4.2	Continuidad de cuidados de enfermería en el SUAP
<b>Fórmula</b>	Asistencias realizadas en SUAP donde se refleja tratamiento y recomendaciones de enfermería en el informe de alta x 100 /Asistencias realizadas en SUAP
<b>Exclusiones</b>	Asistencias donde NO haya intervenido enfermería.
<b>Aclaraciones</b>	Será cumplimiento cuando en las historias clínicas de los pacientes atendidos por enfermería en el SUAP tienen cumplimentado el apartado de “Tratamiento y recomendaciones de enfermería”.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El objetivo de este indicador es evaluar las acciones en relación a la aplicación de los cuidados de enfermería de forma correcta, para una atención integral del paciente
<b>Fuente de datos</b>	OMI-SURE Historia clínica en papel SUAP
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## Objetivo 5 Mejorar la seguridad del paciente.

### 2.5.1 Sistema de notificación de incidentes.

2.5.1.1	Análisis Causa Raíz (ACR)
<b>Fórmula</b>	Análisis Causa Raíz (ACR) de incidente SAC1 y SAC2 finalizados x 100 / Total de incidentes SAC1 y SAC2
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Análisis Causa Raíz (ACR)</u> es un método que se usa para hacer un análisis reactivo tras un evento adverso o incidente. Es un proceso estructurado para identificar la base o los factores causales que han provocado el incidente de seguridad.</p> <p><u>Se entiende por ACR finalizado</u> cuando se realiza un breve informe con las medidas correctoras puestas en marcha o la justificación documentada de la no realización.</p> <p>Una adaptación de la matriz del Severity Assessment Code (SAC) es el sistema utilizado por el SINASP para clasificar los incidentes notificados.</p> <p>Se identificaran y valoraran desagregados en SAC1 (riesgo extremo) y SAC2 (riesgo alto).</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>El estudio de estos incidentes ayudan a identificar las causas, nuevos riesgo, tendencias, factores contribuyentes...etc, que produjeron o podrían haber producido daños al paciente, así como, a proponer los cambios necesarios en el sistema para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.</p> <p>La realización de Análisis Causa Raíz de los eventos adversos graves y de los eventos centinela es una herramienta de aprendizaje de primer orden, de carácter reactivo, que se traduce en la implantación de cambios y mejoras en los procesos que han fallado, para prevenir futuros errores.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SINASP.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SINASP.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.5.2 Plan regional para la mejora de la Seguridad del Paciente.

<b>2.5.2.3</b>	<b>Control y mantenimiento de los carros de parada en SUAP</b>
<b>Fórmula</b>	Unidades SUAP donde se realiza la revisión diaria del carro de parada x 100 / Unidades SUAP
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	Se considera cumplimiento cuando el registro de revisiones del carro de parada del SUAP esté firmado diariamente por un médico y un enfermero.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El objetivo de este indicador es evaluar las acciones realizadas por la Gerencia 061 y las propias unidades asistenciales en relación con el buen estado de los carros de parada.
<b>Fuente de datos</b>	Registros de control de CARROS DE PARADA SUAP.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.