

GRUPO DE DISEÑO CURRICULAR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA (SEDOM)

**- ÁREA DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA,
GESTIÓN DE PACIENTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL -**

Índice:

- 1. Introducción**
- 2. Justificación**
- 3. Objetivos de la acreditación específica en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial**
- 4. Requisitos de formación para la acreditación en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial**
- 5. Contenido de las materias en proceso formativo**
- 6. Centros de formación**
- 7. Provisión de plazas de formación en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial**
- 8. Selección de los candidatos**

Anexos:

- I - Publicaciones periódicas de Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial**
- II – Reconocimiento de la subespecialidad en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial a los profesionales dedicados a esta disciplina con anterioridad a la regularización de la formación (Capacitación Específica en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial)**

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280 de 22 noviembre 2003), en el Título II – De la formación de los profesionales sanitarios, Capítulo III – Formación especializada en Ciencias de la Salud, Sección 2ª - De la estructura y formación en las especialidades en Ciencias de la Salud, en sus Artículos 24 y 25 posibilita el establecimiento de Áreas de Capacitación Específica dentro de una o varias Especialidades en Ciencias de la Salud, el Diploma de Área de Capacitación Específica y los supuestos para que los Especialistas en Ciencias de la Salud puedan acceder al mismo. La posesión del Diploma de Área de Capacitación Específica será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con capacitación específica en el área y podrá ser valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización en centros o establecimientos públicos o privados.

El acceso al Diploma de Área de Capacitación Específica implica que dicha área se haya constituido en la especialidad correspondiente y que se acrediten, al menos, cinco años de ejercicio profesional en la especialidad. Este acceso podrá producirse mediante una formación programada, o a través del ejercicio profesional específicamente orientado al área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en dicha área, y, en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado de acuerdo con los requerimientos previstos en el artículo 29.

El Artículo 29 establece la creación de los Comités de Áreas de Capacitación Específica, designados por la Comisión o Comisiones Nacionales de la Especialidad o Especialidades en cuyo seno se constituya el área y compuesto por seis especialistas. El Comité desarrollará las funciones que reglamentariamente se determinen y, en todo caso, las de propuesta de los contenidos del programa de formación y las de evaluación de los especialistas que aspiren a obtener el correspondiente Diploma del Área de Capacitación Específica.

2. JUSTIFICACIÓN DEL ÁREA DE DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE PACIENTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL.

La Documentación Clínica – junto a la Gestión de Pacientes y los Sistemas de Información asistencial – se ha consolidado como disciplina médica, siendo ya indiscutible su existencia y expansión.

En las últimas décadas hemos asistido a un incremento de la demanda asistencial, que ha hecho necesario gestionar la demanda, con la doble finalidad de optimizar recursos y facilitar su acceso a la población garantizando la equidad. Además, los procesos asistenciales se han hecho más complejos, lo que ha llevado a la necesidad de gestionar sistemas de información asistenciales homogéneos, fiables y suficientes. La Documentación Clínica ha ido evolucionando, integrando estas

necesidades y adaptándose a las nuevas tecnologías, que sin duda están marcando el presente y futuro de nuestra especialidad.

La creación en 2001 en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD de la categoría de médicos de admisión y documentación clínica (Real Decreto 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD – BOE núm. 187 de 6 agosto 2001) consolida la existencia de médicos con funciones de gestión de pacientes, documentación y sistemas de recuperación de información. Previo a este Real Decreto ya existía una categoría médica con la misma denominación o equivalente en otras comunidades autónomas, que ya tenían transferidas las competencias sanitarias con anterioridad a enero de 2002, por lo que de hecho el RD 866/2001 consolida la existencia del médico especialista en documentación clínica y admisión en la práctica totalidad del estado español.

Se hace necesario por tanto disponer de profesionales médicos formados específicamente en las áreas de Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial. En el contexto actual, entendemos que dichos profesionales se formarían a través de un Área de Capacitación Específica, sin que ello suponga renunciar al desarrollo de una especialidad en Admisión y Documentación Clínica, en la línea que marca el RD 866/2001. Estos especialistas deben tener un sólido bagaje de conocimientos no sólo en la aplicación práctica de los principios de la documentación aplicados a la clínica y sobre la resolución de situaciones prácticas y habituales en la gestión de pacientes y los sistemas de información asistenciales, sino que también deben recibir una formación básica adicional sobre Documentación, Gestión y Administración Sanitaria.

3. OBJETIVOS DE LA ACREDITACIÓN ESPECÍFICA EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE PACIENTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

Las áreas de desarrollo de competencias de la acreditación específica en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial son las siguientes:

Gestión de la documentación clínica

La gestión de la documentación clínica tiene como objetivo organizar y gestionar toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente. Aspectos fundamentales sobre esta gestión están regulados por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de 15 noviembre 2002); así como por desarrollos normativos autonómicos de dicha ley.

La gestión de la documentación clínica se concreta en tres aspectos fundamentales: gestionar la historia clínica, los archivos de documentación e historias clínicas y la codificación clínica.

1. Gestionar la historia clínica: Los principios básicos de gestión de historia clínica son independientes del soporte físico en que ésta se encuentre. De esta forma – independientemente de que el modelo de historia clínica se ajuste al tradicional, digital o electrónica – la gestión de la historia clínica conlleva:

- 1.1. Identificar la historia clínica: creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad y fiabilidad, así como la confidencialidad de la información
- 1.2. Diseñar y mantener actualizado el formato de la historia clínica: normalización de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la comisión de historias clínicas
- 1.3. Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, iconografías y otros)
- 1.4. Controlar la calidad de la historia clínica: evaluación sistemática de la calidad formal y de contenido de los documentos empleados en la asistencia, así como elaboración de informes sobre los resultados de las evaluaciones y difusión de los mismos
- 1.5. Garantizar la accesibilidad de la historia, elaborando – en colaboración con las instancias determinadas por cada centro – la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.

2. Gestionar y organizar los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustan a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (BOE núm. 298 de 14 diciembre 1999). Conlleva:

- 2.1. Custodiar, prestar y recepcionar las historias clínicas: supervisión y ejecución de las normas del centro que regulan el acceso y disponibilidad de la historia clínica y de la información en ella contenida, preparación y préstamo (registro del tipo de documentación solicitada, solicitante, motivo, fines y fecha en que se necesita, desarchivado, registro de documentación prestada y envío de la misma) y recepción (registro de documentación devuelta al Archivo y archivado)
- 2.2. Realizar el seguimiento de la documentación prestada: mantenimiento del registro de préstamo-recepción de la historia clínica en el Archivo y reclamación activa de la documentación no devuelta en los plazos establecidos
- 2.3. Identificar, mantener y tratar la documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior: definición y mantenimiento de pasivo, así como la relación activo-pasivo (reactivación)
- 2.4. Evaluar la actividad y control de calidad del Archivo de historias clínicas.

3. Organizar y gestionar operativamente la codificación clínica: Conlleva:

- 3.1. Definir las fuentes de datos del sistema de información clínico
- 3.2. Tratar la información clínica extraída de las historias clínicas:

- Indización (identificación de diagnósticos y procedimientos, selección de diagnóstico principal y codificación a través del sistema de clasificación vigente (Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC) – última versión)
 - Elaboración y validación de la información recogida en el episodio asistencial para configurar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de ingresos, cirugía ambulatoria, hospital de día u otras modalidades asistenciales, acorde con la definición de CMBD que establezcan tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo, como las Comunidades Autónomas: captura de datos administrativos del episodio, registro informatizado de datos clínicos resultantes del proceso de codificación y validación
 - Recuperación, análisis y difusión de la información tratada: envío del CMBD a las instituciones correspondientes, elaboración y difusión del cuadro de mandos del CMBD, realización de búsquedas o informes específicos para satisfacer las necesidades de información de los usuarios internos y elaboración y difusión del análisis de la casuística, utilizando sistemas de clasificación de pacientes basados en el CMBD
- 3.3. Controlar la calidad del sistema de información clínico, desarrollando medidas para garantizar su fiabilidad: evaluación de los documentos fuente y circuitos de información establecidos, auditorías internas y externas del proceso de codificación, revisión sistemática de indicadores de calidad del CMBD (registros agrupados en inespecíficos y otros) y establecimiento de mecanismos de retroalimentación continua de los usuarios internos.

Gestión de pacientes

La gestión de pacientes tiene como objetivo organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el centro sanitario ofrece. Se concreta en cuatro aspectos fundamentales:

- A. Organizar y gestionar operativamente el acceso y la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en sus diferentes ámbitos: Conlleva la organización y gestión operativa de:
- el acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizando en todo momento el principio de equidad
 - la demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc...)
 - la demanda de hospitalización
 - la demanda quirúrgica
 - el registro de pacientes atendidos en Urgencias.
- B. Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para las derivaciones intercentros: Conlleva la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.
- C. Colaborar con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación: Comprende la identificación, registro, emisión de documentación

pertinente y comunicación a la Unidad de Facturación de todas aquellas asistencias sanitarias facturables.

- D. Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria: Comprende:
- Difusión de la oferta de atención ambulatoria especializada a la que se tiene acceso desde Atención Primaria, manteniendo en todo momento la estabilidad de agendas, horarios y prestaciones e informando periódicamente de las demoras
 - Comunicación al Centro de Atención Primaria de la continuidad o finalización de la asistencia especializada, remitiendo los informes correspondientes y garantizando en todo momento la confidencialidad de la información enviada.

En cada una de las áreas básicas de atención desarrolla funciones y tareas específicas, de acuerdo con la legislación vigente:

1. Gestión de pacientes en el área de Urgencias: La gestión de pacientes en el ámbito de urgencias debe garantizar un soporte organizativo e informativo adecuado. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan registrar el episodio de urgencias y coordinar organizativamente el proceso asistencial.
2. Gestión de pacientes en el área de hospitalización: La gestión de pacientes en el ámbito de hospitalización debe regular los ingresos, traslados y altas de este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes hospitalizados y garantizando una distribución razonable de los mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas, registrar el episodio de hospitalización y coordinar organizativamente el proceso asistencial.
3. Gestión de la actividad quirúrgica: La gestión de pacientes en el ámbito quirúrgico debe permitir centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente con o sin ingreso (lista de espera quirúrgica), facilitar el soporte organizativo e informativo de los servicios implicados en la actividad quirúrgica y favorecer la utilización adecuada y eficiente de los recursos adscritos a este área. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan el registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en lista de espera quirúrgica, la preparación de estos pacientes para la cirugía programada, la gestión operativa de la programación quirúrgica, el registro de intervenciones y la coordinación y evaluación del proceso asistencial.
4. Gestión de la atención ambulatoria: La gestión de la atención ambulatoria regula y programa el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de

pacientes en consultas externas y en la realización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios que requieran programación previa. También se incluiría en esta gestión la del hospital de día y la hospitalización a domicilio (por lo que tienen igualmente de ambulatorias), aunque sus requerimientos en cuanto a sistema de información son más similares a los de la hospitalización convencional.

- 4.1. Consultas externas y procedimientos diagnósticos-terapéuticos ambulatorios (con cita previa): La gestión de pacientes en consultas externas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios debe garantizar la gestión de la cita previa y la captura de la actividad realizada. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar una adecuada programación y gestión de agendas, gestión operativa de la solicitud de cita, difusión de la actividad programada, registro de actividad y coordinación organizativa del proceso asistencial.
- 4.2. Hospital de día: La gestión de pacientes en el hospital de día debe regular las atenciones en este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes y garantizando una distribución razonable de los mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de atenciones y programación de las mismas, gestión de puestos, registrar el episodio de atención en hospital de día y coordinar organizativamente el proceso asistencial.
- 4.3. Hospitalización a domicilio: Una de las alternativas a la hospitalización convencional son los servicios de hospitalización a domicilio. La gestión de pacientes en estas unidades debe regular los ingresos y altas de este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, gestión de la capacidad de atención disponible (“camas”), registrar el episodio de “hospitalización” y coordinar organizativamente el proceso asistencial.
5. Derivaciones intercentros: La gestión de derivaciones intercentros coordina las solicitudes de asistencia urgente y programada entre centros y valora la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar las solicitudes y tramitación de atención sanitaria de/a otros centros y la gestión del transporte sanitario adecuado. Es necesario en general recepcionar y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde éste a otros centros, gestionar las solicitudes y mantener actualizado el registro de las mismas, tramitar la documentación clínica precisa para la asistencia y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Información asistencial

La información asistencial tiene como objetivo desarrollar sistemas y dispositivos adaptados a las necesidades de los diferentes usuarios y a la elaboración y el análisis

de la información sobre la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones. Se concreta en las siguientes funciones:

1. Diseñar y desarrollar un sistema de información clínico-asistencial fiable en sus fuentes, ágil en sus circuitos y con información válida
2. Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación del centro
3. Analizar la información para medir y evaluar la actividad, tanto a través de productos intermedios (actividad realizada durante el proceso asistencial), como finales (casuística atendida)
4. Elaborar y difundir información sistemática e informes a demanda
5. Controlar la calidad de la información a nivel de fuentes, captura, circuitos, mantenimiento y actualización de conceptos y definiciones.

4. REQUISITOS DE FORMACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE PACIENTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

La formación en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial requiere una experiencia previa en medicina clínica, que se puede adquirir a través de algunas especialidades médicas con programa formativo definido en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Se consideran las más indicadas Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública y aquellas otras especialidades que en sus programas formativos incluyan docencia en áreas afines.

Para obtener la acreditación específica en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial los médicos con alguna de estas especialidades deberán realizar una formación de dos años de duración. Este periodo de dos años, aparentemente prolongado, es necesario para obtener una formación en la amplitud y profundidad que la evolución de los conocimientos médicos justifica y las necesidades de la sociedad demandan.

5. CONTENIDO DE LAS MATERIAS DEL PROCESO FORMATIVO

La formación en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Asistencial requiere:

1. Una sólida formación clínica previa, garantizada por una especialización en alguna de las especialidades antes mencionadas.
2. Entrenamiento y experiencia en las diferentes tareas asistenciales propias de esta área, que constituyen la parte más importante en la formación del médico documentalista.
3. Formación básica en aspectos específicos de la Documentación Médica, que no se abordan en la Facultad de Medicina, ni en el periodo de Residencia.

La formación reglada de especialistas en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Asistencial se establece en el equivalente de dos años, de los que:

- Una parte correspondería a la formación teórico-práctica, equivalente a 41 créditos ECTS, de los que corresponden a la tesina que habrá que realizar y defender 6.7 créditos ECTS. Esta formación se impartiría en Departamentos Universitarios, Centros y/o Servicios acreditados para la formación en postgrado en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Asistencial.
- Y una segunda, que correspondería a una rotación de un mínimo de 6 meses en centro sanitario, en las diferentes áreas del Servicio de Admisión y Documentación Clínica y en otros servicios afines de los Centros acreditados para la formación en postgrado en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Asistencial.

5.1. FORMACIÓN TEÓRICO-PRACTICA

Los elementos de formación teórico-práctica reglada corresponden exclusivamente a materias de las que no se recibió apenas formación en el período de licenciatura y en otros casos se trata de actualizaciones muy enfocadas y especializadas a las necesidades del especialista en formación. En estos casos no se supone que se imparta una formación básica, sino sólo algunos temas especializados. Esta formación se estructura en módulos y una tesina final de capacitación.

5.1.1. Módulos de formación teórico-práctica

Los módulos de formación teórico-práctica y su distribución en el conjunto de las enseñanzas son:

Módulos teórico-prácticos	%	Créditos ECTS
Documentación clínica y Sistema de Recuperación de Información (SRI)	65%	26.65
Sistemas de gestión de pacientes		
Gestión de la Documentación Clínica		
Gestión de archivos documentales		
Lenguajes documentales		
Sistema de información sanitaria		
Sistema de información asistencial		
Métodos y fuentes del trabajo científico	20%	8.2
Evaluación y acreditación	15%	6.15
Otros módulos (libre configuración)		

Módulo de formación: Documentación clínica y Sistema de Recuperación de Información (SRI)

Objetivo:

El propósito de este módulo es por una parte proporcionar al médico el marco de trabajo, tanto desde el punto de vista científico como profesional en el que desarrolla sus tareas un médico documentalista. Por otra parte, desde el punto de vista metodológico se pretende que sea capaz de:

- Obtener los conocimientos básicos sobre el funcionamiento de los sistemas de información.
- Obtener una visión global del funcionamiento de las organizaciones para la planificación y gestión de sistemas de información.
- Adquirir las habilidades básicas para utilizar las principales técnicas de análisis de las organizaciones y de sus circuitos documentales.
- Estudiar los conceptos básicos implicados en el campo de las necesidades y usos de la información.
- Utilizar las principales técnicas para conocer a los usuarios de los sistemas de información, sus opiniones y su conducta.
- Analizar la utilidad que este tipo de investigaciones tienen para la mejora y el diseño de sistemas y servicios de información.

Contenido:

- Información y comunicación en Medicina. La documentación médica. La documentación médica en España.
- Conceptos y características de los SRI. Teoría de sistemas de información. Tipos de sistemas de información en el entorno médico.
- El entorno de los sistemas de información: el servicio y la organización. El servicio.
- Métodos para el estudio de la dinámica de los sistemas de información: Los diagramas de flujo, el análisis de tareas y el análisis de puestos.
- La organización. Dimensiones de la organización.
- El estudio de las necesidades de información de los médicos. Metodología general de los estudios de necesidades de información, tipos de métodos y estudios de casos.
- Definición del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) y ubicación en el organigrama: Formas de implantación y desarrollo. Catálogo de actividades.

Temario:

- Información y comunicación en Medicina : La documentación médica. La documentación médica en España. Proyección profesional del médico documentalista. La formación de especialistas en documentación médica. Áreas afines a la documentación médica. Las sociedades científicas de documentación médica en España.
- Documentación Clínica: Objetivo, Contenido, Organización

- Conceptos y características de los SRI: Teoría de sistemas de información. Tipos de sistemas de información en el entorno médico. Características de los SRI. Conceptos fundamentales para definir un SRI. Entrada, proceso y salida. Entidad/unidad contable /unidad de información. Clases de datos. Fuentes. Análisis documental. Análisis interno: la indización y sus tipos. El lenguaje del sistema. Categorías, nomenclaturas, clasificaciones y tesauri. Concepto de recuperación. Indicadores.
- El entorno de los sistemas de información: 1.- El Servicio: Métodos para el estudio de la dinámica de los sistemas de información: Los diagramas de flujo; el análisis de tareas y el análisis de puestos. Funciones y características de los manuales de procedimiento. Resolución de problemas y la organización.
- El entorno de los sistemas de información: 2.- La Organización: Dimensiones de la organización. Misión de la organización. Los sistemas de información como instrumentos de ayuda para que la organización cumpla su misión y objetivos. Niveles de los sistemas de información en la organización. Los sistemas de información operacionales, los sistemas de información estratégicos.
- El hospital como organización. Misión y objetivos. Los sistemas de información hospitalarios. Misión y objetivos. Clasificación de los sistemas de información hospitalarios.
- El estudio de las necesidades de información de los médicos: Necesidades y usos de la información médico científica, asistencial y sanitaria. Metodología general de los estudios de necesidades de información. Métodos cuantitativos y métodos cualitativos. Diseño y uso de cuestionarios en el estudio de las necesidades de información. La técnica del incidente crítico. Métodos cualitativos: las entrevistas, los estudios de observación, el examen de informes y documentos.

Módulo de formación: Sistemas de gestión de pacientes

Objetivo:

- Conocer la estructura del SADC y el funcionamiento de las diferentes áreas del mismo: la gestión de pacientes, la gestión de la documentación clínica y del sistema de información asistencial.
- Obtener una visión global del área de gestión de pacientes, que junto a las otras áreas del SADC permita la ordenación y coordinación de las diversas actividades que se producen alrededor de la asistencia médica.

Contenido:

- Gestión de la demanda asistencial de pacientes en asistencia especializada y primaria.
- Gestión de la documentación clínica generada a lo largo del proceso asistencial.
- Sistema de información asistencial adaptado a las necesidades de los diferentes usuarios.
- Desarrollo del catálogo de actividades del SADC.
- Principios de calidad y acreditación del SADC.
- Gestión de la estructura, personal y organización interna del SADC.
- El SADC y su relación con los diferentes niveles asistenciales.

- Sistema de Información Poblacional.
- Desarrollo del catálogo de recursos corporativos (CRC).

Temario:

- Organigrama y gestión interna del Servicio de Documentación Clínica y Admisión: Organigrama. Legislación y normativa. Gestión de personal.
- Catálogo de actividades del Servicio de Documentación Clínica y Admisión: Definición, diseño, elaboración. Utilidad
- Gestión del sistema de información asistencial: Diseño, desarrollo e implantación. Cuaderno mando. Necesidades y flujos de información. Elaboración de informes.
- Gestión de pacientes: Procedimiento administrativo en la gestión de pacientes: herramientas, procedimientos principales, normalización. Gestión de transporte sanitario y otras prestaciones. Derivación intercentros. Gestión de la solicitud de información clínica de terceros. Información clínico administrativa para facturación. Sistemas de información poblacional: acreditación y aseguramiento
- Área de hospitalización: Gestión de camas, utilización hospitalaria. Procedimientos de ingreso y alta hospitalaria. Gestión de la demanda asistencial de hospitalización. Información y optimización de recursos. Elaboración indicadores del área, diseño de flujos.
- Área de gestión de la actividad quirúrgica: Gestión de la demanda, programación quirúrgica, registro de la actividad. Elaboración de indicadores del área.
- Área de atención ambulatoria y servicios centrales (consultas externas, procedimientos diagnóstico-terapéuticos, hospital de día y hospitalización a domicilio): Gestión de agenda y citación. Registro de actividad. Coordinación con otros niveles asistenciales. Gestión de la demanda para asistencia ambulatoria. Elaboración indicadores del área, diseño de flujos
- Área de urgencias: Procedimiento de atención ingreso y alta. Gestión de partes judiciales. Elaboración indicadores del área, diseño de flujos

Módulo de formación: Gestión de la Documentación Clínica

Objetivo:

- Conocer los principios básicos de la historia clínica, así como su estructura y utilidades.
- Adquirir conocimientos para aplicar la legislación vigente y poner en marcha los proyectos necesarios para la aplicación de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en el uso de la historia clínica.

Contenido:

- Concepto de historia clínica. Usos y modelos.
- Principios de diseño de documentos clínicos.
- Bases para una historia clínica electrónica.
- Normativa sobre la historia clínica

Temario:

- Conceptos básicos de la atención sanitaria: paciente, salud, información, comunicación, etc...
- Evolución histórica de la historia clínica (HC)
- Concepto actual de historia clínica
- Papel de la historia clínica como vehículo de comunicación.
- Características generales de la historia clínica
- Identificación de pacientes
- Usos de la historia clínica
- Modelos básicos de historia clínica: HC tradicional, historia clínica orientada por problemas (HCOP), HC digital e historia clínica electrónica (HCE)
- Estructura, contenido, funciones y usos de la historia clínica según actividad asistencial.
- Análisis de la historia clínica como fuente de información
- Normalización y estandarización de la historia clínica: diseño de documentos, análisis de documentos específicos: informe de alta, consentimiento informado, otros informes, hojas operatorias, etc....
- Organización y ordenación de la HC
- Acceso, custodia y perdurabilidad de la HC. Legislación
- Etapas de la evolución hacia la HCE y la historia de salud
- Métodos de evaluación de la calidad de la historia clínica

Módulo de formación: Gestión de archivos documentales

Objetivo:

Conocer la estructura, contenidos y funciones de un archivo clínico

Contenido:

Concepto, objetivo, funciones, actividades, diseño y evaluación de un archivo de historias clínicas.

Temario:

- Estructura de un archivo clínico y su ubicación dentro del SADC.
- Mantenimiento del fichero índice de pacientes (FIP)
- Archivo: Objetivo, funciones.
- Archivo: Tipos de archivo
- Archivo: Diseño, procedimientos y evaluación
- Archivo: Gestión de la documentación clínica
- Archivo: Gestión de los recursos materiales y humanos
- Archivo: Custodia, tratamiento y conservación de la documentación
- Legislación
- Arquitectura y seguridad

Módulo de formación: Lenguajes documentales

Objetivo:

Conocer los problemas de la terminología en Medicina, así como las herramientas disponibles para el control de vocabulario médico. Manejar los principales lenguajes documentales

Contenido:

Análisis de términos médicos. Bases del control de vocabulario. Estudio de las principales nomenclaturas y clasificaciones

Temario:

- Conceptos generales de terminología médica
- Origen de los términos médicos
- Análisis de términos: neologismos, raíces, prefijos y sufijos.
- Problemas del lenguaje médico: abreviaturas, acrónimos, epónimos, etc....
- Principios de control de vocabulario: Concepto de lenguaje documental
- Concepto y tipos de nomenclaturas y clasificaciones de uso en información clínica
- Tipos de clasificaciones: La CIE-9, la CIE-9-MC, la CIE 10, la CIE-O, la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la Sistematized Nomenclature Medical Clinical Terms (SNOMED-CT) y otras clasificaciones especializadas.

Módulo de formación: Sistema de información sanitaria

Objetivo:

- Capacitar en la identificación de los diferentes sistemas de información en Salud Pública. Incluye esta identificación la capacidad de discernir el uso diferencial que los datos pueden tener según el objeto del registro final o de la explotación de los datos agregados en los diferentes sistemas.
- Habilitar en los conocimientos necesarios para reconocer la importancia de los documentos primarios como fuente de información en salud pública.
- Mostrar un esquema general e integrado de la Vigilancia en Salud Pública (VSP)
- Conocimiento de los registros de cáncer como sistemas de información

Contenido:

- Registros de Cáncer: Concepto, estructura, tipos, diseño y usos
- Concepto, funciones, actividades y contenidos de la VSP
- Los sistemas de información para la VSP
- Redes de vigilancia europeas.

Temario:

- VSP: Concepto, recolección de datos, análisis e interpretación de los datos, producción de información y su difusión.
- Tipos de sistemas de información para la VSP. Sistemas básicos, sistemas centinela, sistemas de información microbiológica.

- VSP: Desarrollo histórico y legislativo.
- Red de VSP: Funciones, actividades, niveles organizativos, contenido
- Sistema básico de la red de VSP: Sistema de notificación obligatoria de enfermedades (EDO), Sistema de notificación de situaciones epidémicas y brotes, Sistema de información microbiológica.
- Sistemas específicos de VSP: SIDA, enfermedad meningocócica, parálisis flácida aguda, etc.
- Vigilancia centinela sanitaria, vigilancia de la mortalidad, registros de enfermedades, vigilancia de la salud laboral.
- Concepto de registro de cáncer: Registros hospitalarios. Registro poblacional. Principios de diseño de un registro de cáncer. Explotación, interpretación de resultados y usos de los registros de cáncer

Módulo de formación: Sistema de información asistencial

Objetivo:

- Conocer los productos del SADC y las necesidades de información de los principales usuarios: Administración sanitaria, dirección, servicios asistenciales y comisiones clínicas. Así como los subproductos de información que actualmente están en funcionamiento
- Adquirir las habilidades básicas para el diseño, elaboración e interpretación de los principales indicadores clínicos y sanitarios.

Contenido:

- Fuentes y necesidades de información en los SADC
- Nociones de estadística básica. Métodos para la producción y presentación de indicadores.
- Cuadro de mandos integral
- Tratamiento de la información clínica: indización
- Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Áreas de aplicación
- Otros sistemas de registro: actividad quirúrgica, compensación intercentros, información económica, listas de espera, etc.

Temario:

- Fuentes y necesidades de información
- CMBD: Historia , propuestas (europea, nacional, autonómicas)
- Gestión del CMBD. Áreas de aplicación
- Gestión Clínica: Objetivo, indicadores
- Sistemas de clasificación de pacientes: GRD: Concepto, modelos, evolución histórica. Producción de GRD. Interpretación de resultados
- Cuadro de mandos. Cuadro de mandos integral
- Estadística descriptiva. Tipos de organización, Tabulación y presentación de datos, Muestreo, tipos de muestreo. Inferencia estadística. Contraste de hipótesis, Estadística no paramétrica
- Métodos para la producción y presentación de indicadores: Indicadores de actividad asistencial y sanitaria; Criterios para la selección y construcción de

indicadores; Propiedades de los indicadores. Sesgos, estandarización; Presentación de indicadores; Principios para analizar e interpretar indicadores.

- Necesidades de información de los distintos usuarios.

Módulo de formación: Métodos y fuentes del trabajo científico

Objetivo:

- Conocer y aprender a utilizar las principales fuentes de información científica disponibles, según las necesidades de información y en sus diversos soportes.
- Obtener los conocimientos básicos para el diseño, elaboración y publicación de un trabajo científico.
- Estudiar las necesidades de información de los usuarios
- Medir la actividad científica

Contenido:

- Principales fuentes de información científica de interés para el médico documentalista. Metodología para la realización de búsquedas de información bibliográfica.
- Métodos y técnicas del trabajo científico.
- El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica: Principales modelos de indicadores bibliométricos. Aplicaciones para la evaluación de la actividad científica. Fuentes de datos para la bibliometría

Temario:

- Fuentes de información científica:
 1. El problema de la información científica y su origen. Características de la información científica
 2. Concepto y tipos de fuentes de información y de documento
 3. Principales bases de datos en ciencias de la salud. Acceso a bases de datos bibliográficas a través de Internet
 4. Acceso al documento primario
 5. Valoración de las fuentes de información
 6. Metodología para la realización de búsquedas bibliográficas
- Métodos y técnicas del trabajo científico:
 1. Fases del trabajo científico. Exigencias de la comunicación científica. Normas de estilo en la redacción de los trabajos de investigación
 2. Tipos de trabajos científicos. Características, contenido, forma de presentación y ventajas frente a la comunicación oral
 3. La presentación de comunicaciones orales
 4. El estilo científico de la escritura
- El análisis bibliométrico:
 1. El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica
 2. Estadística descriptiva de las publicaciones científicas. Indicadores de producción, consumo y necesidades de información

3. Aplicaciones de la Bibliometría a la evaluación de las instituciones asistenciales y científicas biomédicas

Módulo de formación: Evaluación y acreditación

Objetivo:

Obtener una visión general sobre los aspectos que pueden influir en el correcto funcionamiento de los sistemas de información, así como sobre los métodos más comúnmente utilizados para su evaluación.

Contenido:

- La evaluación. Razones e interés. Método general de la investigación evaluativa.
- Evaluación: misión, visión y valores de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.
- Acreditación de las organizaciones sanitarias.
- Acreditación de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Temario:

- Evaluación. Razones e interés.
- Los sistemas de información y su entorno. Requisitos de calidad para el buen funcionamiento.
- Método general de la investigación evaluativa.
- Evaluación de: fuentes de información, proceso documental, productos y recuperación
- Criterios de acreditación.
- Acreditación de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica.

Módulos de formación de libre configuración

Objetivo:

Formación complementaria en algunos de los módulos anteriormente definidos o en materias afines.

En ningún caso, la totalidad de estos módulos superaran el 15% de la formación teórico-práctica planteada.

5.1.2. Tesina final de capacitación

Objetivo:

Desarrollo de un trabajo de investigación de tipo descriptivo o analítico, supervisado por un tutor y con exposición y defensa pública, aplicando los conocimientos metodológicos aprendidos durante el periodo de formación teórico-práctica

Contenido:

- Planteamiento del tema y elección de tutor
- Búsqueda bibliográfica
- Desarrollo de un trabajo de campo
- Exposición y defensa pública

Criterios de evaluación:

La pertinencia del tema elegido, la dificultad de su desarrollo, la exhaustividad de la búsqueda bibliográfica y la exposición pública

5.2. ROTACIÓN**Objetivo:**

Aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación teórico-práctica y conocer el desarrollo de la actividad de un médico documentalista en una situación real.

Contenido:

- Observación directa con análisis de tareas de todas las secciones de un Servicio de Admisión y Documentación Clínica.
- Desarrollo de algunas tareas del Servicio.

Actividades:

- Desarrollar un manual de procedimiento del Servicio
- Conocer todas las actividades que realiza el médico documentalista del Servicio
- Ser capaz de gestionar y desarrollar su actividad laboral como médico documentalista en un Servicio de Admisión y Documentación Clínica

Planificación:

El rotatorio se desarrollará en un periodo continuo de jornada laboral durante un mínimo de 6 meses, bajo la supervisión de un tutor que será el responsable de su evaluación continuada.

La rotación en las diferentes secciones del servicio, se ajustará a las siguientes proporciones:

- Gestión de pacientes: 30%
- Documentación clínica: 30%
- Sistema de información asistencial: 30%
- Otras actividades afines: 10%

6. CENTROS DE FORMACIÓN

- Formación teórico-práctica: Esta formación se podrá hacer en Departamentos Universitarios, Centros y/o Servicios acreditados para la formación en postgrado en Admisión y Documentación Clínica.
- Rotatorio: Deberá tener lugar en Centros acreditados para la formación en postgrado en Admisión y Documentación Clínica.

En todos los casos corresponderá al Consejo Nacional de Especialidades Médicas acreditar las diferentes Unidades y programas de formación en Documentación

Clínica, Gestión de Pacientes y Sistema de Información asistencial, creando para tal finalidad una Comisión Interdisciplinaria que vele por la calidad formativa de los candidatos.

7. PROVISIÓN DE PLAZAS DE FORMACIÓN EN DOCUMENTACIÓN CLÍNICA, GESTIÓN DE PACIENTES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL

Los organismos competentes en las respectivas Comunidades Autónomas podrán establecer anualmente un número limitado de plazas de dos años de duración para formación en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistema de Información asistencial, a las que podrán optar los profesionales con una experiencia previa en medicina clínica (Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Artículo 25), que se puede adquirir a través de algunas especialidades médicas con programa formativo definido en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Se consideran las más indicadas Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública y aquellas otras especialidades que en sus programas formativos incluyan docencia en áreas afines.

8. SELECCIÓN DE LOS CANDIDATOS

Los médicos especialistas que deseen optar a la formación en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistema de Información asistencial deberán solicitarlo en la convocatoria correspondiente. Para tal finalidad se establecerá un baremo en el que se especificarán los méritos académicos y profesionales, así como las pruebas selectivas correspondientes.

Anexo I - Publicaciones periódicas de Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial

ABBS: L'Association des Professionnels de l'Information et de la Documentation
American Journal Public Health
Annals of Library and Information Studies
Archives (Québec)
Archives (British Records Association)
Cahiers de la Documentation (Belgique)
Ciencia da Informaçao
Cuadernos de Bioética
Cuadernos de Gestión
Documentaliste-Sciences de l'Information
El Profesional de la Información
Forin@
Gaceta Sanitaria
Gestión Hospitalaria
Health Care Policy
Health Information Management
Informática y Salud
Information & Management
Internacional Digest of Health Legislation
Internacional Journal for Quality in Health Care
Journal of the American Society for Information Science
Journal of Documentation
Journal of Information Science
Lligall
Methods of Medical Information
Papeles Médicos
Public Health Reports
Revista de Calidad Asistencial
Revista Española de Documentación Científica
Revista Española de Salud Pública
Revista General de Información y Documentación
Revista de Sanidad e Higiene Pública
Revue Gestions Hospitalieres
Revue Médical de l'Assurance Maladie
Scand J Prim Health Care
Scientometrics
Tábula
Todo Hospital

Publicaciones periódicas de carácter general de interés para la Documentación Clínica,
Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial:

Atención Primaria
British Medical Journal (BMJ)
Centro de Salud
Cirugía Española
Enfermería Clínica
JAMA (Journal of the American Medical Association)
Jano
Medicina Clínica (Barcelona)
Rol. Revista de Enfermería

Anexo II - Acceso al Diploma de Área de Capacitación Específica en Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial, a los profesionales dedicados a esta disciplina con anterioridad a la regulación de la formación.

Al objeto de incluir a aquellos médicos documentalistas con larga experiencia profesional y de acuerdo con el artículo 25 de la Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, se propone que los aspirantes deberán haber realizado la mayoría de las funciones siguientes, al menos durante siete años:

Gestión de la documentación clínica

- Gestión de la historia clínica:
 - Identificar la historia clínica
 - Diseñar y mantener actualizado el formato de la historia clínica
 - Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada
 - Controlar la calidad de la historia clínica
 - Garantizar la accesibilidad de la historia, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad
- Gestionar y organizar los archivos de documentación e historias clínicas:
 - Custodiar, prestar y recepcionar las historias clínicas
 - Realizar el seguimiento de la documentación prestada
 - Identificar, mantener y tratar la documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior
 - Evaluar la actividad y control de calidad del Archivo de historias clínicas
- Organizar y gestionar operativamente la codificación clínica:
 - Definir las fuentes de datos del sistema de información clínico
 - Tratar la información clínica extraída de las historias clínicas: indización, elaboración y validación de la información, recuperación, análisis y difusión de la información tratada
 - Controlar la calidad del sistema de información clínico, desarrollando medidas para garantizar su fiabilidad

Gestión de pacientes

- Organizar y gestionar operativamente el acceso y la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en sus diferentes ámbitos:
 - el acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada
 - la demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio
 - la demanda de hospitalización
 - la demanda quirúrgica
 - el registro de pacientes atendidos en Urgencias
- Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para las derivaciones intercentros
- Colaborar con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación

- Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria

Información asistencial

- Diseñar y desarrollar un sistema de información clínico-asistencial
- Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos
- Analizar la información para medir y evaluar la actividad
- Elaborar y difundir información sistemática e informes a demanda
- Controlar la calidad de la información