

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Manuela Domingo Pozo

Código del indicador	A.1.2.
-----------------------------	---------------

Nombre largo	Grado de implantación de la prescripción electrónica asistida PRISMA en las unidades de hospitalización y registro de dosis electrónico asociado
---------------------	--

Nombrte corto	Implantar PRISMA en las unidades hospitalización
----------------------	--

Finalidad	<p>Eliminar la transcripción manual de las prescripciones y sustituir el módulo existente de Unidosis Farmasyst, por el sistema PRISMA. Conseguir la interconexión entre los profesionales implicados en prescripción, reduciendo tareas rutinarias y por tanto dando valor añadido a tareas específicas de cada uno de ellos</p>
------------------	---

Definición	<p>1. Utilización de un sistema electrónico que facilita la comunicación de una prescripción u orden de tratamiento así como el registro electrónico de la administración de medicación y cuidados.</p> <p>2. Alcanzar en tiempo establecido por la comisión implantación el 100 % del registro en el Registro electrónico de dosis.</p>
-------------------	--

Fórmula (Expresión de cálculo)	<p>1. Numerador: Unidades PRISMA X100. Denominador: Total de unidades de hospitalización. (dirigido a supervisores generales, supervisión farmacia, enfermera sistemas información)</p> <p>2. Días invertidos en conseguir incluir a todos los pacientes de la unidad. (enfermeras y supervisión de la unidad de hospitalización)</p>
---------------------------------------	---

Especificaciones (incluye/excluye)	EXCLUYE : CCEE Y CE BABEL
---	---------------------------

Formato	1. Numérico 2. Tiempo (días)
----------------	------------------------------

Ud. De medida	1. % 2. días
----------------------	--------------

Precisión (decimales)	2
------------------------------	---

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
--	-----------

Observaciones	El segundo objetivo va dirigido a las enfermeras y supervisoras de las unidades de hospitalización. Tiempo estimado de implantación en una unidad de 30 camas es de 14 días.
----------------------	--

Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Calidad
---	---------

Periodicidad	Anual
---------------------	-------

Decalaje mínimo en obtención de datos	Mensual
--	---------

Sistema de Información para la obtención del dato	Comisión Implantación PRISMA
--	------------------------------

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Clara Abellan Garcia

Código del indicador	A.1.3.
-----------------------------	---------------

Nombre largo	Participación en la notificación y utilización de la información del Sistema de Información para el Registro de Notificaciones de Eventos Adversos – SINEA
---------------------	--

Nombre corto	Notificación Eventos Adversos
---------------------	-------------------------------

Finalidad	Impulsar la participación de los departamentos en las mejores prácticas de notificación de eventos adversos y utilización de la información obtenida para el aprendizaje en seguridad del paciente.
------------------	---

Definición	Proporción de adecuación en los departamentos de la notificación de eventos adversos en relación con el estándar establecido, y del tratamiento y actuaciones derivados de la información obtenida.
-------------------	---

Fórmula (Expresión de cálculo)	Numerador = Nº de profesionales de enfermería en la Unidad/ Denominador = 10
---------------------------------------	---

Especificaciones (incluye/excluye)	Incluye el total del personal de enfermería que constituye la unidad
---	--

Formato	Numérico
----------------	----------

Ud. De medida	%
----------------------	---

Precisión (decimales)	2
------------------------------	---

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
--	-----------

Observaciones	El estándar de notificaciones se establece en un número de notificaciones equivalente a que un 10% del personal de la Unidad haya tenido un problema relacionado con un evento adverso a lo largo del año. El alcance de este estándar se puntuará con el 10% de cumplimiento del objetivo (estándar mínimo); un alcance del 20% con el 20% de cumplimiento y así sucesivamente
----------------------	---

Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Calidad
---	---------

Periodicidad	Mensual
---------------------	---------

Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
--	---------

Sistema de Información para la obtención del dato	Aplicación SINEA y ATENEA
--	---------------------------

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Nieves Izquierdo García

Código del indicador	A.2.1.
Nombre largo	Conseguir tamaño muestral de la encuesta de la Dirección General de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención al paciente
Nombre corto	Conseguir tamaño muestral
Finalidad	Conseguir número de encuestas relacionadas con las altas o atenciones que se produzcan por cuatrimestre para obtener informe de la DGOEICAP referente a la satisfacción del paciente con los servicios prestados (indicadores de calidad)
Definición	Número de encuestas de satisfacción realizadas por los pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización , en Urgencias Generales y CMA en el H.G.U.A en el periodo a estudio
Fórmulas (Expresión de cálculo)	Número de encuestas recogidas por Unidad Asistencial
Especificaciones (incluye/excluye)	Incluye Pacientes ingresados en Unidades de hospitalización de adultos y niños, Puerta de Urgencias de adultos y CMA
Formato	Numérico
Ud. De medida	Numérico
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	Se precisa de control y seguimiento de la realización y del envío de las encuestas al SAIP por parte de las Unidades Asistenciales
Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Cuatrimestral
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Informe de la DGEICAP

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Nieves Izquierdo García

Código del indicador	A.2.2.
Nombre largo	Resultado del Indicador específico de la Unidad con respecto a la ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA, evaluada por las encuestas de satisfacción de la DGOEICAP
Nombre corto	Satisfacción de la atención sanitaria recibida en la Unidad
Finalidad	Prestar cuidados de calidad para que el paciente se sienta satisfecho con la ATENCIÓN SANITARIA RECIBIDA durante la estancia en el Hospital
Definición	Conseguir resultado óptimo en la evaluación de los pacientes/familiares que realizan la encuesta de satisfacción de la DGOEICAP
Fórmulas (Expresión de cálculo)	% de indicador específico de la Unidad
Especificaciones (incluye/excluye)	Incluye Pacientes ingresados en Unidades de hospitalización de adultos y niños, Puerta de Urgencias de adultos y CMA
Formato	Numérico
Ud. De medida	%
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	Seguimiento cuatrimestral del indicador para ver evolutivo del mismo
Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Cuatrimestral
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	Encuesta de satisfacción de la DGOEICAP

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	de Ordenación, Evaluación, Investigación, Calidad y Atención
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Nieves Izquierdo García

Código del indicador	A.2.3.
Nombre largo	Quejas por trato en la asistencia con intervención del personal de enfermería registradas en el SAIP
Nombre corto	Quejas por trato de enfermería
Finalidad	Disminuir las quejas por trato en la asistencia en el HGUA
Definición	Número de quejas por trato realizadas por los pacientes o familiares relacionados con la asistencia del personal de enfermería
Fórmulas (Expresión de cálculo)	Número de quejas recibidas por trato por Unidad Asistencial/UF
Especificaciones (incluye/excluye)	Incluye Hospitalización, CCEE, CE Babel
Formato	Numérico
Ud. De medida	Numérico
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar
Observaciones	Se analizarán las reclamaciones hechas por pacientes o familiares al SAIP, con respecto a la actuación de enfermería para determinar si ha sido por trato o por otras circunstancias, una vez valorado el informe del supervisor de la Unidad y la contestación por parte de la Dirección de Enfermería.
Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Calidad
Periodicidad	Mensual
Decalaje mínimo en obtención de datos	60 días
Sistema de Información para la obtención del dato	PIGAP (Sistema de Información de Gestión de Atención al Paciente)

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Encarna Mateo López y Clara Abellan Garcia
<hr/>	
Código del indicador	A.2.4
Nombre largo	Formar a los profesionales de Enfermería en el fomento de la lactancia materna.
Nombre corto	Formar en lactancia materna.
Finalidad	Formar y sensibilizar sobre la lactancia materna a los profesionales de enfermería.
Definición	Formar entre el 75 % y el 100 % de los profesionales de enfermería .
Fórmula (Expresión de cálculo)	Numerador = 100 x Nº de profesionales de enfermería que realizan el curso Denominador = Nº de profesionales de enfermería en la unidad.
Especificaciones (incluye/excluye)	El total de profesionales de enfermería y matronas de las unidades 3 D, 4DN y Paritorio (curso 20 horas). El total de profesionales de enfermería de las unidades 4DL, Consultas pediatría, Consultas Obstetricia, Urgencias Pediatría (Taller 1/2 hora).
Formato	Numérico
Ud. De medida	%
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	Curso con prácticas (20 horas) para profesionales de Obstetricia, Neonatos y Paritorio. Taller de sensibilización a la lactancia materna de 1/2 hora de duración (para todos los profesionales de unidades: 4DL, Consultas pediatría, Consultas Obstetricia, Urgencias Pediatría).
Tipo de indicador (calidad)	Calidad
Periodicidad	Anual
Decalaje mínimo en obtención de datos	1 mes
Sistema de Información para la obtención del dato	Recogida de firmas de los profesionales que realizan el curso

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud 01/02/2014

Responsable DG

Responsable del indicador Dirección de Enfermería

Responsable de introducción de datos Manuela Domingo Pozo

Código del indicador **A.4.1.**

Nombre largo Tasa incidencia de UPP en la estancia hospitalaria

Nombre corto Incidencia de UPP

Finalidad Conocer la incidencia bruta en el total del centro hospitalario y por unidad de enfermería

Definición Pacientes que desarrollen UPP durante su estancia hospitalaria (UPP no presentes en el momento ingreso)

Fórmula (Expresión de cálculo)
$$\text{Numerador} = 100 \times \text{N}^\circ \text{ pacientes que desarrollan UPP en la unidad de enfermería. Denominador} = \text{N}^\circ \text{ pacientes ingresados mas de 24 horas}$$

Especificaciones (incluye/excluye) Excluye UPP presentes al ingreso. Se incluyen las unidades pediátricas.

Formato Numérico

Ud. De medida %

Precisión (decimales) 2

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo) Minimizar

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud 01/02/2014

Responsable DG

Responsable del indicador Dirección de Enfermería

Responsable de introducción de datos Manuela Domingo Pozo

Código del indicador **A.7.1.**

Nombre largo % pacientes atendidos en el hospital enlazados por la enfermera Atención Primaria gracias al registro de contactos de continuidad de cuidados (ALTAS DE ENFERMERÍA) en SIA-Abucasis

Nombre corto % de pacientes con continuidad de cuidados en el Departamento de Salud

Finalidad Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes intradepartamento para evitar pérdidas en los circuitos intradepartamentales

Definición Nº pacientes con contactos de enfermería en SIA-Abucasis de la enfermera de atención especializada

Fórmula (Expresión de cálculo)
 Numerador = 100 x Nº de contactos en SIA-Abucasis en las agendas de enfermería (ALTA HOSPITALIZACIÓN) con registro en la historia clínica SIA.
 Denominador = Nº pacientes dados de alta del Departamento de Salud

Especificaciones (incluye/excluye) Incluye pacientes dados de alta hospitalaria y atendidos en las consultas de enfermería de la atención especializada

Formato Numérico

Ud. De medida %

Precisión (decimales) 2

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo) Maximizar

Observaciones Se pretende que el uso de la historia clínica SIA por parte de enfermería en el alta permita una mayor interrelación primaria y especializada, esto redundara en un mejor manejo de los resultados de salud de los pacientes disminuyendo las complicaciones tras el alta que aumentan la tasa de reingresos

Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión) Calidad

Periodicidad Trimestral

Decalaje mínimo en obtención de datos Trimestral

Sistema de Información para la obtención del dato Data Markt SIA y IRIS Hospital General Universitario de Alicante

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud 01/02/2014

Responsable DG

Responsable del indicador Dirección de Enfermería

Responsable de introducción de datos María José Muñoz Reig

Código del indicador

A.7.2.1.

Porcentaje de pacientes que durante su ingreso en el HGUA declaran haber sentido dolor (puntuación de 4 a 10 en la EVA) según la encuesta a pacientes y familiares sobre la seguridad relacionada con los cuidados.

Nombre largo

Nombre corto Prevalencia del dolor

Finalidad

Disminuir el nº de pacientes que manifiestan haber sentido dolor durante su hospitalización

Definición

Nº de pacientes hospitalizados que declaran haber sentido dolor (puntuación de 4 a 10 en la Escala Visual Analógica)

Numerador = Nº de pacientes hospitalizados que declaran haber sentido dolor (puntuación de 4 a 10 en la Escala Visual Analógica) por cien

Denominador = Nº pacientes dados de alta a los que se realiza la encuesta a pacientes y familiares sobre la seguridad relacionada con los cuidados.

Fórmula (Expresión de cálculo)

Especificaciones (incluye/excluye)

Excluye pacientes de unidades donde no se lleva a cabo dicha encuesta

Formato

Numérico

Ud. De medida

%

Precisión (decimales)

2

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)

Minimizar

El objetivo se considerará cumplido si la unidad ha disminuido sus cifras respecto a las del año anterior, y siempre que éstas estén por debajo de la media del HGUA.

Observaciones

Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)

Calidad

Periodicidad

Anual

Decalaje mínimo en obtención de datos

Cuatrimestral (encuestas)

Sistema de Información para la obtención del dato

Encuesta a pacientes y familiares sobre la seguridad relacionada con los cuidados.

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	María José Muñoz Reig

Código del indicador	A.7.2.2.
-----------------------------	-----------------

Nombre largo
Implantación del dolor como 5ª constante (registro del dolor en hoja de valoración al ingreso y en gráfica de constantes) en las unidades de hospitalización

Nombre corto
Dolor como 5ª constante

Finalidad
Implantación correcta del registro de la 5ª constante con el fin último de disminuir la prevalencia del dolor en el HGUA

Definición
Nº de pacientes hospitalizados para los que se ha llevado a cabo un registro adecuado del dolor como 5ª constante (registro del dolor tanto en hoja de valoración al ingreso como en gráfica de constantes)

Fórmula (Expresión de cálculo)
Numerador = Nº de pacientes hospitalizados con registro adecuado del dolor como 5ª constante, por cien
Denominador = Nº pacientes hospitalizados en la unidad.

Especificaciones (incluye/excluye)
El numerador incluirá solo aquellos pacientes con AMBOS registros correctos.
Excluye pacientes de unidades donde no se usan estos documentos

Formato
Numérico

Ud. De medida
%

Precisión (decimales)
2

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)
Maximizar

Observaciones
El objetivo se considerará alcanzado si el registro del dolor en valoración al ingreso y en hoja de constantes es correcto en al menos el 80% de pacientes.

Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)
Calidad

Periodicidad
Anual

Decalaje mínimo en obtención de datos
Mensual/bimensual

Sistema de Información para la obtención del dato
Auditoría

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Encarna Mateo López

Código del indicador **B.7.1.**

Nombre largo Grado de implantación del programa de triaje corporativo DEIMOS en Urgencias generales y pediátricas

Nombre corto Implantar y desarrollar DEIMOS en urgencias

Finalidad Completar la implantación del programa DEIMOS en urgencias con el fin de mejorar los tiempos de atención a pacientes. Mejorar la interrelación entre los profesionales implicados.

Definición Utilización de un programa corporativo que facilita el triaje de los pacientes que acuden a las puertas de urgencias tanto generales como pediátricas y por tanto el porcentaje de pacientes atendidos a tiempo en urgencias así como la mejora del registro y posterior utilización de datos sobre dicha atención.

Fórmula (Expresión de cálculo) Numerador: Pacientes triados x 100
Denominador: Total de pacientes atendidos en urgencias

Especificaciones (incluye/excluye) Se excluirán aquellos errores informáticos que genera el propio sistema

Formato Numérico

Ud. De medida %

Precisión (decimales) 2

Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo) Maximizar

Observaciones Para la consecución del objetivo la unidad aportará un informe exhaustivo con el análisis de los datos y las propuestas de mejora.

Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión) Asistencial

Periodicidad Anual

Decalaje mínimo en obtención de datos Cuatrimestral

Sistema de Información para la obtención del dato Estadísticas de la Unidad de Informática del HGUA

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Ginés A. Rodríguez Aguilar

Código del indicador	B.10.1.
Nombre largo	Rendimiento del bloque quirúrgico del HGUA
Nombre corto	Rendimiento del bloque quirúrgico del HGUA
Finalidad	Mejorar la eficiencia del bloque quirúrgico del HGUA
Definición	<p>Eficiencia respecto al tiempo de disponibilidad de quirófano</p> <p>Minutos de uso efectivo de los quirófanos en el periodo de estudio excluyendo las intervenciones sin parte asignado. Comparado con los minutos disponibles de quirófano según la definición de la estructura de los mismos. El tiempo estructural disponible se calcula en función del turno en el cual se realiza la intervención quirúrgica. Si el turno es Mañana el valor es 420, si el turno es tarde el valor es 360.</p>
Fórmula (Expresión de cálculo)	Sólo incluye las intervenciones con tiempo de intervención superior a 0
Especificaciones (incluye/excluye)	
Formato	%
Ud. De medida	%
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Maximizar
Observaciones	
Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Asistencial
Periodicidad	Trimestral
Decalaje mínimo en obtención de datos	Trimestral
Sistema de Información para la obtención del dato	IRIS

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	
Responsable DG	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	M ^a José Jaén Garrido
<hr/>	
Código del indicador	C.2.3.1.
Nombre largo	Evolución del gasto por consumo del Centro de Actividad
Nombre corto	CUP
Finalidad	Garantizar la eficiente gestión de los almacenes gestionados por Supervisores de Enfermería
Definición	Hallar el coste en material sanitario de cada proceso asistencial o grupo de procesos
Fórmula (Expresión de cálculo)	Consumo de los Centros de Actividad en el periodo a estudio dividido por los indicadores actividad del mismo periodo, multiplicado por 100
Especificaciones (incluye/excluye)	Los datos de consumo se obtienen del Sistema de Información Económica (SIE) y los de actividad del Sistema de Información para la Gestión (SIG)
Formato	%
Ud. De medida	€/UP
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar
Observaciones	En las áreas de hospitalización el dato de actividad serán las estancias y en el resto de unidades será el conjunto de actividades registradas y pactadas con los responsables como principales elementos de consumo de esa unidad.
Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Cuatrimstral
Decalaje mínimo en obtención de datos	Un mes
Sistema de Información para la obtención del dato	SIE y SIG

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
Responsable DG	
Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
Responsable de introducción de datos	Francisco Blanes Compañ

Código del indicador	C.2.8.1
Nombre largo	Mejora de la gestión de los residuos sanitarios del Departamento.
Nombre corto	Gestión residuos del Departamento
Finalidad	Hacer un uso eficiente del sistema de eliminación de residuos sanitarios.
Definición	Nº kilogramos generados en el Departamento
Fórmula (Expresión de cálculo)	Total de kilogramos generados en el periodo a estudio.
Especificaciones (incluye/excluye)	Incluye todos los residuos generados en el Departamento
Formato	Número
Ud. De medida	Kg
Precisión (decimales)	2
Tipo de control (maximizar, minimizar, intervalo)	Minimizar
Observaciones	Se pretende una clasificación y eliminación de residuos sanitarios en los contenedores adecuados según el tipo de residuo.
Tipo de indicador (calidad asistencial, Gestión)	Gestión
Periodicidad	Cuatrimstral
Decalaje mínimo en obtención de datos	2 meses
Sistema de Información para la obtención del dato	RESIDIUM*(Programa informático de gestión de residuos)

FICHA FUNCIONAL DETALLADA DEL INDICADOR / TÉRMINO

Fecha solicitud	01/02/2014
------------------------	------------

Responsable DG

Responsable del indicador	Dirección de Enfermería
----------------------------------	-------------------------

Responsable de introducción de datos	Francisco Blanes Compañ
---	-------------------------

Código del indicador	C.2.8.2
-----------------------------	----------------

Nombre largo	Mejora de la gestión de residuos sanitarios grupo III generados por unidad funcional.
---------------------	---

Nombre corto	Gestión de residuos grupo III por Unidad Funcional
---------------------	--

Finalidad	Hacer un uso eficiente del sistema de eliminación de residuos sanitarios.
------------------	---

Definición	Medir el peso de residuos de grupo III de cada proceso asistencial o grupo de procesos por Unidad Funcional.
-------------------	--

Fórmula (Expresión de cálculo)	Cantidad de residuos de grupo III en kgs eliminados en el periodo a estudio dividido por los indicadores de actividad del mismo periodo en esa UF por 100.
---------------------------------------	--

Especificaciones (incluye/excluye)	Excluye residuos sanitarios Grupo I, II y IV
---	--

Formato	Número
----------------	--------

Ud. De medida	kg/UP (unidad de producción)
----------------------	------------------------------

Precisión (decimales)	2
------------------------------	---

Tipo de control (maximizar, minimizar)	Minimizar
---	-----------