Diciembre 1995

Primera Memoria de SEDOM

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 4

HISTORIA DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA 6
1. La documentación médica 7
2. Problemas informativos de la ciencia m édica 7

2.1. La bibliografía médica 12

3. Problemas informativos de la practica médica 14

3.1. Información médico-asistencial 15
3.2. La organización hospitalaria de las historias clínicas 19
3.3. La terminología médica 22
3.4. La información sanitaria 25
3.4.1. Estadística vital y demográfica 26
3.4.2. Estadística sanitaria 27

4. La constitución de la documentación médica como disciplina 30

5. La especialidad en documentación médica 33

5.1. Sistemas de información en general 34
5.2. Sistemas de información asistencial y sanitaria 35
5.3. Sistemas de información médico-científica 36
5.4. Dirección del Departamento 37
5.5 Educación y docencia 37
5.6. Investigación 38

Grado de implantación de la documentación médica como disciplina científica 39

1. Existencia de una parcela cient ífica definida 40

2. Existencia de un importante número de profesionales 40

3. Libros, artículos de revistas y comunicaciones a congresos. 41

4. Organización de congresos y reuniones 43

5. Docencia en documentación médica 44

5.1. Médicos Documentalistas 44

5.2. Personal Auxiliar 45

6. Asociaciones profesionales 45

7. Revistas especializadas 46

8. Reconocimiento social de la existencia de profesionales en dicha materia: asesoramiento a instituciones 47

ANEXOS 48

1. La Documentación médica en Andalucía 49

2. Sociedad de Documentación médica de la Región de Murcia 53

3. La Documentación Médica en Galicia 56

4. Actividades desarrolladas en la Comunidad Autónoma de Madrid en el campo de la Documentación Médica 59

5. Actividades científicas de la Societat Catalana de

Documentació Médica 61

6. La Documentación Médica en la Comunidad Valenciana 67

7. La Documentación Médica en la Universidad de Zaragoza 80

8. Estatutos Sociedad Española de Documentación Médica 86

BIBLIOGRAFÍA 95

MARCO LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA 105

1. Legislación estatal 106

2. Legislación de Cataluña 108

3. Legislación de Galicia 109

4. Legislación de Navarra 109

5. Legislación del País Vasco 109

6. Legislación de la Comunidad Valenciana 111

PRESENTACIÓN

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica ha elaborado esta memoria titulada "Estado actual de la Documentación Médica" como base y fundamento para solicitar de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas el reconocimiento de la Documentación Médica como especialidad. Son muchos los argumentos y razones que justifican esta petición; unos de índole científico y académico, otros de orden histórico y profesional. Este informe desarrolla todos ellos, documentando siempre aquellas

afirmaciones que sirven de punto de referencia doctrinal y que dan marco a la necesidad básica de transformar la documentación médica en una especialidad más de las Ciencias de la Salud.
La memoria en su primer capítulo presenta de forma resumida, la historia y contenido de esta disciplina y a medida que se avanza en su lectura empieza a vislumbrarse y a sentirse la razón profunda que da sentido a esta solicitud.

A continuación, se presenta el desarrollo profesional, técnico, académico y científico que desde los inicios (presentados en el primer capítulo) hasta el presente han alcanzado los profesionales de la medicina y la propia disciplina de la Documentación Médica, e indica los contenidos académicos que la SEDOM propone para el profesional de la Documentación Médica.
Este informe pretende ser un documento inicial de discusión, sobre el que se puedan contrastar opiniones y necesidades.

HISTORIA DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA

1. La documentación médica

La Documentación Médica es la disciplina científica que trata de proveer los métodos y técnicas necesarias para solucionar los problemas informativos de la medicina; esto es: aquellos derivados de la práctica médica, tanto preventiva, asistencial como de salud pública; y los derivados de su desarrollo científico. Para aclarar los planteamientos básicos de esta disciplina, resulta necesario tener en cuenta el carácter de dichos problemas informativos, así como las circunstancias que los han condicionado. Por ello, se detallan los aspectos mas importantes, en lo que a la información le concierne, de ambas facetas de la medicina.

2. Problemas informativos de la ciencia médica

Como indica Terrada (1983), la ciencia médica participa plenamente, con el resto de las ciencias, del fenómeno experimentado por la información científica y calificado contundentemente por D.J.S. Price (1973), como "Disease of Science". Como enfermedad, su síntoma primordial es el enorme crecimiento experimentado por las publicaciones científicas.

Al estudiar el mecanismo de producción del problema, López Piñero (1977), señala su raíz mas profunda en la llamada por los historiadores Revolución Científica, término con el que la investigación especializada designa a la constitución de la ciencia moderna a partir del siglo XVII. Según este autor, con anterioridad los patrones propios del saber tradicional mantuvieron a la información científica en unas condiciones estáticas que no pudo ni siquiera ser dinamizadas con la aparición de la imprenta. La ciencia era un conocimiento absoluto, un discurso cerrado contenido en unos textos clásicos o "autoridades".

La revolución Científica significó, la ruptura con los supuestos tradicionales del saber, lo que situó al cultivo de la ciencia en unas condiciones radicalmente distintas. Frente al carácter dogmático y esencialista del saber tradicional, la ciencia moderna renuncia a un conocimiento absoluto de la esencia de la realidad, limitándose a explicarla indirectamente mediante leyes que relacionan datos entre sí. Las explicaciones científicas modernas no son nunca definitivas, puesto que están abiertas al aporte de nuevos datos que obligan a un replanteamiento de su verificación o de su falsedad. Esta nueva concepción de la ciencia trae como consecuencia la pulverización del criterio de autoridad de los textos clásicos. Muy pronto el libro pasó a ser un vehículo poco apropiado de la información científica. Hacía falta un instrumento mas ágil: la revista científica, que como indica López Piñero (1977), surgiría de los grupos sociales que crearon las primeras instituciones al servicio de la ciencia moderna: la Royal Society de Londres, la Académie des Sciences de París, etc. Las primeras publicaciones aparecieron en 1665: las *Philisofical Transactions* de la Regia Sociedad londinense y el *Journal de Scavans* de Denis de Sallo. Posteriormente aparecieron revistas médicas especializadas como la *Miscellanea Curiosa* (1770), el *Acta médica et philisofica hafniensia* (1771) y

el *Journal des nouvelles découvertes sus toutes les parties de la médicine* (1679), este último la primera revista médica en idioma vulgar.
Al principio, las revistas ofrecían únicamente resúmenes de los nuevos libros científicos que iban apareciendo, pero gradualmente fueron convirtiéndose en medios de comunicación de las investigaciones y descubrimientos más recientes.

A partir del siglo XIX el artículo de revista se convirtió en el medio de expresión de la zona de crecimiento y progreso de la ciencia. El libro, por lo contrario, quedó relegado a una función complementaría. Terrada (1983), señala varios niveles que, de modo muy esquemático, corresponden a la monografía, a la obra de consulta y al manual didáctico. En el flujo que va desde el contenido de los artículos mas recientes de alta investigación hasta el libro de texto, es inevitable, no solo un retraso, sino un empobrecimiento informativo. De ahí, que la información que proporciona un manual resulte adecuada para introducirse en un determinado aspecto de la ciencia, pero no para pretender disponer de una imagen completa y al día. Del mismo modo, una buena obra de consulta puede proporcionar un panorama completo que muchas veces se escapa a la monografía, pero que siempre será un saber de anteayer. La monografía recoge los conocimientos de ayer, pero para tomar contacto con los de hoy resulta indispensable el manejo habitual de artículos de revista.

Una consecuencia inmediata de la concepción moderna de la ciencia y de la comunicación entre sus cultivadores, ha sido el crecimiento de la información científica.
El primero en formular de modo preciso la ley que rige el crecimiento de los aspectos medibles de la ciencia, entre ellos los de la información, ha sido, D.J. de Solla Price. Sobre abundante material estadístico, Price formuló una ley general aplicable a la ciencia moderna, desde el siglo XVIII hasta la actualidad, según la cual la forma normal de crecimiento es exponencial. La tasa de crecimiento de la ciencia en un momento dado es, por tanto, proporcional al tamaño total hasta entonces adquirido, de acuerdo con lo que sucede así mismo en el crecimiento de otros fenómenos biológicos y sociales, aunque hay que subrayar que el ritmo de crecimiento de la ciencia es superior al de estos últimos En concreto el ritmo de duplicación de la literatura científica es de 10 años cuando se utiliza un criterio amplio y 15 años cuando este es mas restringido (Price, 1973).

La primera consecuencia que saca Price de esta forma de crecimiento exponencial es la explicación de la *contemporaneidad* característica de la ciencia moderna. Llamando *coeficiente de contemporaneidad* al porcentaje que significa la ciencia actual respecto el conjunto de todas las épocas.
Otra consecuencia del carácter del conocimiento científico moderno y de la dinámica de la comunicación entre los grupos que lo cultivan es el rápido envejecimiento de la literatura científica, es decir, la acelerada tendencia a que las publicaciones científicas caigan en desuso. Este fenómeno no fue, sin embargo, de aparición inmediata como en el caso del crecimiento exponencial sino que tras un serie de etapas intermedias, no alcanzó plena vigencia hasta mediados del siglo XIX.
De acuerdo con la síntesis que nos ofrece Terrada (1983), durante la segunda mitad del siglo XIX, cristalizaron los paradigmas de la ciencia médica normal en torno a lo que Acherknecht ha llamado "medicina de laboratorio". A partir de estas fechas, ya no resultó rentable la consulta de textos de épocas pasadas con el fin de obtener materiales aprovechables desde el punto de vista doctrinal o práctico. Su contenido, como señala López Piñero (1977), ya no era directamente utilizable y, por otra parte, el crecimiento exponencial sepultaba la información anticuada bajo masas de información reciente cada vez mayores.

El criterio utilizado para medir el envejecimiento de las publicaciones científicas fue definido por Burton y Kebler (1963) como semi-período de la literatura científica. Partiendo del concepto de semiperiodo de la física nuclear, estos autores definieron el de la literatura científica como "el tiempo durante el cual fue publicada la mitad de la "literatura activa circulante" Burton y Kebler, postularon también la hipótesis (que después ha sido confirmada) de que la literatura científica periódica está compuesta por dos tipos de publicaciones con semiperiodos distintos, variando su proporción en las diferentes disciplinas. Hay materias con un fuerte componente de literatura "clásica", es decir, resistente a la obsolescencia, como la geología, las matemáticas, la botánica y, las ciencias humanas y sociales. Otras por lo contrario, están compuestas casi exclusivamente por literatura "efímera", como la física y la ingeniería. Hay, por último, algunas de carácter intermedio, como la química, la biología y la medicina.

Desde las aportaciones de Line en 1970, se sabe que la obsolescencia es un fenómeno condicionado por varios factores sociales y que, por lo tanto, la validez del "semiperiodo" como indicador se reduce al grupo de científicos considerados como "usuarios" del análisis.
Estudiando la distribución de referencias por año, Price (1973) advirtió que la curva de envejecimiento es también exponencial, como en el caso del crecimiento y también observó que los trabajos mas recientes recibían, comparativamente, más citas que el resto, debido a lo que él llamó "factor de contemporaneidad".

2.1. La bibliografía médica

Bordman (1954), sitúa en el siglo XVI lo que llama "infancia de la bibliografía médica", mientras que la siguiente centuria sería la del "desarrollo de la técnica bibliográfica". Entre los principales protagonistas del período de "infancia" puede citarse a Conrad Gesner por su bibliografía monográfica sobre Galeno (1561-1562).

De la incorporación de España al movimiento documental hay, como indica Olagüe (1990) escasas investigaciones. Siguiendo a este autor, dentro de los esfuerzos españoles realizados a finales del siglo pasado y principio de este cabe citar algunos intentos de recoger la literatura médica contemporánea periódica. Entre ellos la edición en Madrid por parte de Francisco Méndez Alvaro, junto con otros colaboradores de una revista, *Archivo de la Medicina Española y Extrajera* (1845-1846), que puede considerarse como un repertorio de resúmenes de artículos de revistas tanto españolas como foráneas, acompañado incluso de un temprano ensayo de estadística bibliográfica. Además está la aparición del *Anuario de Medicina y Cirugía Prácticas* (1864-1914) que se dedicó especialmente a las publicaciones hemerográficas.

De entre los intentos mas significativos de recoger sistemáticamente la literatura periódica española que podríamos considerar como precedentes del actual *Indice Médico Español* (1965-) debemos citar el *Indice Medicus Hispanus* (1904-1906) iniciativa del médico catalán Josep Pascual i Prats. El Index supuso la conexión española con la tradición bibliográfica continental. Estaba destinado a la "catalogación de trabajos originales publicados por médicos españoles". En total se publicaron seis números, constando cada uno de tres secciones: la de "Periódicos y Revistas" , que incluía la referencias bibliográficas de los artículos a las que se añadía el código de materias correspondiente a la Clasificación Decimal Universal hasta un máximo de tres entradas por artículo; la sección de "Libros y Folletos" que incluía tanto la información bibliográfica como de materias y la tercera sección denominada "Duplicata" donde se reproducían algunas referencias bibliográficas contenidas en las secciones precedentes que, por su temática, podían ser catalogadas bajo distintos epígrafes.

El *Index Medicus Hispanus* fue interrumpido en 1906, fundamentalmente, como señala Olagüe (1990) por la incomprensión y falta de apoyo de la sociedad médica española de su tiempo. Los mismos motivos podrían señalarse como causa del fracaso del segundo intento, realizado por Pascual i Prats, de revitalizar el Index en 1918, para el que incluso llegó a contar con el apoyo de figuras tan relevantes como Gregorio Marañón y Pi i Suñer.

El segundo intento lo constituyó el *Indice Español de Literatura Médica* que desde 1928 a 1936 se publicó bajo la dirección del valenciano Juan Bautista Peset Aleixandre. Su fusilamiento en 1941 por motivos políticos es un hecho expresivo de los motivos de la nueva interrupción.
El tercer intento de conseguir los malogrados propósitos de Pascual i Prats y de Peset se materializó en 1965 en el actual *Indice Médico Español* producido en Valencia por el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-Universidad de Valencia).

Como describe el que fuera su fundador, José María López Piñero, con motivo de la aparición del número 100 del repertorio, sus comienzos fueron principalmente basados en el voluntarismo careciendo de infraestructura tanto de personal como institucional y económica salvo el apoyo de la firma C.H. Boehringer Sohn Ingelheim. En 1971 el repertorio recibió el patrocinio de la Caja de Ahorros de Valencia fundándose el Centro de Documentación e Informática Biomédica, es decir los primeros documentalistas médicos profesionales de nuestro país.

Simultáneamente se creó la base de datos IME, que analizó ese año casi cuatro mil artículos, punto de partida de la cifra actual que supera los trece mil artículos anuales. Desde 1990 la base de datos está disponible en CD-ROM.

De forma paralela se ha desarrollado su institucionalización, cuyos principales hitos han sido la conversión en 1978 del Centro en Obra Social en colaboración con la Universidad de Valencia y la Caja de Ahorros de Valencia y su encuadre actual desde 1985 en el seno del nuevo Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-Universidad de Valencia).

3. Problemas informativos de la practica médica

En relación con la práctica médica podrían considerarse dos grandes áreas, aunque no las únicas, de producción de la información, siendo: la derivada del contacto directo del paciente con el médico o con el equipo asistencial y que es conocida como información médico-asistencial o, clásicamente, clínica; y la que resulta de la puesta en marcha de los mecanismos para evitar la aparición de la enfermedad y, en su caso, de aquella relacionada con el estudio de la distribución y características de la enfermedad en una colectividad y la organización de la asistencia sanitaria. No existe una separación clara entre las áreas de la medicina que cubren estos aspectos. Esto es, la medicina preventiva y la salud pública. Como resultado de su actividad se produce lo que de forma genérica conocemos como información sanitaria.

3.1. Información médico-

El máximo exponente de la información producida como resultado de la asistencia médica lo constituye la historia clínica. La historia clínica ha sido definida por el Prof. Lain Entralgo (1974) como:

"El documento fundamental y elemental del saber médico en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico, para obtener el diagnóstico, tratamiento y la posible curación de la enfermedad"
Los usos y funciones que cumple este documento son variados. Así, la historia clínica se considera como un instrumento indispensable para realizar una buena función asistencial; su adecuada cumplimentación permite evaluar la calidad de la atención profesional; su existencia es el respaldo jurídico-legal de la labor desarrollada en la asistencia. La información que contiene resulta insustituible para efectuar las labores docente e investigadora propias de la clínica; y por último, cobra cada vez más importancia en el marco de un centro hospitalario, para la evaluación de la gestión.

Estos usos son fruto de la adaptación y desarrollo de este vehículo informativo a las características y necesidades de la práctica médica actual. Siendo el instrumento que permite garantizar una continuidad de la información, como verdadero soporte de la continuidad de la asistencia (tanto entre los sucesivos puntos de contacto de un paciente con el sistema asistencial y los miembros de los equipos responsables, como diacrónicamente) y de la elaboración patográfica como base indispensable del conocimiento nosológico. De aquí que desde la Documentación sea necesario conceptualizar la historia clínica como un "subsistema" de información, con funciones de registro y organización, comunicación, almacenamiento y recuperación, en los sistemas de recuperación de la información clínica, que son la base de los diversos usos asistenciales, docentes y de investigación del dosier asistencial.

Desde este punto de vista, cabe señalar tres aspectos importantes en la concepción actual de la historia clínica, que se refieren a su contenido, normalización del formato y estructura.
Nos referimos, en primer lugar, a la concepción actual de la historia clínica de un paciente como una historia única, personal, integrada y acumulativa (Peris Bonet, 1974).
Desde un punto de vista asistencial, dentro de cada institución hospitalaria o en un grupo de centros, esta concepción supone la integración en una sola historia clínica de toda la información que genera el paso de un enfermo. Esto hace necesario disponer de unos instrumentos que permitan integrar y mantener esta información. Estos instrumentos los constituyen los archivos centrales de historias clínicas, actualmente sistemas de recuperación de información clínica.

Como señalan Terrada y Peris (1989), la necesidad de mantener una historia hospitalaria única por paciente no es nueva. De hecho, la presencia de archivos de historias clínicas hospitalarias precede en muchos años a la tipificación y difusión del concepto de historia clínica personal integrada y acumulativa que acabamos de exponer. Así el Pennsilvania Hospital, fundado en 1752, conserva todo su archivo de historias clínicas desde 1803 y el Massachusetts General Hospital posee un archivo de historias clínicas desde su fundación en 1821.

En la actualidad, la necesidad de una historia hospitalaria única por paciente está ampliamente aceptada desde hace décadas. Así consta en las recomendaciones de los informes Tumbridge (Ministry of Health, 1965) y Walker (Scottish Home and Health Department, 1970), para los estándars de historias clínicas hospitalarias en Gran Bretaña y en las recomendaciones de la American Hospital Association (A.H.A., 1972). En España, algunas Comunidades Autónomas han regulado el uso de la historia clínica, así, en la Comunidad Valenciana la adopción de la historia clínica única ha quedado regulada por el Decreto 56/188, de 25 de abril de 1988, del Consell de la Generalitat Valenciana. En el País Vasco el Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, regula el uso de la Historia Clínica de los centros hospitalarios.

El segundo aspecto al que nos hemos referido con anterioridad se refiere a la normalización del formato de la historia clínica. La normalización tiene por objeto permitir la constitución física de una colección documental única que integra materiales procedentes de diversos servicios o instituciones, facilitar la toma de datos y la consulta de la historia, mejorar el aspecto de los documentos y disminuir los costes de impresión. A este respecto varios organismos se han pronunciado y han establecido recomendaciones. De entre ellos destacamos, el ya mencionado informe Tumbridge, que en 1965 recomendaba la normalización de formatos y su preferencia por el uso de formatos internacionales, la definición de un orden estándar de los documentos en la historia así como una uniformación de la titulación de los mismos y la estandarización de la identificación del paciente. Así mismo, en 1969, el Grupo de Estudios de la OMS recomendaba la adopción de formatos estándar siempre que sea posible. El Informe Walker, es cauto en sus recomendaciones de estandarización, subrayando la necesidad de una normalización mínima y preconizando una mayor flexibilidad que facilite a las unidades especializadas el que puedan contar con documentos que cubran sus necesidades específicas.

Por último, el aspecto que tratamos está en relación con la estructura de la historia clínica. Hasta este momento nos hemos referido a la historia clínica con un formato que podríamos llamar clásico o tradicional, cuya estructura formal, como ya se ha indicado, se ha mantenido básicamente igual a la propuesta por Boerhaave en el siglo XVII y utiliza como medio para organizar su contenido dos sistemas: a) la organización por procedencia de los datos (con dos variantes: por especialidades médicas o por episodios asistenciales) o b) la organización exclusivamente cronológica.

No obstante, hay opiniones como las de Feinstein (1970) y Weed (1971) que cuestionan que éste sea el formato más adecuado para que la historia clínica cumpla eficazmente sus tareas de registro, integración y comunicación de la información.

Con el objetivo de superar las limitaciones de las historias clínicas tradicionales, Weed (1969), propone un nuevo modelo de estructura de la historia clínica que pueda reflejar con mayor claridad las variables que rodean cada decisión en la asistencia prestada. La estructura propuesta es la historia clínica orientada por problemas (HCOP), que ha sido ampliamente descrita en su obra *Medical Record, Medical Education and Patient Care* (1969). El modelo de Historia Clínica Orientada por Problemas de Weed ha recibido gran aceptación. Buena muestra de ello es el número de artículos dedicados total o parcialmente a este tema.

3.2. La organización hospitalaria de las historias clínicas

Esta es otra consecuencia de la medicina de laboratorio y de las funciones que con ella se patentizan en la historia clínica, las cuales requieren una infraestructura hospitalaria que modernamente se ha traducido en los sistemas de recuperación de información clínica.

Uno de los primeros ejemplos de organización moderna nos lo ofrece el Massachussets General Hospital que incorporó catálogos a base de fichas en 1893 y que en 1897 creó un puesto de trabajo para un

responsable del sistema. El primero fue Grace Whiting Meyers, que posteriormente fue presidenta de la Association of Record Librarians.

En la organización de la documentación clínica hospitalaria pueden distinguirse dos grandes tendencias: la europea continental y la anglosajona:
En la primera, lo habitual era conservar las historias clínicas en cada departamento o servicio hospitalario. Los encargados de indizar y cuidar las historias eran los propios médicos que integraban el departamento, de acuerdo con una distribución de responsabilidades y con ayuda de personal auxiliar. De este modo, el consenso propio de cada escuela ocultó inicialmente la existencia de problemas terminológicos (que serán abordados en el siguiente epígrafe).

La tendencia anglosajona se caracterizó por la centralización de los archivos de historias clínicas. De ahí que los problemas de nomenclatura se hicieran patentes inmediatamente y también la aparición de personal específico, con su traducción institucional, la Association of Record Librarians of North America (1928) y educativa.

Actualmente es por todos aceptada la constitución de los archivos centrales de historias clínicas. Así en 1969, el Grupo de Estudio de la OMS reunido en Ginebra consideraba que debe procurarse la centralización de historias clínicas dentro de un hospital puesto que ello contribuirá al cuidado del paciente y posibilitará la obtención de información para el estudio y la investigación (WHO, 1970).

El archivo de historias clínicas, se configura, como exponen Terrada y Peris (1989), como el elemento responsable del mantenimiento de la historia clínica. Al archivo compete tanto la organización de la historia integrada, como el mantenimiento de una colección documental dispuesta para acoger documentos abiertos y la disposición de un sistema de recuperación de información que, actuando sobre esta colección documental, nos permita obtener selectivamente la información o los documentos necesitados para las distintas funciones que se exigen de la historia clínica y la información que contiene.

Los medios de recuperación de información utilizados en Documentación Clínica, no difieren sustancialmente de los utilizados en la Documentación Científica. En definitiva, de acuerdo con P. Hall (1979) un sistema de recuperación de la información, en Documentación Clínica, se configura por la aplicación de una serie de principios generales, comunes a todo sistema de información, a unas condiciones de trabajo concretas (las de la organización asistencial) y a unas necesidades de información determinadas (asistenciales, científicas, administrativas, legales, etc.).

Los actuales servicios de Documentación Médica son los responsables del sistema de información clínica del centro y como tales tienen que atender simultáneamente a dos modalidades de recuperación de la información: recuperación de documentos y producción de indicadores. Como sistema documental tiene que proporcionar la historia clínica ante su demanda para la asistencia, la docencia o la investigación. En la producción de indicadores, por una parte, tendrá que proporcionar sistemáticamente una serie estándar de estadísticas, como son las de morbilidad, o rendimiento hospitalario; por otra parte, datos específicos para proyectos de investigación y estudios de práctica sanitaria.

El Grupo de Estudio de la OMS, reunido en Ginebra en 1969, recomendó un conjunto básico de datos, que con fines estadísticos, deben ser preparados a partir de la historia de cada paciente hospitalizado. A este respecto, la Workshop on Hospital Statistics for Population Bases Health Care and Epidemiology, celebrada en Bruselas, en 1981, bajo el patrocinio de la Comisión de las Comunidades Europeas, La Oficina Europea de la OMS., el Comité Hospitalario de la Comunidad Económica Europea y la Asociación Internacional de Informática Médica, entre otras recomendaciones planteo la aceptación de un *conjunto mínimo básico de datos* (CMBD) estándar para Europa, como base para la gestión, planificación y evaluación de la asistencia y los servicios de salud, así como, para la investigación epidemiológica y clínica.

En diciembre de 1987, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), para ser utilizado en los Centros Hospitalarios.

Aspectos que se recogen en las diferentes legislaciones autonomicas como Cataluña (DOGC, Orden de 23 de noviembre de 1990, por la que se regula el informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo de datos de alta hospitalaria), Valencia (DOGV, Orden 92/5496 del 8 de octubre de 1992 por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria), País Vasco (BOPV, Decreto 303/1992 de 3 de noviembre, por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos del Alta Hospitalaria y se crea el registro de Altas Hospitalarias de Euskadi, Galicia (DOGA, Orden de 7 de abril de 1993, por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria en la Comunidad Autónoma de Galicia), Andalucía (Resolución 14/de 4 de junio de 1993 de la Dirección de Gerencia del Servicio Andaluz de Salud por la que se regula el informe clínico de alta hospitalaria y del conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria), INSALUD, (Resolución 1/92 de la Secretaria para el Sistema Nacional de Salud)
El estandarizar las definiciones, clasificación y codificación de las clases de datos, supone disponer de información uniforme y comparable entre los diferentes hospitales, administraciones y países.

3.3. La terminología médica

El problema de la terminología aparece en el período ilustrado con el uso de las historias clínicas para la investigación y la enseñanza. El principal intento de solucionarlo fueron los sistemas nosológicos del tipo *more botánico*, que, como ha hecho notar López Piñero (1961), tenían como supuesto el ontologísmo nosológico y no tardaron en fracasar. Este problema, se volvió a plantear en la segunda mitad del siglo XIX tras la aparición de la medicina anatomoclínica y de laboratorio. De entre los intentos para resolverlo el de más relieve es, como subraya López Piñero (1990b), el que condujo a la confección de la *Nomenclature of Diseases* (1869), que posteriormente dio lugar a la *Standard Classified Nomenclature of Diseases* (1930), patrocinada por la New York Academy of Medicine. Hubieron varias ediciones. En 1937 se responsabilizó de su continuidad la American Medical Association y en la segunda de sus ediciones incorporó un apéndice para intervenciones quirúrgicas, convirtiéndose en la *Standard Nomenclature of Diseases and Operations*.

La normalización internacional de la terminología sobre las enfermedades tuvo otro punto de partida: las necesidades planteadas por la información sanitaria, en concreto las estadísticas de las causas de muerte. Su principal figura inicial fue William Farr, médico encargado de esta tarea desde su fundación, en 1837, en el registro civil de Inglaterra. Farr creó una clasificación de causas de muerte, con la única finalidad de uniformar la información estadística, cuyos criterios fueron aprobados en los cinco primeros congresos internacionales de estadística. A la muerte de Farr el encargo fue trasladado a Jacques Bertillon, quien propuso en 1898 una clasificación que era una síntesis de las versiones inglesa de Farr, alemana y suiza. En la primera revisión (1900), se añadió una clasificación paralela de enfermedades no mortales y en la tercera (1923) se decidió que se aplicara no solo a las estadísticas de mortalidad, sino a las de morbilidad. A partir de la sexta (1948) la clasificación ha estado a cargo de la Organización Mundial de la Salud, titulándose en la octava y en la novena (1967 y 1977) *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE)
La conferencia internacional para la novena revisión, que tuvo lugar en Ginebra en 1975, aparte de los acuerdos referentes a la CIE propiamente dicha, tomó otros relacionados con líneas de trabajo en terminología médica que contaban ya con cierta tradición: las relativas a la oncología, las consecuencias de las enfermedades, los procedimientos médicos y el desarrollo de la CIE para especialidades.

Como consecuencia de tales acuerdos aparecen la *Clasificación Internacional de Oncología* (CIE-O), preparada por la Organización Mundial de la Salud y el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer y la *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*. En relación con la adaptación de la CIE a especialidades médicas concretas cabe citar la actualización, en 1977, de acuerdo con la novena revisión de la CIE, de la *Application of the International Classification of Diseases to Dentistry and Stomatology* (ICD-DA) y la de enfermedades oculares, basada asimismo en la novena revisión,que ha sido incluida en la *International Nomenclature of Ophtalmology* (1977). Las especiales dificultades que plantea la terminología psiquiátrica han conducido, entre otras iniciativas, a la elaboración de un *Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación de acuerdo con la CIE*, al principio con la octava y luego con la novena revisión. Entre otras adaptaciones, destaca también la *International Classification of Health Problems in Primary Care* (ICHPPC-2-Defined), cuya tercera edición apareció en 1983.

Antes de la conferencia de Ginebra de 1975, la normalización de la terminología acerca de los procedimientos médicos había motivado numerosas clasificaciones y nomenclaturas, entre las que cabe

nombrar la ya citada *Standard Nomenclature*, la *Current Procedural Terminology*, también publicada por la American Medical Association (20 ed, 1970); la *Nomenclature des Actes Professionels* en Francia y la *Nomenclatura Codificada de Operaciones* (1974) de R. Peris Bonet, del Centro de Documentación e Informática Médica de Valencia. El acuerdo de la mencionada conferencia, ha culminado con la publicación, por parte de la Organización Mundial de la Salud, de la *International Classification of Procedures in Medicine* (1978).

A partir de la sexta revisión (1948), la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) empezó a concebirse no sólo como instrumento para las estadísticas de mortalidad y morbilidad, sino también para la indización de las historias clínicas, principalmente en archivos hospitalarios. Tras una fase preparatoria, en la que la propia American Medical Association reconoció la superioridad de la CIE, para este fin, respecto de la *Standard Nomenclature of Diseases*, se publicó una serie de adaptaciones de la octava revisión de la CIE, para la indización de los diagnósticos hospitalarios. López Piñero (1990b) menciona, de entre ellas, la *International Classification of Diseases Adapted* (1967) y la *Hospital Adaptation of the ICDA* (1972), ambas norteamericanas. Actualmente ambas han sido sustituidas por la CIE-9-MC, modificación clínica de la novena revisión de la CIE, diseñada para la clasificación de información estadística sobre morbilidad y mortalidad; y para su uso en la indización de las enfermedades y operaciones en los sistemas de recuperación de información clínica.

La décima revisión de la CIE, aparecida en 1992, además de cambiar su nombre, *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas Sanitarios*, aunque su abreviatura oficial continua siendo CIE, introduce importantes cambios de estructura en su afán de adaptarse a las necesidades actuales, pero la no inclusión de la clasificación de procedimientos, limita su uso para los sistemas de recuperación de información clínica.

3.4. La información sanitaria

En la información sanitaria es costumbre distinguir dos grandes aspectos:

- Los fenómenos vitales, fundamentalmente la mortalidad general y específica, la natalidad y la nupcialidad; y la estructura y el crecimiento de la población. Esto es: las estadísticas vitales y demográficas.
- Los datos sanitarios en sentido estricto: los relativos a la morbilidad y su distribución, a la actividad asistencial y las acciones preventivas. Esto es: la estadística sanitaria.

3.4.1 Estadística vital y demográfica

De acuerdo con López Piñero (1990a), la estadística demográfica se basó en la recogida individualizada y sistemática de información sobre fenómenos vitales en registros cuya exigencia legal fue impuesta, en un principio, por las autoridades eclesiásticas y más tarde por las civiles.

La información estadística sobre fenómenos vitales comenzó a recogerse, en nuestro país, en la serie periódica Movimiento Natural de la Población Española, el año 1863, con datos procedentes todavía de archivos parroquiales. Desde la implantación del registro civil el Movimiento Natural de la Población se confeccionó utilizando datos propios. A partir de 1900, se editó anualmente, ajustándose con rigor a las recomendaciones internacionales.

En relación con las estadísticas de mortalidad, aspecto de las estadísticas del Movimiento Natural de la Población. El primer intento de adecuar sus definiciones operativas a las necesidades de información sanitaria (no debemos olvidar que el propósito principal de los registros de defunciones es jurídico, y anteriormente religioso) se lleva a cabo en 1932, cuando se desagregan entre criaturas abortivas los "nacidos muertos" los "muertos al nacer" y los "nacidos vivos fallecidos antes de las 24 horas de vida", permitiendo rectificar a "posteriori" y manualmente las tasas de mortalidad infantil. Esta rectificación de hace automáticamente desde 1975.

El documento que sirve de soporte para producir las estadísticas de mortalidad es el Boletín Estadístico de Defunción (BED) que ha experimentado diversas modificaciones hasta llegar al actualmente vigente,

implantado en 1975. Este documento recoge entre otros datos, las causas de defunción (inmediata, inicial y contribuyentes), según un modelo similar al que propone la OMS. Además un último bloque de datos constituye el Boletín Municipal de Defunción conectando el sistema de información sobre mortalidad con los registros municipales.

Por otra parte, están las estadísticas propiamente demográficas. El primer censo de la población española por inscripción nominal y directa fue el de 1857, confeccionado por la Junta General de Estadística del Reino, posteriormente mejorado por el Instituto Geográfico y Estadístico. Actualmente, el Instituto Nacional de Estadística está a cargo de su realización.

3.4.2 Estadística sanitaria

El origen de la estadística sanitaria corresponde, como indica López Piñero (1990a), a los registros de defunciones que se crearon con motivo de las grandes epidemias.
Sin embargo, no se institucionalizó hasta mediados del siglo XIX, en relación directa con el desarrollo de la Higiene Pública.

Gran Bretaña fue el escenario original de dicha institucionalización y su principal protagonista Edwin Chadwick, cabeza del movimiento de reforma de la Salud Pública y promotor de la "sanitary idea" cuyo núcleo central era destacar la importancia de los factores sociales en la génesis de las enfermedades. El programa de Chadwick fue llevado a la práctica por William Farr. Farr, fue la figura médica más notable de su tiempo y es generalmente considerado como el fundador de la información estadística sanitaria.

La organización de la estadística sanitaria británica sirvió de modelo en el resto de Europa. Su principal promotor en España fue Mateo Seoane, debiendo mencionarse también a Ignacio Maria Ruiz de Luzuriaga. Ambos colaboraron en la elaboración del Proyecto de la Ley de Sanidad de 1822, que, de no implantarse el régimen absolutista, hubiera sido una de las mas tempranas de Europa (López Piñero, 1984).

La aportación más importante en España, fue el Boletín Mensual de Estadística Demográfico-Sanitaria de la Península e Islas Adyacentes (1879-1885), publicado por la Dirección General de Beneficencia y Sanidad.

Los primeros datos de morbilidad recogidos sistemáticamente están relacionados con la necesidad de controlar las enfermedades infecciosas. No obstante, al tiempo que se produce, lo que algunos autores denominan transición epidemiológica (Bernabeu, 1989), en el patrón de enfermar de la población española con el aumento de las enfermedades crónicas y el descenso de las transmisibles, junto al desarrollo de los servicios sanitarios, también se produce un incremento de los datos disponibles sobre morbilidad. Así en 1951, se inicia la elaboración desde el Instituto Nacional de Estadística de las primeras Estadísticas de Morbilidad Hospitalaria.

La actual Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, cuya primera monografía se refiere al año 1977, surge como resultado de la revisión de la Estadística de Morbilidad Atendida en los Hospitales, que venía realizando el INE desde 1951 y que presentaba una serie de limitaciones.

Por otro lado en los años 60, se ponen en funcionamiento, nuevos sistemas de información sanitaria. Entre ellos, los primeros registros de cáncer de base poblacional en Zaragoza (1960) y Navarra (1970). Según los datos que aporta Peris (1992), actualmente en España, se contabilizan 9 registros de base poblacional, generales en pleno funcionamiento. Como registro de cobertura nacional, debe mencionarse el Registro Nacional de Tumores Infantiles (Peris Bonet et al, 1988). que por el número de casos es el registro monográfico de mayor volumen en Europa (Coleman y Demaret, 1987).

Por otra parte, como indica Martínez García (1990), la situación de los registros de cáncer de hospital, es menos clara. Resulta difícil identificar verdaderos registros de hospital con cobertura exhaustiva de todo el centro.

En tiempos recientes, otros organismos públicos, obedeciendo a sus específicas necesidades de información, han puesto en funcionamiento sus propias estadísticas, que constituyen fuentes de datos de morbilidad,

independientemente de si son o no producidas dentro del sistema sanitario. Este es el caso de los accidentes y enfermedades profesionales (Gabinetes de Higiene y Seguridad en el Trabajo), accidentes de tráfico (Dirección General de Tráfico) o las incapacidades laborales (Instituto Nacional de la Seguridad Social). Así como también otros tipos de registros específicos: enfermos renales, trasplantes de órganos, marcapasos, casos psiquiátricos, SIDA, etc.

4. La constitución de la documentación médica como disciplina.

La Documentación Médica es, tal y como la define Terrada (1983), la aplicación de los saberes y las técnicas de la Documentación a los problemas informativos de la práctica médica.

Las primeras manifestaciones de esta disciplina pueden situarse en un tiempo más reciente, después de la segunda guerra mundial, en países tales como Alemania, Estado Unidos y Gran Bretaña a raíz de los problemas informativos de la medicina militar. Su institucionalización se produjo, en los países más avanzados, a los largo de la década de los cincuenta y principios de los sesenta. La consecuencia primaria de ese proceso fue que la asimilación en esta área del concepto de documento transformó la consideración que hasta entonces se tenía de los documentos médicos (publicaciones médicas, historias clínicas y vehículos de datos sanitarios) en meras variedades de documentos portadores de información médica.

Casi simultáneamente a su constitución, la Documentación Médica, compartió, en los años sesenta, todos los elementos de la llamada "crisis de crecimiento":

Primero, el ya comentado paso a primer plano del concepto de información frente a la de documento se refleja, por ejemplo, en el cambio de titulo que sufrió la primera revista de la disciplina *Medizinische Dokumentation* a *Methods of Information in Medicine* en 1961. También este cambio afecta al nombre de la disciplina así, mientras en España se mantiene el término Documentación Médica tenemos los términos anglosajones de "Medical Informatics" y el francés de "Informatique Médicale".

Segundo el nacimiento de una auténtica ciencia de la información médica si se tiene en cuenta, en primer término, el desarrollo de la bibliometría médica y de los análisis científico-sociales de la producción y el consumo de la información clínica y sanitaria. En España y en relación con este apartado cabe subrayar las grandes aportaciones que en las dos últimas décadas han realizado los profesores López Piñero y Terrada. Fruto de su labor de investigación y de su coordinación ha sido la publicación de mas de 30 trabajos en los que se recogen los principales conceptos de la bibliometría y los resultados de las investigaciones realizadas.

En tercer lugar existe un importante desarrollo de la semántica documental, con la aparición de los thesauri médicos cuyo exponente podría ser el Medical Subject Headings (MeSH), (1960) destinado al control de vocabulario de la base de datos MEDLARS de la National Library of Medicine de los Estados Unidos. y de sus productos impresos, entre ellos, el repertorio bibliográfico *Index Medicus*. Nombraremos también en este apartado el enorme desarrollo de las nomenclaturas y clasificaciones médicas, cuya evolución ya ha sido expuesta en anteriores epígrafes.
Por último, es inevitable mencionar que la Documentación Médica comparte con la Documentación general y con el resto de las ciencias el enorme impacto de los avances tecnológicos.

La Documentación Médica se ha ido consolidando conforme a estos supuestos en instituciones tales como: los grandes centros federales creados por el Department of Health, Education and Welfare, que incluye principalmente la National Library of Medicine, el National Medical Audiovisual Center y el National Center of Biomedical Communications de Estados Unidos. En segundo término, los centros e institutos universitarios de la disciplina, los primeros de los cuales fueron fundados a comienzos de los años setenta en las facultades de medicina de las universidades de California, Los Angeles, Washington y Tennessee; en

volver

tercer lugar, grandes empresas privadas como Lockheed Information Systems, creador al mismo tiempo del MIS (Medical Information System), uno de los mas desarrollados sistemas de información hospitalaria integrada, y de DIALOG, sistema de acceso en línea a los bancos de datos Excerpta Médica, Biological Abstracts y Chemical Abstracts, entre otros. En la antigua unión soviética la institución es VNIIMI, de Moscú o Instituto Federal de Información Médica; en Alemania la Deutsche Gesellschaft für Medisinische Dokumentation; en Francia el Institut Gustav Roussy y el Centre de Documentation del Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale etc. En España, la institucionalización de la Documentación Médica como Disciplina se materializa en el Centro de Documentación e Informática Médica de Valencia, integrado desde 1985 en el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (CSIC-Universidad de Valencia). Del que debemos resaltar su importante papel tanto en las áreas de Documentación médico-científica como médico-asistencial y sanitaria, así como su carácter pionero en lo relativo a la introducción de la docencia de la Documentación Médica en nuestro país.

Por otro lado a finales de los años sesenta, los problemas de información de la practica médica conducen a la creación de servicios de Documentación Médica en los centros hospitalarios, como el Hospital "La Fè" y Hospital Clínico Universitario de Valencia, y la Clínica Puerta de Hierro de Madrid.
En síntesis, como ya hemos adelantado, el concepto de Documentación Médica acuñado en nuestro país por Terrada (1983) queda definido como:

> *'La Documentación Médica es la aplicación de los saberes y las técnicas de la Documentación a los problemas informativos de la medicina, Se enfrenta con todos los aspectos de dichos problemas, tanto en los relativos a la ciencia médica curativa y preventiva como los referentes a la práctica médica curativa y preventiva. Se ocupa de la información médica contenida en cualquier soporte: textos manuscritos, impresos o reproducidos por otros procedimientos; imágenes macro y microscópicas de todas las clases y sus copias; grabaciones auditivas de voces y sonidos; datos cualitativos y cuantitativos grabados en soportes magnéticos, etc. Considera todos los usos de la información : la enseñanza profesional y la educación popular, la investigación, la práctica clínica y preventiva, la planificación, la gestión y la administración'.*

Sus objetivos cubren sus dos áreas de actuación: la documentación científica en medicina y la documentación médico-asistencial y sanitaria. En este sentido, aspira a realizar un análisis científico de la producción y consumo, así como de la estructura y las propiedades de la información médica y; la recogida, el procesamiento analítico-sintético, el almacenamiento, la recuperación y la difusión de dicha información.

5. La especialidad en documentación médica

Los profesionales de la Documentación Médica son, médicos especializados, que tienen un papel estrictamente profesional junto a otros profesionales, investigadores y sanitarios.

La especialidad en Documentación Médica tiene un amplio terreno de actuación. Principalmente en las instituciones sanitarias asistenciales, los centros de investigación biomédica, la salud pública y administración sanitaria, los centros y servicios de información y documentación y la industria.

La provisión de la información necesaria para los distintos usuarios implica el conocimiento, manejo y, en su caso, creación de múltiples fuentes y sistemas de recuperación de información especializados; capacitación para el estudio de los usos y necesidades de información concretos de los diferentes usuarios; así como, los conocimientos necesarios para la monitorización y evaluación de los sistemas de información, tanto de sus propios procesos, como desde el punto de vista de los usuarios.

La especialidad de Documentación Médica tiene como campo de acción el correspondiente a los sistemas de información. Los contenidos profesionales que se señalan a continuación constituyen un panorama general para las instituciones sanitarias asistenciales, sin menoscabo de los análogos en los otros tipos de instituciones y áreas de actividad anteriormente mencionados:

5.1. Sistemas de información en general

- Analizar los usos y las necesidades de información con fines asistenciales, científicos, docentes, de planificación, evaluación y/o gestión.

- Estudiar, organizar, desarrollar, gestionar y/o coordinar, así como evaluar, los documentos, fuentes y sistemas de recuperación de la información, propios de las instituciones o externos a las mismas, con el objetivo de cubrir las mencionadas necesidades de información.

- Estudiar, organizar, desarrollar, y/o aplicar los instrumentos de indización/clasificación necesarios para los sistemas de información

5.2. Sistemas de información asistencial y sanitaria

- Estudiar, organizar, desarrollar, gestionar y/o coordinar los sistemas de información asistenciales del Centro. Lo que incluye:

- Los sistemas de información necesarios para la gestión de la institución en su sentido mas amplio:planificación, administración, coordinación y evaluación.

- Aplicar los criterios de admisión de la institución relacionando la demanda asistencial y los planes de trabajo de las unidades asistenciales del Centro.

- Los sistemas de recuperación de la información necesarios para centralizar y/o coordinar los documentos clínicos y registros relativos a la asistencia, así como extraer las historias clínicas o producir los indicadores necesarios para cumplir con todos los usos de estas: asistencia, investigación, docencia, gestión y producción de información sanitaria.

- Diseñar, desarrollar, analizar y evaluar técnicamente los documentos clínicos y determinar los métodos para su evaluación y conservación

- Asesorar en la evaluación de la asistencia al paciente participando en los comités relacionados con las historias clínicas y los sistemas de información sobre los pacientes.

- Recoger los datos necesarios para los sistemas de información demográfica y sanitaria a partir de la institución.

- Garantizar la confidencialidad de la información, de acuerdo con las normas establecidas por la institución y la legislación vigente.

5.3. Sistemas de información médico-científica

- Estudiar, organizar, desarrollar, gestionar y/o coordinar los sistemas de recuperación de la información científica necesarios para la institución. Lo que incluye entre otros aspectos:

- El acceso a los principales bancos de datos de información científica biomédica, con objeto de poder proporcionar una información actualizada, retrospectiva y de urgencia.

- El acceso a repertorios bibliográficos y bases de datos, series de revisiones periódicas y obras de consulta, como diccionarios, nomenclaturas, clasificaciones y thesauri, directorios, síntesis de datos, catálogos, etc.

- Los sistemas de recuperación de información para materiales científicos y docentes no impresos.

- Asesoramiento documental en la elaboración de trabajos destinados a la investigación o publicación.

5.4. Dirección del Departamento de Documentación e Información Médica.4. Dirección del Departamento de Documentación e Información Médica

- Dirigir los recursos humanos de los servicios de información y documentación.

- Evaluar la organización y funcionamiento de los servicios de información y documentación para establecer los estandares y las necesidades de tecnología.

- Evaluar y mejorar los sistemas, impresos, procedimientos y métodos utilizados para cumplir el trabajo.

5.5. Educación y docencia

- Participar en las actividades docentes de la institución para la formación continuada de todos sus componentes.

- Impartir docencia a otros profesionales, médicos o no, tanto en "pre" como en postgrado, de acuerdo con las responsabilidades académicas, si existen, y desarrollar materiales e instrucción y métodos, para la enseñanza de la Documentación Médica.

- Proporcionar servicios de asesoría sobre sistemas de información.

- Participar en actividades asociativas profesionales de formación y desarrollo de los Documentalistas Médicos.

- Desarrollar actividades docentes de difusión de la materia dirigidas a la comunidad.

5.6 Investigación

- Colaborar con todo el equipo de la institución en todos los programas de investigación que se determinen.
- Diseñar y ejecutar programas de investigación en las diferentes áreas de aplicación de la Documentación Médica, en su institución y/o comunidad.

GRADO DE IMPLANTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA COMO DISCIPLINA CIENTÍFICA

En el momento actual la Documentación Médica es, de hecho, una especialidad médica, aunque no de derecho, ya que, como sabemos, no se cuenta entre las especialidades médicas reconocidas. A continuación describimos el actual nivel de desarrollo de la disciplina Documentación Médica, según diversos aspectos:

1. Existencia de una parcela científica definida

La Documentación Médica se ocupa de tres áreas perfectamente individualizadas sobre las que realizan su actividad, de forma conjunta, o aislada, aquellos que trabajan en ello:

- Documentación científico-médica - Documentación científico-médica
- Documentación clínica - Documentación clínica
- Documentación sanitaria

2. Existencia de un importante número de profesionales

En el área de la Documentación Científico- Médica se encuentran aquellos profesionales que desempeñan su labor en Centros de Documentación.

En las áreas de la documentación clínica y sanitaria es donde existe un mayor número de profesionales actualmente. a titulo de ejemplo podemos decir que no hay hospital de más de 200 camas que no cuente con la presencia de uno o más documentalistas, ocupando los puestos de responsables de Admisión y Documentación.

Junto con estos profesionales médicos debemos incluir, también a los profesionales de Enfermería, dentro de los citados servicios de Admisión-Documentación. Del mismo modo debemos considerar al colectivo de auxiliares administrativos y administrativos, que colaboran en las tareas documentales.

3. Libros, artículos de revistas y comunicaciones a congresos.

Sobre los temas documentales médicos, son numerosos los libros que han visto la luz en nuestro país. Entre ellos citaremos, tan sólo a modo de ejemplo:

J.M. LOPEZ PIÑERO. El análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica. Valencia, 1972.

E. AGUSTI. Nomenclatura Codificada de Diagnósticos (NCD). Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica, 1972.

M.L. TERRADA. La literatura médica española contemporánea. Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica, 1973.

M.L. TERRADA. La Documentación Médica como disciplina. Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica, 1983

M.L. TERRADA, et al. Bilbiometria de la producción y el consumo de literatura médica en España, 1973-1977. Valencia, Centro de Documentación e Informática Biomédica, 1981

M.L. TERRADA; R. PERIS BONET. Notas de Documentación Médica. Valencia. Cátedra de Documentación Médica. 1985.

C.B. AMAT; CEBRIAN CAROT, M. Directorio de las Revistas Biomédicas Españolas. Valencia. Centro de Documentación e Informática Biomédica. 1986-1988.

J.M. LOPEZ PIÑERO, M.L. TERRADA, Introducción a la Terminología Médica. Barcelona, Salvat Ed., 1990

R. PERIS BONET, I. ABAD PEREZ, A. MEDINA GARCIA, I.MELCHOR ALOS, F. ABAD GARCIA, I. INIESTA MARTINEZ, Registro de tumores de la Comunidad Valenciana: Manual para registros de cancer de hospital n11. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, 1992

J.M.LOPEZ PIÑERO, M.L.TERRADA, Veinte años de investigación bibliométrica en el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Valencia, Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, C.S.I.C.-Univesidad de Valencia, 1993

M.L.TERRADA, J.M.LOPEZ PIÑERO, J OSCA, A.ALMERO, El libro médico español en los años ochenta. Estudio bibliométrico. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, C.S.I.C.-Universitat de Valencia, 1993

J.M.LOPEZ PIÑERO, M.L.TERRADA, La información científica en Medicina y sus fuentes. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. C.S.I.C.-Universitat de Valencia, 1993

R. PERIS BONET; C. HERRANZ FERNANDEZ (Eds.), Registro de tumores de la Comunidad Valenciana:Registros de cáncer de hospital, 1992. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, 1994

En cuanto a las publicaciones periódicas, en la revisión efectuada por CUEVA, A. de la (1994) se recogieron un total de 884 trabajos originales en el período 1971-1991, de los cuales 600 eran artículos de revista, 205 comunicaciones a congresos, 34 libros y 45 tesis. Con mayor actualidad el repertorio de resumenes "Documentación Médica Española" en su primer número, recoge 288 referencias relacionadas con la Documentación Médica y publicadas en 1994.

Con respecto a las comunicaciones a congresos recogidas en los Libros de Actas, se aproximan a las trescientas.

4. Organización de congresos y reuniones

En el año 1985 se celebraron las primeras Jornadas de Documentación Médica en Barcelona en las que se decidió la realización de un encuentro anual de los profesionales de la Documentación Médica, las siguientes jornadas se celebraron en Bilbao (1987), Madrid (1988), el nivel de desarrollo de la disciplina mostró la necesidad de convocar el primer congreso nacional, este se celebro en Valencia (1989) donde se eligió la junta directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica, y a partir de este momento organiza conjuntamente con otras sociedades de Documentación Médica la celebración de congresos y jornadas de forma alterna: IV Jornadas, Salamanca, 1990; II Congreso, Granada, 1991;
Quintas Jornadas, Logroño, 1992; 3er Congreso "Hacia la integración de los sistemas de información sanitaria", Barcelona, 1993; VI Jornadas "Hacia la unificación de criterios" Cercedilla, 1994; IV Congreso "La calidad en los Sistemas de Información Sanitaria", Torremolinos, 1995.

Las sociedades autonómicas de Documentación Médica han organizado jornadas y syposias sin un carácter regular, pero que han contribuido de manera muy importante al desarrollo de la disciplina. Así mismo se han propiciado desde las distintas sociedades la constitución de Grupos de trabajo.

5. Docencia en documentación médica

Debemos distinguir dos modalidades en la formación en Documentación Médica: Las actividades docentes impartidas a los futuros médicos documentalistas y las que tienen como objeto la formación del personal auxiliar que trabaja en los servicios.

5.1 Médicos Documentalistas

Se imparten enseñanzas de postgrado, en forma de Master, en diferentes Universidades. Algunas de ellas reconocen estos estudios como especialidad universitaria.
Atendiendo a aspectos parciales de la disciplina se imparten cursos sobre temas varios relacionados con la disciplina cuya descripción seria prolija.

Por otra parte, estamos asistiendo al reconocimiento de la enseñanza de la disciplina en pregrado. En algunas universidades existe la propuesta de incluir la Documentación Médica como asignatura troncal. Esto unido a la presencia de optativas como puedan ser aquellas tituladas Documentación Clínica, Historias Clínicas, Indicadores Hospitalarios u otros aspectos parciales de la disciplina, viene a dar respuesta a una necesidad sentida desde hace tiempo de dar a conocer los fundamentos del tema entre los futuros licenciados en Medicina y Cirugía, tal como viene sosteniendo desde hace treinta años el Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación Médica de la Universidad de Valencia.

Desde 1960, de forma inicial y de forma plena a partir de la consecución de la primera agregaduría de Documentación Médica, hecho que sucede en Valencia en 1979, posteriormente convertida en cátedra en 1983, se han sucedido en esa Universidad las clases de Documentación Médica para alumnos de

Licenciatura en Medicina y Cirugía.

En el mismo Departamento, son varios los médicos documentalistas que han alcanzado las plazas de profesores titulares en Documentación Médica y que han ido extendiendo el área de actuación a Odontología y Diplomatura de Enfermería.

5.2. Personal Auxiliar

En cuanto a cursos de formación para personal auxiliar: tanto administrativos como diplomados en enfermeria se han desarrollado diferentes cursos de formación continuada, tanto a nivel de instituciones, como de Comunidades Autónomas en forma de seminarios, jornadas etc.. Cabria destacar que en la Universidad de Valencia los Diplomados de enfermeria, como antes se ha mencionado, reciben formación pregrado en el area de la Documentación Médica en enfermeria y tambien desarrolla el programa "Curso de Especialidad en Documentación en Enfermeria" .

6. Asociaciones profesionales

Desde 1985, está asentada en el registro de sociedades la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM). Desde 1990, fundamentalmente, hemos asistido a un progresivo desarrollo de la misma y que en el momento actual agrupa, aproximadamente, a 200 socios. Como hemos indicado, la Sociedad ha organizado seis Jornadas Nacionales y cuatro Congresos.

Junto con la Sociedad Española de Documentación Médica funcionan, de forma paralela, diversas sociedades autonómicas:

- Sociedad Andaluza de Documentación e Información Médica.
- Sociedad Canaria de Documentación Médica.
- Sociedad de Documentación Médica de la Región de Murcia.
- Sociedad Gallega de Documentación Médica.
- Sociedad Madrileña de Documentación Médica.
- Sociedad Norte de Documentación Clínica.
- Societat Catalana de Documentació Médica.
- Societat Valenciána de Documentació Médica

Las cuales han desarrollado diferentes actividades científicas en forma de cursos, seminarios, jornadas, publicaciones etc., como se muestra en los anexos (1,2,3,4,5,6,7). Si sumaramos los componentes de cada una de ellas veríamos se encuentran registrados la práctica totalidad de los profesionales que ejercen la disciplina.

7. Revistas especializadas

A partir del año 1977 se viene publicando en Madrid la Revista Española de Documentación Científica editada por el Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas con la colaboración de la Sociedad Española de Documentación e Información Científica (SEDIC). Dicha publicación cubre la vertiente de la disciplina que denominamos Documentación Científico-Médica.

Con respecto a la Documentación Asistencial o Clínica, aunque en el extranjero se vienen publicando desde hace varios años algunas revistas sobre el tema, como puedan ser Methods of Information in Medicine o Medical Records, debemos decir que no sucede lo mismo en España. Sin embargo, desde 1992 se publica en Zaragoza, con una periodicidad semestral, el boletín titulado Papeles Médicos, órgano de expresión de la Sociedad Española de Documentación Médica, y que a partir del mismo, esperamos constituir la futura revista de Documentación Médica.

8. Reconocimiento social de la existencia de profesionales en dicha materia: asesoramiento a instituciones

Con creciente frecuencia asistimos al hecho de que los médicos documentalistas son requeridos para formar parte de grupos de trabajo, comisiones para la adjudicación de plazas hospitalarias, o se les somete a su aprobación futuras normativas, todo ello en relación con los temas de documentación médica. Dichas comisiones o instituciones tienen carácter oficial, bien en organismos de tipo nacional o bien autonómico.

ANEXOS

ANEXO 1

LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA EN ANDALUCIA.

1. La actividad docente

1.1 En la Universidad de Granada existen sendas enseñanzas de Documentación Clínica en los cursos de Doctorado y en las escuelas de Enfermería y Fisioterapia desde hace ocho años, en el primer caso y seis en el del segundo:

Asignatura: "Técnicas de Documentación Clínica"
Escuela Universitaria de Enfermería.
Cursos 1982-1983 a 1994-1995

Asignatura: "Documentación e Información Clínica"
Escuela Universitaria de Fisioterapia.
Cursos 1990-1991 a 1994-1995

1.2. Cursos sobre diversos aspectos de la Documentación Médica de los que tan sólo mostramos unos ejemplos:

"Informática Médica y Organización Hospitalaria"
Organizado por el Fondo Social Europeo y la Universidad de Granada. 100 horas. Facultad de Medicina. Hospital Clínico. Granada. Cursos 1987-88, 1988-89, 1989-1990.

"I, II, III y IV Cursos Andaluces de Codificación en CIE 9 MC". Hospital Universitario de Málaga. Años 1991 a 1994.

Master "Organización Hospitalaria, Estadística, Documentación Médica e Informática". 400 horas. Organizado por el Fondo Social Europeo y la Universidad de Granada. Facultad de Medicina y Hospital Universitario. Cursos 1990-1991 y 1991-1992

Curso de Documentación Médica. Organizado por la Unidad Docente de Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Córdoba. Córdoba. Año 1992.

Curso de Codificación de Diagnósticos y Procedimientos Quirúrgicos (CIE 90 MC)"
Organizado por la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Sociedad Andaluza de Documentación e Información Médica. Granada, 1993.

1.3. Tesis doctorales sobre Documentación Médica leidas en la Facultad de Medicina de Granada:

Título: "Estudio del comportamiento de los indicadores descriptivos y bibliométricos en el proceso de constitución de la documentacion clínica como especialidad médica (1960-1974)"
Autora: Petra Ocón Luengo
Director: Guillermo Olagüe de Ros
Universidad de Granada, 1982.

Título: "Análisis de las solicitudes judiciales de las Historias Cínicas"
Tesis de licenciatura
Autora: Antonia Fernandez Valdivia
Drs. Petra Ocón Luengo, Aurelio Luna Maldonado
Universidad de Granada, 1991.

1.4. Conferencias:
"El Servicio de Documentación Clínica: Su puesta en marcha". Conferencia Coloquio organizada por la Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves.
P. Ocón, F. Girón.
Lugar: Granada. 1982.

"Control de Calidad Asistencial"
Ponencia en el III Symposio sobre Control de Calidad Asistencial.
F. Girón
Organizado por el Hospital Civil de Málaga.
Lugar: Palacio de Congresos, Torremolinos, Málaga Año: 1985.

2. Formación personal auxiliar: tanto de administrativos como ATS, además de la enseñanza continuada que se proporciona diariamente, se han sucedido otros muchos cursos. Simplemente a modo de ejemplo indicamos los siguientes:

"Documentación Clínica"
Organizados por la Escuela de Auxiliares de Clínica "La Blanca Paloma" de Formación Profesional.
Hospital Universitario y Salón de Actos de la Caja Rural de Granada.
Años: 1981, 1982 y 1983.

"Curso Básico de Documentación e Informática Clínicas para auxiliares". Organizado por la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. Hospital Clínico, Granada, año 1984.

"Cursos de Documentación Clínica para Administrativos". Servicio Andaluz de Salud. Impartidos en el Hospital Clínico, Octubre de 1994 y Ciudad Sanitaria, Noviembre de 1994, ambos en Granada.

"Sistema de Información Sanitario" en Administración Sanitaria para ATS.
Cursos de Verano de la Universidad de Granada Mojacar (Almería).
Cursos 1992-93 y 1993-94.

3. Asesoramiento a instituciones.

Con creciente frecuencia asistimos al hecho de que los médicos documentalistas son requeridos para formar parte de grupos de trabajo, comisiones para la adjudicación de plazas hospitalarias, o se les somete a su aprobación futuras normativas, todo ello, naturalmente, en relación con los temas de documentación médica. Dichas comisiones o instituciones tienen carácter oficial, bien en organismos de tipo nacional o bien autonómico

A nivel autonómico destacamos:

Comisión de análisis y seguimiento del C.M.B.D. Subdirección Técnica Asesora. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Del mismo modo han prestado su colaboración en la elaboración de textos y normativas:

Normas para la acreditación de Hospitales. Informe de un comité de expertos. Sevilla. Consejería de Salud y Consumo. 1985.

ANEXO 2

SOCIEDAD DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA DE LA REGIÓN DE MURCIA.

DOCENCIA EN DOCUMENTACIÓN MÉDICA.

UNIDAD DOCENTE DE HISTORIA DE LA MEDICINA Y DOCUMENTACION MEDICA. DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE MURCIA.

LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGIA.
Asignatura: Historia de la Medicina (1/3 del programa es Documentación Médica).
Fecha: desde 1977

Asignatura: Seminario de Historias Clínicas
Fecha: desde 1980 hasta 1993

Asignatura: Seminario de Bibliometria
Fecha: desde 1980

LICENCIATURA EN ODONTOLOGIA.
Asignatura: Documentación Médica (3 créditos)
Fecha: desde el curso 1992-93

DIPLOMATURA EN ENFERMERIA.
Asignatura: Documentación Médica
Fecha:desde 1983 hasta 1993

Asignatura: Curso de perfeccionamiento para ATS en Documentación Médica.
Fecha: 1981 y 1982.

DIPLOMATURA EN BIBLIOTECONOMIA Y DOCUMENTACION.
Asignatura: Introducción a la Información y Documentación en Biomedicina.
Fecha: desde 1989

CURSOS DE DOCTORADO.
Documentación Médica
Fecha: desde 1979

Documentación Científica
Fecha:desde 1982

CURSOS POSTGRADO.
Master Universitario en Documentación e Información Científica.
Especialista Universitario en Documentación Médica
Master Universitario en Documentación Médica.

HOSPITAL GENERAL ALBACETE.
Curso de introducción hospitalaria a residentes de primer año. Desde 1990.
Seminarios de formación en CMBD y codificación a servicios clínicos. Desde 1992.
Seminario de formación en CMBD a secretarias de servicios clínicos. 1992.
Seminario de formación a la división de enfermería sobre CMBD. 1992.
Seminario de formación en GRD`s a servicios clínicos. 1993.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER. MURCIA.
Seminarios de formación en CMBD y codificación a servicios clínicos. 1995.

HOSPITAL SANTA MARIA DEL ROSELL. CARTAGENA.
Curso de introducción hospitalaria a residentes de primer año. Desde 1990.

ATENCION PRIMARIA DE SALUD.
Curso de Sistemas de Registro e Historias Clínicas en APS. 1987.

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA.
Curso sobre Protocolos de enfermería en pacientes criticos. 1993.
Curso sobre utilización de bases de datos en Ciencias de la Salud. 1995.

ANEXO 3

LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA EN GALICIA

Historia
En 1988 el Instituto Nacional de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo publican el "Plan de Garantía de Calidad Total en Atención Sanitaria".

Entre las diferentes líneas de acción planteados en dicho documento se encontraban los siguientes:
1. Establecer a nivel estatal un núcleo de información válida, homogénea y homologable por cada usuario del sistema de salud.
2. Formar y motivar a los profesionales de la salud en el caso de los instrumentos necesarios para explotar la información obtenida.

Se diseñaron varios subprogramas para el desarrollo de las líneas de acción básica.

* Proyecto NUBIS (Núcleo Básico de Información Sanitaria)

* Proyecto CÓDIGO (Implantación del Núcleo Básico de Información Sanitaria). Dentro de este proyecto se llevaron a cabo varios cursos de codificación clínica con la CIE-9-MC, en los primeros de ellos participaron dos hospitales gallegos.

* Proyecto SICE (Sistema de Clasificación de Enfermos). Permitió un primer acercamiento y análisis sobre la utilidad del CMBD. Un hospital de nuestra Comunidad Autónoma formó parte del grupo de seis hospitales que desarrollaron este proyecto.

En 1991 tras las transferencias fue la Subdirección Xeral de Información Sanitaria la que asumió las competencias propias de este campo.

El proyecto Pago por Proceso conllevó por primera vez la realización de auditorías a nivel nacional, sobre la calidad de la codificación clínica de los hospitales participantes, entre ellos también había uno gallego.

En 1992 la situación era la siguiente, de los 11 hospitales públicos transferidos, 4 de ellos recogían sistemáticamente el CMBD de sus altas hospitalarias y otro lo hacia de forma parcial.

En dicho año la Subidrección Xeral de Información Sanitaria a instancias de la "Comisión de Pago por Proceso" creo el grupo de codificación, con el objetivo de diseñar un nuevo aplicativo informático que integrado en el plan D.I.A.S. diera respuesta a los problemas de codificación diagnóstica, a finales de dicho año el objetivo se había cumplido y hoy en día todos los hospitales de la red pública gallega poseen el mismo aplicativo informático para la carga y explotación de la información incluida en el CMBD.

El 29/12/1992 se aprueba la estructura de dirección del Proyecto de Gestión Analítica en los Hospitales del SERGAS, cuyo objetivo general era "facilitar a las gerencias de los hospitales y al SERGAS herramientas de gestión para afrontar el reto de un nuevo escenario determinado por el logro del binomio eficacia/eficiencia de los servicios asistenciales".

La Subdirección Xeral de Información Sanitaria formaba parte de la comisión central de dirección de dicho proyecto.

La Fase III de dicho proyecto contempla la creación de la comisión de codificación diagnóstica con los siguientes objetivos:

1. Respecto al servicio de Archivo de Historias y Documentación Clínica:
- Medidas necesarias para su mejora que incluirán coste aproximado y calendario.
- Curso organizativo.

2. Puesta en marcha de la codificación diagnóstica: establecimiento de fases y calendario.

ACTIVIDADES :

* Constitución de la comisión formada por los responsables de archivos de historias clínicas y presididos por el responsable técnico de la comisión ejecutiva central.

* Elaboración de un informe final con :
- Medidas de mejora de los servicios de archivos
- Marco organizativo de dicho servicio
- Manual de definiciones del CMBD
- Manual de normalización de la codificación del CMBD.

* Valoración de los aplicativos existentes.

* Valoración de la posibilidad de elaborar por parte de la Subidrección Xeral de Información Sanitaria de una nueva Orden de la Consellería que regule estos aspectos relacionados con el Conjunto Mínimo Básico de Datos.

Los objetivos alcanzados por esta comisión han sido:
A. 1993 . 9 de los 11 centros públicos y un centro privado, recogían sistemáticamente el CMBD de las altas hospitalarias. Porcentaje global de codificación a nivel de la Comunidad Autónoma era del 52% aproximadamente.
1994 , los 11 hospitales públicos y 2 privados recogen el CMBD, el porcentaje global de codificación alcanzado es del 75%.

B. Orden de la Consellería de 4 de mayo de 1994 por la que se crea la "Unidade de Referencia da Codificación Diagnóstica de Galicia" (DOGA n1 97 Lunes, 23 maio 1994)

C. Orden de la Consellería de 7 de abril 1993 por la que se regula el "Conxunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalaria na Comunidade Autónoma de Galicia". (DOGA n1 77 Lunes 26 abril 1993).

D. 1994 , publicación de MANUAL DE ORGANIZACIÓN DE ARCHIVOS Y DOCUMENTACIÓN CLINICA , colección Sistemas de Información Sanitaria , CONSELLERIA DE SANIDADE Y SERVICIOS SOCIAIS , XUNTA DE GALICIA.

E. 1994 publicación de las NOTAS TÉCNICAS SOBRE LA CIE-9-MC, 20 EDICIÓN EN CASTELLANO, colección Sistemas de Información Sanitaria, CONSELLERIA DE SANIDADE Y SERVICIOS SOCIAIS, XUNTA DE GALICIA.

ANEXO 4

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID EN EL CAMPO DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA.

1. III JORNADAS NACIONALES DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA. Sociedad Española de Documentación médica. Madrid, octubre 1988.

2. CURSILLO DE FORMACIÓN PARA LA CODIFICACIÓN DE ENFERMEDADES Y PROCEDIMIENTOS CON LA CIE-90-CM. Dirección General del INSALUD. Madrid, 13-17 de marzo de 1989.

3. SEMINARIO DE CODIFICACIÓN CON CIE-90-CM. Dirección General del INSALUD, Madrid, 13 y 14 de julio de 1989.

4. MÁSTER EN DOCUMENTACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA. Director Prof. Pedro Navarro. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Año de incicio 1989.

5. JORNADAS DE GESTIÓN E INFORMACIÓN CLÍNICA. Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Severo Ochoa. Leganés, 17-19 de mayo de 1989.

6. JORNADAS DEBATE SOBRE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID. Consejería de Salud de la C.A.M. Madrid, 7 y 8 de noviembre de 1989.

7. CURSO DE "ESPECIALISTA EN INFORMÁTICA APLICADA A LA SALUD". Director Prof. Pedro Navarro. Departamento de Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Año de incicio 1990.
8. CURSOS DE CODIFICACIÓN CON CIE-90-CM.Escuela Nacional de Salud. Madrid.
8.1. Tres cursos en 1990, 1991 , 1992 y 1993
8.2. Dos cursos en 1994
8.3. Un curso en 1995

9. CURSOS DE CODIFICACIÓN CON CIE-90-CM. Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Madrid.
9.1. Mayo 1991
9.2. Febrero 1993

10. JORNADAS SOBRE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES. Madrid, 21 de junio de 1991.

11. CURSO SOBRE "MÉTODOS DE CASE-MIX PARA LA GESTIÓN HOSPITALARIA Y EL PAGO PROSPECTIVO". Escuela Nacional de Sanidad Madrid, del 10 al 20 de diciembre de 1991.

12. ASAMBLEA CONSTITUYENTE DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA. 4 de octubre de 1993. En la actualidad cuenta con 70 asociados.

13. VI JORNADAS NACIONALES DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA. Sociedad Madrileña de Documentación médica. Hospital de "La Fuenfria" Cercedilla, Madrid 2 y 3 de junio de 1994, 267 participantes con inscripción.

14. CURSOS SOBRE LOS SERVICIOS DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid
14.1 Dos cursos en 1995

15. GRUPO DE TRABAJO SOBRE CODIFICACIÓN. Sociedad Madrileña de Documentación médica. Reunión bimensual del grupo de trabajo desde 1995.

16. ENCUENTROS DE DOCUMENTACIÓN EN SANIDAD "Nuevas tendencias de los Sistemas de Información de la Salud". Sociedad Madrileña de Documentación médica. Hospital Universitario "Gregorio Marañon". Madrid, 1 de junio de 1995.

ANEXO 5

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS DE LA SOCIETAT CATALANA DE DOCUMENTACIÓ MÈDICA

Sesiones de trabajo

1988 Presentación Sociedad. Dr. Salvador Sargas. Objetivos. Dr. Josep Manuel Picas .Programa de actividades. Dra. Montserrat Casamitjana. Concepto de Documentación Médica. Dra. Maria Rovira.

1988 Presentación de la Comisión de Codificación. Objetivos y propuestas de la Comisión. Traducción al catalán de la ICD-9-CM. Codificación de Urgencias.

1988 Almacenamiento de información en sistemas ópticos. Philips Informática y Comunicaciones, S.A.

1989 Secreto profesional y confidencialidad de la información sanitaria. Conjunta con la Sociedad Catalana de Salud Pública. Dra. Helena Isabal. Dr. Oriol Ramis

1989 Conservación de documentos. Dra. Pilar Navarro

1989 Acceso a la información científica. Consulta de bases de datos externas. Sra. Laura Vilanova (CDM y Laboratorio J. Uriach y Cia).

1989 Errores de la CIM-9-MC. Comisión de Codificación. Dr. David Singer.

1989 Resultados de aplicación del informe de alta. Dra. Anna Galbe (DGOPS).

1989 Sesión inaugural del curso 1989-90. El papel de la Documentación Médica en el Hospital. Sra. Esperanza Martí.

1989 Registros Médicos Automatizados. Dr. JM. Picas.

1989 Aspectos de la Documentación Médica en los EEUU de América. Sesión conjunta con el Consorcio de Hospitales de Barcelona Miss Carol A. Lewis (President Medical Records Association).

1990 Líneas de trabajo en Documentación Médica. Actividades Europeas recientes. Dr. Arturo Conesa.

1990 Sistemas de Información en los hospitales. Sesión conjunta con la Sociedad Catalana de Gestión Sanitaria. Dr. Xavier Castells. Dr. Antonio Gil. Dr. Esteve Picola. Dr. Boy Ruiz.

1990 Conclusiones del Taller sobre "Conservación, confidencialidad, responsabilidad en Documentación Médica". Dr. J.M. Picas.

1990 Control de calidad de los Sistemas de Información. Dr. J.M. Casanelles. Dra. Pilar Navarro Coordinadora. Dra. Maria Rovira.

1990 Perspectivas de Programas Europeos. Dr. J. Guanyabens (Hospital General de Granollers).

1990 Líneas de trabajo actual en los Servicios de Documentación. Dra. Helena Isabal.

1991 ICD-9-CM. Actualizaciones. Proyecto ICD-10. Dra. J. Ribera.

1991 Novedades en los Sistemas de Tratamiento de Imagen. Dr. Arturo Conesa.

1991 Sistemas de Información en el sector sanitario de Catalunya. Dr. A. Gratacós.

1991 Nuevo modelo de acreditación hospitalaria en los Servicios de Documentación Médica. Dra. Helena Isabal.

1992 Adecuación de los Sistemas de Información Hospitalaria para aproximarnos al Case-Mix. Dra. C. Castells.

1992 Funciones de los Servicios de Documentación Médica. Dra. María Rovira.

1992 Conclusiones de las Comisiones de trabajo de la Sociedad Catalana de Documentación Médica. Dr. J.M. Casanellas.

1992 Proceso de elaboración de un sistema de codificación para las especialidades de Neumología y Cirugía Torácica. Dr. Ll. Joanmiquel.

1992 Proceso de planificación de un Sistema de Información Sanitaria. Dra. J. Sánchez.

1993 Indicadores de Calidad en un Servicio de Documentación Médica. Dra. Maria Rovira.

1993 Codificación de procesos traumatológicos, neonatológicos y anatomopatológicos. Dra. C. Castells.

1993 Concurso y Presentación del Logotipo de la Sociedad Catalana de Documentación Médica.

1993 Sistemas utilizados en la codificación de la Asistencia en los Servicios de Urgencias Hospitalarias. Validez, limitaciones y utilidades. Dr. Balanzó, Dra. Raurich.

1993 Conjunto mínimo básico de datos. Validación interna y protocolo de evaluación externa. Dra. M. Bustins, Sr. X. Salvador.

1993 Experiencia en la aplicación del análisis del producto hospitalario al CMBDAH. Dra. Pilar Gavilán.

1994 Criterios de acceso a la información clínica en el Hospital General del Valle Hebrón. Dra. Elena Esteban.

1994 Utilización simultánea de diferentes sistemas de clasificación en el diagnóstico psiquiátrico. Dr. Emilio Rojo.

1994 Información para la gestión: "El nombre de la rosa". Dr. Tomás Tenza.

1994 Manual de utilización de la CIM-9-MC. Dra. Anna Hernández.

1994 La información clínica dentro del sistema de información de atención primaria. Dra. J. Ribera, Dr. J.M.Picas.

1994 El consentimiento informado. Dra. Rosa Mejón, Dr. Joan Ribas, Dr. Joan Bosch.

1994 La historia clínica de Salud Laboral en el Hospital. Contenido, gestión, legislación y ética de la información Sesión conjunta con la Sociedad Catalana de Medicina del Trabajo. Dra. Consol Serra, Dr. Rafael Padrós, Dr. Miguel Vilardell.

1995 Comunicaciones libres:

- Entrega de Documentación Clínica a los pacientes del Consorcio Hospitalario del Parc Taulí. Sra. Nuria Rifà.

- Sistemas de información del Hospital de Barcelona. Sra. Ilú de Tord.
- Historia Clínica informatizada de la consulta de asistencia urgente (C.A.U.) urológica y su explotación. Dra. Mercé Bombardó.

1995 Perfil académico del Especialista en Documentación Médica. Dr. Arturo Conesa, Sra. Emilia Gil.

1995 Presentación de los resultados del grupo de trabajo. Integración de la Documentación Médica entre la asistencia especializada y la atención primaria. Coordinación: Dra. Juliana Ribera

1995 Aspectos legales del uso de la Historia Clínica. Coordinación: Dra. Pilar Torre.

Talleres de trabajo

1990 Taller sobre la confidencialidad y aspectos legales de la Documentación Clínica.

1990 Taller de trabajo sobre la utilidad de la Historia Clínica.

1992 Taller de trabajo sobre utilidad de los Sistemas de Información en las áreas quirúrgicas. (Sesión conjunta con la Sociedad Catalana de Cirugía) Dra. Maria Rovira.

Grupos de trabajo

1988 Comisión de trabajo de los indicadores de archivo y su aportación a las III Jornadas de Documentación Médicas celebradas en Madrid.

1988 Comisión de trabajo de Codificación/Unificación. Criterios y revisión de la CIM-9-CM.
1991 Coordinación de la 3a. Conferencia Mundial de Tarjetas Sanitarias e informatización de la Historia Clínica.

1993 Confección del Manual de Utilización y Aprendizaje de la Clasificación ICD-9-CM.

1994 Grupo de trabajo. Criterios de actuación médico-legal en Documentación Médica. Coordinación: Dra. Maria Rovira.

1994 Grupo de trabajo. Conceptos básicos en información asistencial. Coordinación: Dra. Rosa M. Montoliu.

1994 Grupo de trabajo. Integración de la Documentación Médica entre Atención Especializada y Atención Primaria. Coordinación: Dra. Juliana Ribera.

1994 Grupo de trabajo de codificación. Coordinación: Dra. Montse López.

Otras actividades de la Sociedad

1989 Curso básico de Documentación Médica.

1989 Representación de la Sociedad Catalana de Documentación Médica como participante en la Comisión para el seguimiento de la implantación del CMBDAH (DOGC núm.1379 de 12 de desembre de 1990).

1993 Creación del "Full informatiu" de la Sociedad Catalana de Documentación Médica (edición mensual)

1993 Organización del III Congreso de Documentación Médica por la Sociedad Catalana de Documentación Médica.

1994 Asesoría científica del "Quadern de la Bona Praxi" sobre "Finalitat i us de la Història Clínica", editado por el Centre d'Estudis Col.legials del Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.

Otras actividades docentes realizadas en la Comunidad Autónoma

Máster en Documentación Médica, Universidad Autónoma de Barcelona, dirigido a médicos. El curso tiene una duración de dos años y una cobertura de 40 créditos distribuido en un trabajo de investigación y los siguientes módulos:

- Información y comunicación en medicina
- Información y documentos médicos
- Sistemas de recuperación de la información
- Evaluación de los sistemas de información
- Estadística
- Métodos para la producción y presentación de indicadores
- Nomenclaturas y clasificaciones en documentación asistencial
- Sistemas de recuperación en documentación científica
- Indicadores de actividad científica
- Sistemas de información asistencial
- Información para la planificación, evaluación y gestión de programas sanitarios
- Información sanitaria
- Máster en Documentación Médica, dirigido por la Dra. María Rovira. Organizado por ID2 y el Instituto de Estadística de Catalunya. Cursos 1989-90 y 1990-91.

Curso de Especialización en Documentación Médica, dirigido la Dra. María Rovira. Organizado por ID2 y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Curso 1991-92.

I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX Curso de Indización de Diagnósticos y Procedimientos. Utilización de la ICD-9-CM. Dirigido por la Dra. María Rovira. Organizado por el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Cursos 1988-1994.

I Taller de Criterios y Utilización de la Clasificación Internacional de Enfermedades. 9a. revisión Modificación Clínica. Dirigido por la Dra. María Rovira. Curso 1992.
Societat Catalana de Documentació Médica.

Jornada "La información clínica: Un elemento necesario en el medio hospitalario". Organizado por el Hospital de Sant Joan de Déu y el Hospital Universitari Príncipes d'Espanya. Barcelona, 6 de abril de 1989.

ANEXO 6

LA DOCUMENTACIÓON MÉDICA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

1. La Documentación Médica en la Universitat de Valencia

El comienzo de la Documentación Médica en la Comunidad Valenciana hay que situarlo en los años 60.

1.1. La actividad docente

El Prof. Jose María López Piñero desde su Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad de Valencia inicia una serie de actividades docentes y de investigación en esta disciplina, que provoca, a mediados de los años 60, la creación de la primera plaza de profesor ayudante para impartir docencia en Documentación Médica.

Esta plaza se transforma en 1973 en una plaza de Prof. Adjunto tras la correspondiente oposición ganada por la Prof. María Luz Terrada Ferrandis. En 1977, por el mismo sistema, obtiene la plaza de Prof. Agregada de Documentación Médica, plaza que se convierte en Cátedra con la aprobación de la Ley de Reforma Universitaria (LRU), siendo esta la primera y única hasta el momento en España.

La continua demanda docente de la disciplina, provoca la incorporación de otros Prof. Ayudantes (inicia en 1970) que tras las correspondientes oposiciones van pasando a Prof. Titulares de Documentación Médica (1983-1994). Actualmente, el grupo de profesores de Documentación Médica esta formado por cuatro Prof. Titulares de Universidad y un Catedrático de Escuela Universitaria, además de la Cátedra de Universidad ya nombrada.

Este grupo se desarrolla en el seno del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia y sus principales actividades docentes son:

Programa de Doctorado en Documentación (se acepta un máximo de 10 alumnos por convocatoria).
El programa de Doctorado se compone de 12 módulos o cursos con un total de 33 créditos teóricos que junto con el trabajo de investigación hacen un total de 42 créditos.
Los cursos que actualmente componen dicho programa de doctorado son:
Métodos y técnicas del trabajo científico (2 créditos)
Bibliometría e indicadores de actividad científica (2 créditos)
Investigación evaluativa en Documentación (4 créditos)
Sistema de recuperación de información científica (3 créditos)
Sistemas de información asistencial (6 créditos),
Nomenclaturas y Thesauri en Documentación Científica (2 créditos)
Nomenclaturas y Clasificaciones en Documentación Asistencial y Sanitaria (2 créditos)
Sistema de información sanitaria y registros de enfermedades (4 créditos)
Repertorios y bases de datos en ciencias sociales y humanidades (2 créditos)
Fuentes de información científica (2 créditos)
Terminología Médica (2 créditos), y
Repertorios y Bases de datos de interés científico (3 créditos).

La docencia de 3er ciclo tiene como objetivo final el desarrollo y defensa de la tesis doctoral. Hasta el momento en el Departamento se han defendido casi un centenar de tesis correspondientes al área de Documentación Médica, a las que podemos añadir una docena en curso de realización.

- Curso de Especialidad en Documentación Médica dirigido a médicos (hasta ahora se han formado 120 profesionales, aproximadamente)
Este curso, reconocido por la Universidad de Valencia como estudios de especialidad, tiene por objetivo cubrir la demanda docente de los profesionales que estan desarrollando las tareas de médicos documentalistas, así como de aquellos que desean serlo en un futuro.
El Curso tiene una duración de dos años en horario de fin de semana (viernes y sabado) y una cobertura de 40 créditos distribuidos en los módulos siguientes, ademas de un trabajo de investigación:
Información y comunicación en Medicina
Información y los documentos médicos
Sistema de recuperación de la información
Métodos para el estudio de las necesidades y usos de la información
Métodos de evaluación de sistemas de información
Nociones de Informática
Nociones de estadística
Métodos para la producción y presentación de indicadores
Nomenclaturas, Clasificaciones y Thesauri en Documentación Científica
Sistemas de recuperación de información para materiales científicos y docentes no impresos
Indicadores de actividad científica
Nomenclaturas y Clasificaciones en Documentación Asistencial y Sanitaria
Sistema de información asistencial
Información para la planificación, evaluación y gestión
Fuentes y sistemas de recuperación de información científica
Terminología Médica
Información sanitaria

- Curso de Especialidad en Documentación en Enfermeria dirigido a Diplomados en Enfermeria (hasta la fecha se han formado unos 50 profesionales aproximadamente)
Su objetivo es cubrir la demanda docente de un grupo profesional dedicado a las tareas de tratamiento de la información médica.
El curso tiene una duración de un año en horario de viernes por la tarde y esta compuesto por 14 módulos que suman 12,5 créditos y un trabajo de investigación de 2,5 créditos. Los módulos que componen el curso son:
La documentación como profesión en enfermeria
Los documentos y la informática biomédica
La bibliografía biomédica. Los documentos asistenciales.
Sistemas de recuperación de la información.Sistemas de información asistencial
La historia clínica.Análisis documental de la histoira clínica. El conjunto mínimo básico de datos (CMBD). El control del vocabulario en documentación asistencial. Laterminología biomédica. Nomenclaturas y clasificaciones en biomedicina
Codificación de diagnósticos y procedimientos. La clasificación Internacional de Enfermedades 9_ revisión.Modificación clínica (CIE-9-MC) y otras clasificaciones
La Unidad de Documentación Clínica y Admisión como sistema de recuperación de información clínica y subsistema de información de pacientes
Sistemas de información sanitaria.Los indicadores sanitarios.Fuentes y datos sanitarios.Registros de enfermedades.
Organización asistencial y sanitaria.Necesidades de información para la gestión, planificación y evaluación sanitaria.
Estudio de coste por proceso. El case-mix y sistemas de clasificación de enfermos
El control de calidad asistencial.Necesidades de información para la calidad asistencial
Necesidades de información para la investigación y la docencia. La recuperación selectiva de la información bibliográfica. La búsqueda bibliográfica. Repertorios y bases de datos bibliográficos en Biomedicina.
Informática documental. El tratamiento automático de la información
Estadística aplicada al trabajo documental

Esta docencia se complementa con la enseñanza de los conceptos básicos de la disciplina en las licenciaturas y diplomaturas de Medicina, (compartiendo asignatua con Histora de la Medicina hasta la aplicación del nuevo plan de estudios), Odontología y Enfermería, en las correspondientes asignaturas.

1.2. La actividad investigadora

En cuanto a la investigación, el grupo formado por el Prof. López Piñero, empezó trabajando en la línea de los repertorios bibliográficos, creando el INDICE MEDICO ESPAÑOL, que en el año 1965 apareció el primer número con el único apoyo de una empresa privada y que se ha publicado ininterrumpidamente hasta hoy.

Posteriormente, a finales de los años 60 y principios de los 70, bajo el patrocinio de la Caja de Ahorros de Valencia, se funda el que posteriormente sería el Centro de Documentación e Informática Biomédica, que se responsabiliza de la edición del IME que en esos momentos esta a punto de publicar el volumen n_ 26, e impulsa la creación de su base de datos automatizada así como el desarrollo de otras líneas de investigación.

El INDICE MEDICO ESPAÑOL es un repertorio de referencias bibligráficas publicado en volumenes trimestrales, que analiza mas de 100 revistas médicas españolas. Ofrece referencias de los articulos en las que figuran todos los autores,hasta un total de veinte y su institución de procedencia, así como el número de referencias bibliográficas que incluye el articulo. Además cuenta con un índice de autores y un índice de materias. El repertorio, actualmente accesible "on line" y en CD-ROM, sufre una reforma en 1991 que consiste basicamente en la conversión en un repertorio mixto de referencias bibliográficas y de citas. A partir de ese momento el repertorio tiene tres volumenes anuales, los dos primeros dedicados a las referencias bibliográficas de los articulos publicados en revistas médicas españolas y el tercero, titulado "Citas de autores médicos españoles", recoge las citas que las publicaciones médicas españolas de cualquier género reciben en artículos indizados en los dos primeros volúmenes.

Este Instituto desarrolla actividades de investigación y servicios en el ámbito de la Documentación Médica, siendo sus principales lineas de actuación:

Indicadores bibliométricos de la actividad científica española.

La aplicación del análisis bibliométrico a la literatura médica, para obtener indicadores de actividad científica española, ha sido una de las lineas de investigación mas tempranas de este departamento. Fruto de mas de 20 años de labor de investigación ha sido la publicación de mas de 30 trabajos, contando entre ellos seis libros de la colección *Cuadernos de Documentación e Informática Biomédica*, en los que se han recogido los principales conceptos de la bibliometría y los resultados de las investigaciones realizadas. De entre los artículos publicados debemos destacar una reciente revisión sobre el tema publicada en cuatro artículos por los profesores del departamento J.M. López Piñero y Maria Luz Terrada, a quienes se debe el impulso de esta linea de investigación. Por último cabe mencionar las numerosas tesis doctorales y tesinas dirigidas en ese campo que ha servido como base para la formación de investigadores en ese campo. Dentro de este campo se ha puesto en marcha, una nueva linea de investigación que consiste en el análisis de la producción y el consumo de información medicocientífica en nuestro país a través del análisis de citas, que se materializará en la publicación del primer *Indice de Citas Español*. Este índice permite una evaluación mas objetiva de las publicaciones y autores médicos españoles.

Análisis documental de la información médico-científica.

Esta linea de investigación está centrada en el desarrollo del repertorio bibliográfico *Indice Médico Español* y de la *Base de Datos IME*, cuyas principales características ya han sido descritas.

Semántica documental aplicada a los sistemas de información médica

Dentro de esta línea de investigación hay que destacar el análisis semántico de las, aproximadamente, 12.000 palabras-clave procedentes de cerca de 100.000 trabajos incluidos en la base de datos IME. Este análisis, junto al de los términos que se obtengan a partir de las estrategias de las búsquedas realizadas, es la base para la confección del thesaurus IME, cuya realización ha continuado, alcanzándose en la actualidad una población de términos médicos superior a 30.000.

También, dentro de esta línea de semántica documental, se está trabajando, en el área de la información medicoasistencial y sanitaria, en el desarrollo de lenguajes documentales propios y la adaptación de nomenclaturas y clasificaciones internacionales a las necesidades específicas de nuestro sistema de información. Entre las realizaciones recientes relativas al estudio de la terminología y clasificaciones médicas, cabe destacar la *Clasificación de Diagnósticos Clínicos en Urología y Andrología*, la *Nomenclatura Codificada de Diagnósticos Oftalmológicos* y *la CIE-9-MC como sistema de clasificación en Rehabilitación*.

Documentación e información hospitalaria.
En esta línea de investigación, debemos destacar, el desarrollo en, la Comunidad Valenciana de un Sistema de Recuperación de la Información Clínica, pionero de entre los actualmente instaurados y que fue, además, el primer sistema de información clínica automatizado de España. El sistema, permite atender adecuadamente tanto a la recuperación de documentos clínicos con fines asistenciales o a la investigación clínica, como a la recuperación de datos ya sean para ser utilizados en la elaboración de estadísticas hospitalarias y de indicadores o, para su uso en investigación.
Constituye, además, un instrumento para el desarrollo de investigación en nuestra disciplina, en las áreas del análisis documental de la información medica y de semántica documental. Así mismo, hemos de incluir los estudios de flujo de la información hospitalaria, el diseño de documentos clínicos y la evaluación del sistema.

Evaluación de sistemas de información.
Esta línea de investigación del departamento obedece a un creciente y racional interés de los profesionales del área de Documentación sobre la necesidad de integrar adecuados mecanismos de evaluación en los sistemas de información, con el fin de conocer y garantizar la calidad de los servicios y productos proporcionados por estos.

De integración reciente, esta línea está enfocada tanto a los aspectos de evaluación de los sistemas de información medico científica como de los asistenciales y sanitarios.

Su polo de desarrollo ha comenzado con la realización de estudios de evaluación sobre aspectos de calidad concernientes a sistemas de información médico-sanitarios, concretamente en la evaluación de las fuentes de información hospitalaria y de registros de cáncer. En este contexto, se puede situar, la realización de una tesis de doctorado y de una tesis de Master, la realización de tres proyectos de investigación subvencionados y la actual dirección de cuatro tesis de doctorado.

Cabe subrayar, así mismo, la ampliación de esta línea para cubrir aspectos relativos a la evaluación de sistemas de información bibliográfica, cuyos inicios se han marcado con la actual dirección de una tesis de doctorado que aborda la evaluación de aspectos del IME. Además, debemos mencionar en este apartado, los estudios de evaluación de satisfacción de usuarios llevados a cabo en el Centro de Documentación e Informática Biomédica.

Registros de cáncer.
Esta línea de investigación está en relación con el diseño y desarrollo de sistemas de recuperación de información sanitarios, concretamente registros de cáncer.

En esta área, cabe mencionar en primer lugar, el diseño y posterior puesta en marcha del Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI), proyecto en colaboración con la Sección de Oncología de la Asociación Española de Pediatría. El RNTI, está en funcionamiento desde 1980. Sus objetivos principales son el análisis de los resultados finales de la asistencia (indicadores de supervivencia) y el apoyo a la investigación clínica. Es el único registro de cáncer infantil de dimensión nacional en España. Es de base hospitalaria (con mas de 40 centros informantes) y es el mayor de Europa de sus características. Se realiza la publicación anual del repertorio estadístico (último repertorio publicado: Estadísticas Básicas del RNTI, 1991). Este registro está incluido desde 1991 en la International Association of Cancer Registries y en el repertorio *International Incidence of Childhood Cancer* publicado por La International Agency for Research on Cancer, WHO, Lion). En segundo lugar, el Registro de Tumores de la Comunidad Valenciana (RTCV) (proyecto en colaboración con la Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana). Este proyecto, se inició en 1985, con

un proyecto de evaluación de las fuentes hospitalarias de cáncer infantil que, culminó en 1988, con el diseño y posterior implantación del Registro de Tumores Infantiles de la provincia de Valencia. El único de estas características existente en España. En la actualidad y desde 1989, el RTCV se sitúa en el marco del Plan de Lucha contra el Cáncer de la Comunidad Valenciana. Cuenta con un registro general de cáncer y el subsistema de tumores infantiles. Sus objetivos principales son la producción de indicadores de morbilidad y supervivencia, así como el apoyo a la planificación, la evaluación de servicios y la investigación clínica y epidemiológica.

En 1987, el Centro de Documentación e Informática Médica quedo integrado en el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, instituto mixto Universidad-CSIC. Este Instituto desarrolla actividades de investigación y servicios en el ámbito de la Documentación Médica, siendo sus principales líneas de actuación la producción del Índice Médico Español y el Índice de Citas, los estudios bibliométricos, el diseño y desarrollo de registros de cáncer, etc.

2. La Documentación Médica en la práctica asistencial

En el ámbito asistencial, el Centro de Documentación e Informática Biomédica colaboró, a principios de los años 70, en la creación del Servicio de Documentación e Informática Médica (SEDIM) del Hospital Clínico Universitario de Valencia perteneciente en aquel entonces a la Universidad. La dotación inicial fue de un Jefe Clínico, y tres Médicos Adjuntos (entre los que se encontraban el personal informático) todas ellas convocadas por concurso-oposición, además del personal de enfermería y administrativo correspondiente. Las tareas inicialmente desarrolladas fueron:

- inicio de la centralización del archivo de historias clínicas
- creación de una base de datos administrativo-clínicos, desarrollando las herramientas necesarias para su gestión (Clasificación Internacional de Enfermedades 80 revisión, Nomenclatura Codificada de Diagnósticos, etc.)

Este Servicio hospitalario actualmente ha sido transformado en una Unidad de Documentación Clínica y Admisión, siguiendo la estructura hospitalaria del Servicio Valenciano de Salud y cuenta con un Jefe de Servicio, un Jefe de Sección, un Médico Adjunto y un Médico Adjunto contratado. Cabría señalar que, a finales de los años 70, este Servicio tuvo adjudicados dos Médicos Residentes en calidad de MIR.

En el Sistema Sanitario perteneciente a La Seguridad Social, el Hospital "La Fe" inaugurado en 1969 cuenta desde su inicio con Servicios de Documentación Clínica en todos sus Centros. Estos Servicios incorporan la figura del Médico responsable a mediados de los años 70 mediante un sistema de concurso-oposición con un Jefe Clínico y cuatro Médicos Adjuntos. Actualmente la plantilla cuenta además con un Médico Adjunto contratado Sus actividades se centran en:

- la centralización del archivo de historias clínicas
- la creación de una base de datos administrativo-clinicos con el desarrollo y mantenimiento de las herramientas necesarias para su gestión (Clasificación Internacional de Enfermedades 8 revisión, International Classification of Procedures in Medicine, Systematized Nomenclature of Patology).

Posteriormente, el Hospital Dr. Peset Aleixandre también pone en marcha su Servicio de Documentación Clínica en la misma línea de trabajo, con la asignación de un Médico responsable.
En la década de los 80 se crean este tipo de Servicios en el resto de los Hospitales de la Seguridad Social existentes en la Comunidad Valenciana, teniendo todos ellos un Médico responsable.

En el Hospital General de Valencia dependiente de la Diputación Provincial se inicia el Servicio de Documentación Médica con la convocatoria en 1982 de una plaza de Médico Adjunto mediante concurso-oposición. En 1986 se cubre otra plaza de Médico Adjunto por concurso de promoción interna y en 1991 una tercera plaza de Médico Adjunto mediante concurso-oposición.
Por otro lado el Instituto Valenciano de Oncología, institución inicialmente privada, pone en marcha en 1981, su Servicio de Documentación Clínica con un Medico responsable al frente.

La publicación en 1988 del Decreto en el que se crean las Unidades de Documentación Clínica y Admisión en los Hospitales de la Comunidad Valenciana, condiciona la ampliación de la responsabilidad del Médico Documentalista a aquellas áreas pertenecientes a la Unidad de Admisión.
Orden de 15 de noviembre de 1988 de la Conselleria de Sanitat i Consum por la que se regula la Unidad de Documentación Clínica y Admisión de los Centros Hospitalarios.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DEL AREA DE AMISION
Gestión de la demanda de hospitalización
Gestión de ingresos y traslados a otros hospital
Control y autorización de traslados
Control y autorización de altas
Gestión de la demanda en régimen ambulatorio
Creación y actualización del fichero índice de pacientes
Cumplimentación del libro de registro y de la hoja administrativo-clínica de la historia clínica
Recogida de información pertinente para la facturación
Confección y tramitación de partes judiciales
Depósito y custodia de las pertinencias de los pacientes
Entrega del informe de alta al finalizar la asistencia

FUNCIONES DEL AREA DE DOCUMENTACION ARCHIVO CLINICO
Archivo y conservación de todas las historias clínicas
Establecimiento de controles necesarios para la existencia de una historia clínica unitaria
Establecimiento de controles necesarios para la correcta circulación de la historia clínica por el hospital
Determinación,junto con la Comisión de Historias Clínicas, de la normativa para el registro de la información en la historia clínica
Colaborar en el control de la calidad formal de la historia clínica

FUNCIONES COMUNES A LAS DOS AREAS
- Garantizar la entrega rápida y eficaz de la historia clínica o su iniciación
- Diseño homogéneo de la historia clínica y demás documentos
- Adaptación o creación de los sistemas de codificación necesarios. Para diagnósticos y procedimientos se utilizará la CIE-9-MC
- Extracción, verificación y codificación de datos de la historia clínica y demás registros necesarios para los sistemas de información del hospital
- Garantizar la calidad de la extracción y codificación de los datos
- Obtención de estadísticas, indicadores sanitarios y demás información solicitada
- Colaborar en el análisis de la información
- Colaborar con las comisiones de control de la calidad, la investigación y la docencia.
- Facilitar el intercambio de información clínico-sanitaria de los pacientes entre los distintos niveles asistenciales

La creación de dichas Unidades, con la presencia de Médicos Documentalistas en ellas, permite responder adecuadamente a las necesidades de información de los Servicios Centrales del Servei Valencià de Salut (SVS) así como mejorar los circuitos de información existentes y su gestión intrahospitalaria.

El buen funcionamiento de dichas Unidades motiva por parte de la Administración Sanitaria del SVS la convocatoria en 1993 de un concurso-oposición para cubrir 18 plazas de Médicos de Documentación Clínica y Admisión, resuelto a lo largo de 1994. En la actual oferta de empleo público se han convocado, por el mismo sistema, cinco nuevas plazas

3 La Sociedad Valenciana de Documentación Médica

3.1. ACTIVIDAD INSTITUCIONAL
Reuniones ordinarias y extraordinarias de la Sociedad Valenciana de Documentación Médica

7 de Febrero de 1992

Grupos de trabajo para: Constitución de la Sociedad y Análisis del perfil profesional

14 de febrero de 1992
Estudio previo a la constitución de la Sociedad: denominación, domicilio social, composición de la junta, condición de miembro

27 marzo de 1992
Asamblea constituyente de la Sociedad Valenciana de Documentación Médica
Presidente PILAR VICENTE CORTELLES
Vicepresidente ANGEL LLOPIS CANDELA
Secretario FRANCISCO TABERNER ALBEROLA
Vocal FRANCISCO GOMEZ MUZAS
Vocal ASUNCION PERALES MARIN
Vocal RAFAEL PERIS BONET
Número de miembros 45

7 abril de 1992
Asamblea General Ordinaria
12 noviembre de 1992
Asamblea Extraordinaria
15 enero de 1993
Asamblea General Ordinaria
10 diciembre de 1993
Asamblea General Ordinaria
14 diciembre de 1994
Asamblea General Ordinaria

3.2.ACTIVIDADES DOCENTES DE LA SVDM

1992 Indización y codificación de diagnósticos y procedimientos con la CIE-9-MC.
Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública

1993 Indización y codificación de diagnósticos y procedimientos con la CIE-9-MC
Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública

1993 Indización y codificación de diagnósticos y procedimientos con la CIE-9-MC (2_ed.)
Institut Valencià d'Estudis de Salut Pública
** Estos cursos fueron solicitados a la Sociedad por el Servei Valencià de Salut.

1995 Grupo Asesor Técnico (GAT) sobre la calidad y seguimiento del CMBD(1994)

3.3 SESIONES MONOGRAFICAS: Reuniones de unificación de criterios para la codificación

Desde 1993 a 1995 se han hecho siete reuniones en diferentes hospitales de la Comunidad con el fin de unificar criterios de codificación de diagnósticos y de procedimientos de acuerdo con la CIE-9-MC.

HOSPITAL FECHA TEMA

H.Infantil La Fe.Valencia 1993 Códigos dudosos de Diagnósticos 001-009 y de Procedimientos

H.San Fco.Borja.Gandía 1993 Códigos Diag. 805-849
Códigos Proc. 76-84

H.Rehabilitación La Fe.Val 1993 Códigos Diag. 805-849

Códigos Diag. 710-739
Códigos Proc. 93

J.LLuís Alcanyís.Xátiva 1993 Códigos Diag. 610-676

H.Sagunto 1994 Códigos Diag. 740-779

H.General.Valéncia 1994 Códigos Diag. 633-679
Códigos Proc. 65-75

H.Sagunto 1995 Diferencias CIE-9-MC versión primera y última del Ministerio de Sanidad

3.4. OTRAS ACTIVIDADES

Desde 1993 la Sociedad Valenciana de Documentación Mèdica (SVDM), en la persona de su Presidente, se integra en la Junta Directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM).
En reunión de la Junta de la SVDM de junio de 1994 se estudia el documento que el Ministerio de Educación ha desarrollado sobre la formación del técnico en Documentación Sanitaria nivel FP3.
De esta reunión se emite una carta dirigida al Ministerio de Educación y a la SEDOM en la que se expresa la opinión razonada de la Junta de la SVDM sobre este asunto.
En julio de 1994 se difunde el Documento sobre la figura del técnico en Documentación Sanitaria nivel FP3 a los miembros de la SVDM y se recogen las sugerencias en la Asamblea General Ordinaria de 14 de diciembre de 1994.
En Julio de 1994, dos miembros de la Sociedad forman parte del tribunal que resolvió el concurso-oposición de 18 plazas de medicos de Documentación Clínica y Admisión de Instituciones Sanitarias del Servei Valencia de Salut.(Orden 15 Abril 1993)

ANEXO 7

LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA EN LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

La documentación médica es una materia que viene siendo impartida por la unidad docente Historia de la Medicina y Documentación Médica de forma habitual dentro de los distintos niveles de enseñanza que componen los estudios de medicina. Asimismo y de una forma no periódica se imparte dentro de otras disciplinas universitarias incluidas dentro de las ciencias de la salud como la enfermería y el secretariado médico. También, esta unidad ha colaborado ocasionalmente con distintos programas docentes de especialización en Atención primaria de salud. A continuación se detallan las actividades concretas

1 Cursos regularesCursos regulares:
Asignatura: "Historia de la Medicina".
Nivel: 41 curso de la licenciatura de Medicina.
Organismo: Universidad de Zaragoza.
Actividad: Docencia práctica de Documentación médica.
Fecha: desde el año 1979 (ininterrumpidamente).

Se pretende con la realización de estas prácticas que los alumnos conozcan el complejo mundo de la documentación e información en medicina de manera que sean capaces de reconocer los problemas y posibilidades que plantea tanto para su iniciación formal a la investigación como para la adquisición de actitudes y de hábitos que garanticen el autoaprendizaje continuo. El hilo conductor de las prácticas será la recuperación y análisis de la literatura médica publicada sobre un determinado tema y la presentación ante sus compañeros de los resultados obtenidos. Para ello se utilizarán las bases de datos existentes en la Hemeroteca de la Facultad de Medicina, tanto en su versión impresa como en disco óptico (CD-ROM).

Las prácticas se organizan para todos los alumnos matriculados en la asignatura y sus resultados se tienen en cuenta para la evaluación final. Los alumnos, organizados en grupos reducidos, elegen el tema de investigación dentro de las materias que ya conocen en cuarto curso de licenciatura de manera que cuenten con los conocientos necesarios para iniciar la búsqueda con un perfil correcto. Para este último menester, se cuenta con la colaboración de la Hemeroteca de la Facultad según un organigrama previamente acordado con su dirección.

El periodo de tiempo que se utiliza para cada macro-grupo de prácticas -aproximadamente de 50 personas- es de cuatro semanas, en sesiones de dos horas, que es el tiempo destinado a las clases prácticas de la asignatura de Historia de la Medicina. Por tanto, se hace necesario coordinar el trabajo simúltáneo de siete u ocho grupos en cada uno de los seis periodos de prácticas del curso, de acuerdo con la organización docente de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Los objetivos que se pretenden con la realización de estas prácticas son los siguientes:

1. Comprender las dificultades e importancia de las técnicas de información y documentación médica para el desarrollo de la ciencia, la promoción y restauración de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación, la administración sanitarias y la formación profesional y continuada.

2. Manejar las técnicas usuales de recuperación de la información bibliográfica y clínico-documental sobre un problema médico y presentar, según normas internacionales, la información recogida y contrastada de dicho problema.

3. Presentar un trabajo de investigación formalmente correcto.

4. Ordenar y/o clasificar los documentos y/o la información de la historia clínica individual, integrada y acumulativa.

Asignatura: "Documentación médica" (Curso de doctorado).
Nivel: Tercer ciclo.
Organismo: Universidad de Zaragoza.
Actividad: Docencia teoricopráctica de Documentación médica.
Fecha: desde el año 1978 (ininterrumpidamente).

Objetivos:
Este curso pretende que los estudiantes de tercer ciclo se capaciten en las siguientes destrezas, habilidades y conocimientos:

1. Conocer la estructura, posibilidades y limitaciones de los Sistemas de Recuperación de Información (S.R.I.) y su aplicación a la investigación científico-médica.

2. Realizar el análisis documental y científico de un artículo científico.

3. Adquirir la capacidad de criticar las diversas fuentes de información bibliográfica existentes en función de su área de cobertura, sesgo, accesibilidad y calidad de la información proporcionada.

4. Confeccionar el perfil de búsqueda adecuado para cada tema biomédico y Repertorio o Bases de Datos bibliográficos.

5. Realizar el análisis bibliométrico de la literatura localizada.

6. Conocer las características científico-administrativo-legales de la Historia clínica.

7. Conocer los sistemas de codificación de enfermedades y su aplicación en la práctica clínica.

8. Conocer las posibilidades de los distintos procedimientos para organizar los ficheros personales.

9. Conocer y aplicar las normas básicas para la presentación de trabajos y su publicación.

10. Conocer y aplicar los signos convencionales para la corrección de pruebas de imprenta.

Programa:
1. Introducción. La información en la medicina actual.
El crecimiento de la ciencia y el valor de la información bibliográfica. Pauta general para la investigación científico-médica. Estructura de la literatura médica. Tipos de publicaciones. Estructura y contenido del artículo de revista. Objetivos de la información bibliográfica.

2. Estrategia de recuperación de información bibliográfica.
Sistema General de Recuperación de la Información (S.R.I.). Ventajas e invonvenientes de los repertorios, bases de datos y CD-ROM. Cómo acceder a la información publicada. Modelo de recuperación bibliográfica automatizada: a) El acceso a la información: los descriptores (thesaurus) o palabras claves. b) La estrategia de una búsqueda automatizada. c) Resultados de una búsqueda automatizada.

3. Características de los repertorios y bases de datos bibliográficos.
Clasificación general de las bases de datos de bibliografia científico-médica disponibles en la Universidad de Zaragoza. Utilización de las Bases de Datos en ciencias de la salud: 1) MEDLINE- Index Medicus: características y estructura. El MeSH. 2) EMBASE-Excerpta Medica: características y estructura. 3) IME y BILIME (Indice Medico Español): características y estructura. 4) Current Contents: características y estructura. 5) SCISEARCH-Science Citation Index: características y estructura. Sus aplicaciones actuales.

4. Organización del trabajo de investigación.
La planificación del trabajo: el guión, el diario, las fichas de notas. La introducción o los "antecedentes bibliográficos": justificación metodológica. El análisis bibliométrico. Modelos de Fichas Bibliográficas. Modelos de Fichas de notas de lectura.

5. Preparación para la publicación.
Presentación oral y escrita del informe de la investigación. Elección del medio de publicación y proceso de aceptación del trabajo. La *Normas Vancouver* de preparación de manuscritos médicos. La corrección del trabajo: correcciòn de estilo y de pruebas de imprenta.

6. Documentación clínica: características y problemática actual.
Estructura y función de los Servicios de Documentación Clínica y Archivos. Características científico-administrativo-legales de la Historia Clínica. La homologación de datos clínicos: el conjunto mínimo básico de datos clínicos. Nomenclaturas y sistemas de clasificación de enfermedades. El proceso de codificación en Documentación clínica. Limitaciones y aplicaciones clínico-administrativas.

Asignatura: "Historia de la Medicina y Documentación médica".
Nivel: Primer curso de la licenciatura de Medicina.
Organismo: Universidad de Zaragoza.
Actividad: Docencia teoricopráctica de Documentación médica.
Fecha: a partir del curso 1995-96.

Programa:
1. El crecimiento de la ciencia y el problema de la información. Concepto de documentación. Etapas históricas en el desarrollo de la documentación científica. Los indicadores científicos de la dimensión social de la ciencia. Principales leyes bibliométricas.

2. Estructura y función de los diversos tipos de documentos médicos: las publicaciones no periódicas, las publicaciones periódicas y la historia clínica. Los sistemas de recuperación de la información bibliográfica en medicina. Bases de datos, repertorios y obras de consulta. Características y utilidad de BILIME, MEDLINE, EMBASE, PASCAL, SCISEARCH.

3. La información médica en la clínica. El servicio de documentación clínica hospitalario. La información clínica en Atención Primaria. La estructura de la historia clínica. El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMDB). La codificación de los diagnósticos y los procedimientos. El sistema de información sanitaria. Introducción a los sistemas de medición de la producción hospitalaria Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD).

Los contenidos del programa de prácticas serán similares a los ofrecidos en la actualidad a los alumnos de cuarto curso de la licenciatura.

2 Cursos no regulares.
Asignatura: "Terminología Médica e Historia de la Medicina".
Nivel: Diploma de Especialización de Secretariado médico y administrativo de la Salud.
Organismo: Universidad de Zaragoza.
Actividad: Docencia teoricopráctica de Documentación médica Fecha: curso 1991-92.

Asignatura: "Documentación Científico-Médica".
Nivel: Especialización Medicina familiar y comunitaria
Organismo: Dirección provincial de Atención Primaria de Huesca.
Actividad: Docencia teoricopráctica de Documentación cientifico-médica.
Fecha: años 1992 y 1993.

Asignatura: "Documentación Científico-Médica".
Nivel: Curso de especialización para diplomados en enfermería
Organismo: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Zaragoza.
Actividad: Docencia teoricopráctica de Documentación cientifico-médica.
Fecha: 1992.

3 TESIS SOBRE DOCUMENTACION MEDICA DEFENDIDAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA EN LOS ULTIMOS AÑOS TESIS SOBRE DOCUMENTACION MEDICA DEFENDIDAS EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA EN LOS ULTIMOS AÑOS

- Titulo: La Clínica Moderna (1902-1919). Análisis de una Institución científico-médica aragonesa.
Autora: M0 Berta Viñado Oteo.
Director: Prof. Fco. Bujosa Homar.
fecha de lectura: 11-9-1990.

- Titulo: Medicina Práctica: El periodismo médico en Aragón
Autora: M0 del Mar Mimbela Sánchez.
Director: Prof. Fco. Bujosa Homar
fecha de lectura: 26-6-1991.

- Titulo: Clínica y Laboratorio (1905-1912) Análisis de una Institución científico-médica aragonesa.
Autor: Mariano Gastón Barcos.
Director: Profa. Consuelo Miqueo Miqueo.
fecha de lectura: 22-1-1993.

- Titulo: Producción, Consumo y necesidades de literatura científico-médica en la Facultad de medicina de la Universidad de Zaragoza. (1981-1986)
Autor: Miguel Moreno Vernis.
Director: Prof. Fco. Bujosa Homar

fecha de lectura: 26-2-1993.

ANEXO 8

ESTATUTOS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA (SEDOM)

TITULO I: DE LA SOCIEDAD EN GENERAL

Artículo 1. -La Sociedad Española de Documentación Médica constituida en la ciudad de Valencia, se regirá por las disposiciones contenidas en los presentes Estatutos y por las Leyes y disposiciones legales que le sean de aplicación.
Art. 2. -Son fines de la Sociedad Española de Documentación Médica:
1. Agrupar a todos los especialistas de la documentación médica, a los Licenciados en Medicina y Cirugía que tengan vinculación con esta materia y a otros titulados superiores o medios en otras áreas de salud, que estando interesados en esta disciplina, lo soliciten o sean admitidos.
2. Contribuir al desarrollo científico de sus asociados y promover la investigación, estudio y difusión de la Documentación Médica, así como fomentar y difundir sus aplicaciones.
3. Asesorar a los organismos públicos y sociedades privadas en materia de Documentación Médica.
4. Colaborar con la Universidad en el desarrollo científico y técnico en el área de la Documentación Médica.
5. Fomentar la colaboración con otras Sociedades Científicas a fin de establecer programas comunes.

Por su carácter científico y de investigación, la Sociedad Española de Documentación Médica no se adscribe a ninguna ideología determinada, ni podrá servir a otros fines que los expresados en el párrafo anterior, sin que ello signifique renuncia alguna a la participación que en la vida pública le corresponda como entidad cultural, a través de los cauces que establezca la legislación vigente en cada momento.
Art. 3. -En el cumplimiento de sus fines, la Sociedad Española de Documentación Médica, organizará seminarios, cursos, conferencias, sesiones de investigación, etc., así como podrá emitir dictámenes o informes cuando le sean solicitados y editar publicaciones de cáracter técnico relacionadas con las materias objeto de sus fines, sometiéndose en todas esas actividades a lo que, en cada caso dispongan las normas legales vigentes.

Art. 4. - El domicilio social de la Sociedad Española de Documentación Médica radicará en el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia (Avda. de Blasco Ibáñez, 17- 46010 Valencia).

Art. 5. - La Sociedad desarrollará sus actividades en todo el Estado Español, tendrá duración indefinida y sólo se disolverá en la forma prevista por la Ley y en estos Estatutos, cuya modificación habrá de ser aprobada en Asamblea General Extraordinaria, con el quorum previsto en el Artículo 24.
Art. 6. - La Junta Directiva será órgano competente para interpretar los preceptos de estos Estatutos y cubrir sus lagunas, siempre sometiéndose a la normativa legal vigente en materia de asociaciones.

Los presentes Estatutos serán desarrollados y cumplidos mediante los acuerdos que validamente adopten, dentro de su respectiva competencia, la Junta Directiva y la Asamblea General. Esta última podrá aprobar un Reglamento de Régimen Interior que no podrá alterar en ningún caso las prescripciones contenidas en los presentes Estatutos.

TITULO II: DE LOS ORGANOS DIRECTIVOS Y DE LA FORMA DE ADMINISTRACION

Art. 7. - El gobierno y administración de la Sociedad serán ejercidos por el Presidente, la Junta Directiva y la Asamblea General.

Capítulo I: del Presidente

Art. 8. - El Presidente de la Sociedad Española de Documentación Médica asume la representación legal de la misma y ejecutará los acuerdos adoptados por la Junta Directiva y la asamblea General, cuyas presidencias ostentará igualmente.

Art. 9. - El Presidente será designado por la Asamblea General entre los miembros que cuenten, al menos con dos años de antigüedad, y su mandato durará cuatro años, Estará asistido del Vicepresidente de la Junta Directiva, el cual le sustituirá en los casos de incapacidad, ausencia o enfermedad, asumiendo sus competencias.

Art. 10. -Corresponderá al Presidente cuantas facultades no estén expresamente reservadas a la Junta Directiva o a la Asamblea General, y especialmente las siguientes:

a) Convocar y levantar las sesiones que celebre la Junta Directiva y la Asamblea General, dirigir las deliberaciones de una y otra, decidiendo con su voto de calidad, en caso de empate.
b) Proponer anualmente un plan de actividades de la Sociedad Española de Documentación Médica a la Junta Directiva, impulsando y dirigiendo sus tareas.
c) Ordenar los pagos acordados validamente.

Capítulo II: de la Junta Directiva

Art. 11. -La Junta Directiva de la Sociedad Española de Documentación Médica integrado por un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Vicesecretario, un Tesorero y un vocal de los Socios Adheridos y un vocal que represente a cada una de las Sociedades de Documentación Médica constituidas en las diferentes comunidades autónomas, cargos todos que deberán recaer en miembros que tengan por lo menos dos años de antigüedad en la Sociedad.

Art. 12. -Los cargos que componen la Junta Directiva serán gratuitos, se elegirán por la Asamblea General y durarán un período de cuatro años. No pudiendo ser elegidos en períodos consecutivos.

Los cargos de la Junta directiva se renovarán por mitad. En el primer turno serán renovados el Vicepresidente, el Secretario, el Tesorero; en el segundo, a los dos años, el Presidente, el Vicesecretario La vocalía que represente a las distintas Sociedades autonómicas de Documentación Médica recaerá en el presidente de las mismas, siempre y cuando éste sea miembro de la SEDOM. El representante de los Socios Adheridos será elegido por dichos socios en asamblea general.

Art. 13. -Es función de la Junta Directiva programar la labor de la Sociedad, dirigir las actividades sociales y llevar la gestión administrativa y económica de la misma, someter a la aprobación de la Asamblea General el presupuesto anual de ingresos y gastos, así como el estado de cuentas del año anterior.

Art. 14. -La Junta Directiva celebrará sus sesiones al menos dos veces al año y cuantas veces lo determine el Presidente, o a petición de al menos cinco de sus componentes. Será presidida por el Presidente y, en su ausencia, por el Vicepresidente.

Para que los acuerdos de la Junta directiva sean válidos, deberán ser adoptados por mayoría de votos de los asistentes, y al menos deberán estar presentes los dos tercios de sus miembros. De las sesiones, el Secretario o, en su defecto el Vicesecretario levantará acta, que se transcribirá al libro correspondiente.

Art. 15. -Los miembros de la Junta Directiva o las personas en quien deleguen, presidirán las comisiones de trabajo que la propia Junta acuerde constituir, con el fin de delegar en ellas la preparación de determinados

actos o actividades, o de recabar de las mismas informaciones necesarias.

Cuando las necesidades lo aconsejen, la Junta Directiva podrá acordar que las Comisiones se desdoblen en Subcomisiones.

Art. 16. -Cada uno de los componentes de la Junta Directiva, tendrá los derechos y deberes inherentes a su cargo, así como los que nazcan de las delegaciones que la propia Junta o la Presidencia de la sociedad les encomiende.

Art. 17. -Son funciones del Secretario recibir y tramitar las solicitudes de ingreso, llevar el fichero y el libro de registro de miembros y tener a su cargo la dirección de los trabajos que exige el gobierno y la administración de la Sociedad. Igualmente velará por el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes en materia de Asociaciones, custodiando la documentación oficial de la entidad y haciendo que se cursen al Gobierno Civil de la provincia, las comunicaciones preceptivas sobre designación de Juntas directiva, celebración de Asambleas Generales, cambios de domicilio, formalización de estados de cuentas y aprobación de los presupuestos anuales. Estará asistido del Vicesecretario de la Junta Directiva, el cual le sustituirá en los casos de incapacidad, ausencia o enfermedad, asumiendo sus competencias.

Art. 18. -El Tesorero dirigirá la contabilidad de la Sociedad, tomará razón y llevará cuenta de los ingresos y de los gastos sociales, interviniendo todas las operaciones de orden económico. Así mismo recaudará y custodiará los fondos pertenecientes a la Sociedad y dará cumplimiento a las órdenes de pago que expida el Presidente de acuerdo con la Junta.

El Tesorero formalizará el presupuesto anual de ingresos y gastos, así como el estado de cuentas del año anterior, que deben ser presentados a la Junta Directiva, para que ésta, a su vez, los someta a la aprobación de la Asamblea General.

Art. 19. -Las vacantes que se pudieran producir durante el mandato de cualquiera de los miembros de la Junta Directiva, no serán cubiertos, siendo asumidas sus funciones por otro miembro de la Junta, hasta la elección definitiva por la Asamblea General.

Capítulo III: de la Asamblea General

Art. 20. -La Asamblea General, integrada por todos los miembros de la Sociedad, es el órgano supremo de la misma.
Obligatoriamente, la Asamblea General deberá ser convocada en sesión ordinaria una vez al año, para aprobar el plan de actuación de la Sociedad, censurar la gestión de la Junta Directiva, aprobar, en su caso, los presupuestos anuales de ingresos y gastos, así como el estado de cuentas correspondiente al año anterior.

Art. 21. -La Asamblea General se reunirá en sesión extraordinaria cuando asó lo acuerde la Junta Directiva, o a propuesta escrita y firmada del 25% de los asociados, con expresión concreta del Orden del Día.

Art. 22. -Las convocatorias de las Asambleas Generales, tanto ordinarias como extraordinarias, serán hechas por escrito, expresando el lugar, fecha y hora de la reunión, así como el Orden del Día. Entre la convocatoria y el día señalado para la celebración de la Asamblea General, en primera convocatoria, habrán de mediar al menos quince días naturales, pudiendo asimismo, hacerse constar la fecha y hora en la que, si procediera, se reuniría la Asamblea General en segunda convocatoria.

En el supuesto de que no se hubiera previsto en el anuncio la fecha de la segunda convocatoria, deberá ser ésta hecha con ocho días naturales de antelación a la fecha de reunión.

Art. 23. -Las Asambleas Generales, tanto ordinarias como extraordinarias, quedarán válidamente constituidas en primera convocatoria, cuando concurran a ellas presentes o representados, la mayoría simple de los miembros y, en segunda convocatoria, cualquiera que sea el número de miembros

concurrentes.

Art. 24. - Los acuerdos de las Asambleas Generales se adaptarán por mayoría simple de votos. No obstante, será necesario el voto favorable de las dos terceras partes de los miembros presentes o representados, para adoptar acuerdos en Asambleas Generales Extraordinarias sobre las materias a que se refiere el artículo 20 de estos Estatutos.

Art. 25. -Son facultades de la Asamblea General:

11. Elección y nombramiento o cese por votación secreta, de los miembros de la Junta Directiva.
21. Modificación de los Estatutos.
31. Disolución de la Asociación.
41. Disposición y enajenación de los bienes.
51. Expulsión de socios a propuestas de la Junta Directiva.

TITULO III: DE LOS MIEMBROS DE LA SOCIEDAD

Capítulo I: de la condición de miembro

Art. 26. -Podrán ser miembros de la Sociedad las personas mayores de edad que tengan interés en los fines de la Sociedad, o en atención a sus méritos en relación a los mismos, y que en ambos casos sean admitidos por la Junta Directiva.
Art. 27. -Entre los asociados se distinguen las siguientes categorías:
. Socios de Número: Son miembros de pleno derecho, con voz y voto, con capacidad de elegir y ser elegidos por la Junta Directiva.
. Socios Adheridos: Son miembros no de pleno derecho, con voz pero sin voto;con capacidad de elegir al vocal que los represente.
. Socios de Honor: Miembros honoríficos, con los mismos derechos y deberes que los Socios Adheridos.
Art. 28. -Quienes deseen pertenecer a la Sociedad, deben reunir los siguientes requisitos:
. Socios de Número: Licenciados en Médicina y Cirugía vinculados profesionalmente con la Documentación Médica, y que sean avalados por dos Socios de Número de la Sociedad en el momento de presentar su solicitud de ingreso.
. Socios Adheridos: Aquellos titulados superiores o medios, vinculados profesionalmente al área de las Ciencias de la Salud, que muestren interés por los fines de la Sociedad y que sean avalados por dos Socios de Número de la Sociedad en el momento de presentar su solicitud de ingreso.
. Socios de Honor: Aquellas personas o instituciones que por su prestigio o por haber contribuido de modo relevante a los fines de la Sociedad, se hagan acreedoras de tal distinción, a juicio unánime de la Junta Directiva ratificada en Asamblea Ordinaria de Socios.
Art. 29. -Los Socios podrán solicitar la baja de la Sociedad voluntariamente, sin que ella les exima de satisfacer las obligaciones que tengan pendientes con la entidad.

Capítulo II: de los derechos y deberes de los miembros

Art. 30. -Los miembros de la Sociedad tendrán el derecho y el deber de participar en las actividades que realice la Sociedad, pudiendo formar parte de las comisiones de trabajo que se constituyan al efecto.

Art. 31. -Los miembros de la Sociedad tendrán los siguientes derechos:
a) Ejercitar el derecho de voz y voto en las Asambleas Generales.
b) Conferir por escrito su representación en las Asambleas Generales a otros miembros, de acuerdo a la legislación vigente.
c) Que se les ponga de manifiesto el estado de cuentas de los ingresos y gastos formalizados anualmente.
d) Ser nombrados miembros de la Junta Directiva en la forma que determinen estos estatutos.
e) Disponer de un documento acreditativo de su condición de socio y poseer un ejemplar de estos estatutos.

f) Tener conocimiento de los acuerdos adoptados por los Organos Directivos.
g) Impugnar los acuerdos y actuaciones de la Sociedad que sean contrarios a los Estatutos, dentro del plazo de 40 días, de la forma prevista en la Ley.

Art. 32. -Serán obligaciones de todos laos miembros:
a) Acatar los presentes estatutos y los acuerdos válidamente adoptados por la Asamblea General y por la Junta Directiva.
b) Abonar las cuotas periódicas que acuerde a la Asamblea General.
c) Desempeñar fielmente las obligaciones inherentes al cargo que desempeñen.

Art. 33.- La publicación Papeles Médicas. Boletín de la SEDOM será el órgano de expresión de la Sociedad Española de Documentación Médica.

TITULO IV: DEL REGIMEN ECONOMICO
Art. 34.- La Sociedad carece de patrimonio al constituirse y el presupuesto anual no excederá de cinco millones de pesetas.

Art. 35.- Los recursos económicos previstos para la Sociedad para el desarrollo de las actividades sociales serán los siguientes:

a) Las cuotas periódicas que a propuesta de la Junta Directiva, apruebe la Asamblea General.
b) Los productos de los bienes y derechos que le correspondan, así como las subvenciones, legados, donaciones que pueda recibir en forma legal.
c) Los ingresos que obtenga la Sociedad mediante las actividades lícitas que acuerde realizar la Junta Directiva, siempre dentro de los fines Estatutarios.
d) Se establece la obligatoriedad del pago del 10% de las cuotas de inscripción de los Congresos y Jornadas organizadas por la Sociedad Española de Documentación Médica, como forma de subvencionar y asegurar la continuidad de la publicación Papeles Médicos. Boletín de la SEDOM

Art. 36.- La administración de los fondos de la Sociedad se llevará a cabo sometida a la correspondiente intervención y con la publicidad suficiente, a fin de que los miembros puedan tener conocimiento periódicamente del destino de los fondos.

TITULO V: DE LA DISOLUCION DE LA SOCIEDAD

Art. 37.- La Sociedad se disolverá por voluntad de los miembros, por la causas determinadas en el Artículo 39 del Código Civil y por Sentencia Judicial. En el primero de estos tres casos será necesario el acuerdo adoptado en Asamblea General extraordinaria, con el voto favorable de dos terceras partes de los miembros presentes o representados, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 24 de estos Estatutos.
Art. 38. -En caso de disolverse la Sociedad, la Asamblea General que acuerde la disolución, nombrará una Comisión Liquidadora, compuesta por tres miembros extraídos de los de la Junta Directiva, la cual se hará cargo de los fondos que existan, para que, una vez satisfechas las obligaciones, el remanente, si o hubiere, sea entregado a cualquier entidad legalmente constituida, que se dedique a obras benéficas.

Los presentes Estatutos recogen todas las modificaciones aprobadas en la Asamblea General celebrada en Barcelona el día 26 de mayo de 1993.

LA PRESIDENTA LA SECRETARIA

Fdo. Petra Ocón Luengo Fdo. Pilar Rodríguez Manzano

BIBLIOGRAFÍA

ACHESON, E.D. (1967). Medical record linkage. Londres, Oxford University Press.

ADAMSON, T.E. (1974). The teaching and use of the problem oriented medical record in medical schools. J.Med.Ed., 49, 905-907.

AGUSTI MIR, E. (1971). Formato y composición de la historia clinica. Med.Esp., 65, 293-316.

AMEMEIRO OLAGUIBEL, S. (1987). Archivo Clínico. Sus procedimientos e instrumentación. México, Limusa

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION (1972). Hospital medical records. Guidelines for their use and release of medical information. Chicago, American Hospital Association.

BALAGUER PERIGÜELL, E. (1976). Los orígenes de la bibliografía médica. Med.Esp., 75, 179-187.

BALDWIN, J.A.; INDIEKE, B. (1983). Medical records in ambulatory care. Rockville MD, Aspen Pub.

BALDWIN, J.A; ACHESON, E.D.; GRAHAM, W.J. (Eds) (1987) Texbook of medical record linkage. Oxford, Oxford University press.

BENAVIDES, F. (1986). Fiabilidad de las estadísticas de mortalidad. Valencia, Consellería de Sanitat i Consum.

BENAVIDES, F.; NOLASCO, A.; BOLUMAR, F.; TRUELLS, J. (1986) Complementariedad de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria y el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria. Gaseta Sanitaria (Barc.), 30, 242-246.

BENAVIDES, F.; ALEN, M.; ESCANDON, C. (1987). Estadísticas de morbilidad hospitalaria: cumplimentación de libro de registro. Gaseta Sanitaria (Barc), 2, 1, 49-52.

BENJAMIN, B. (1977). Medical records. Londres, W. Heinemman Medical Books.

BENOIT, J.; FABIANI, G. (1966). Les sources de la documentation scientifique en medicine et la biologie. Pathol.Biol., 14, 134-136.

BERNABEU MESTRE, J. (1989). Epidemiología histórica en España. Barcelona, Revisiones en Salud Pública.

BERNI, R.; READEY, H. (1978). Problem-oriented medical record implementation. 2_ ed. Saint Louis, C.V. Mosby Co.

BERRIO, J. (1985).- Fuentes de información y circuito de datos de mortalidad en estadísticas vitales. Granada: Sociedad Española de Epidemiología. Monografías de Salud Pública.

BESTERMAN, T. (1971). Los principios de la bibliografía moderna. Barcelona, Zeus.

BJORN, J.C.; CROSS, H.D. (1970). The problem oriented private practice of medicine. Chicago, Mc Graw-Hill Pub.

BLUM, B.I. (1985). Clinical information systems. Berlin, Springer Verlag.

BROCKINGTON, F. (1964). La salud en el mundo. Buenos Aires, EUDEBA.

BRODMAN, E. (1954). The development of medical bibliography. Baltimore, Medical Library Association.

BRUCE, J.A.C. (1988). Privacy and confidenciality of health care information. 2_ ed. Chicago, American Hospital Publishing.

BURTON, R.L.; KEBLER, R.W. (1963). The "half-life" of some scientific and technical literatures. Am.Doc., 11, 18-22.

CENTRAL HEALTH SERVICES COUNCIL (1965). The standardization of hospital medical records. London, Her Majesty's Stationery Office.

COLEMAN, M.; DEMARET, E. (1987). Cancer Registration in the European Community. Report of project carried out for the Commission of the EEC. Lyon, International Agency for Research on Cancer.

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES DG XIII/FAIM (1991)
Data Protection and Confidentiality in Health Informatics
Amsterdam IOS Press

CONFIDENCIALITY of patient health information (1985). Chicago IL., American Medical Record Association.

DAVIS, L.S. (1973). A system approach to medical information. Meth.Inf.Med., 12, 1-6.

DELGADO VILA, R; SUÑOL SALA, R. (1990). La información clínica para el control de la calidad asistencial. Todo Hospital, 66, 39-43.

DIXON, R.A. (1973). Linkage of hospital and community medical records. Med.Rec., 14, 117-124.

ESLEY, C.E. (1975). Implementacion del sistema de histórias clinicas orientadas hacia los problemas del paciente: guia para el personal de registros médicos. Washington, O.M.S.-O.P.S.

FEINSTEIN, A.R. (1970). Quality of data in the medical record. Comput.Biomed.Res., 3, 426-435.

FEINSTEIN, A.R. (1973). Los problemas de la "historia clínica orientada hacia los problemas del paciente". Washington, Oficina Panamericana de Salud.

FERRERO, C.; GIACOMINI, H.F. (1973). Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El departamento de información y archivo médico. Buenos aires, El Ateneo.

FRUTIGER, P.; FESSLER, J.M. (1991). La gestion hospitalière médicalisée Paris, ESF éditeur.
GARRISON, F.H. (1934). The medical and scientific periodicals of the 17th and 18th centuries. Bull.Inst.Hist.Med., 2, 285-343.

GERTZOG, J. (1974). El cambiante concepto sobre histórias clínicas. Washington, Oficina Panamericana de Salud.

GERVAS, C. (Coor.). Los sistemas de registro en la atención primaria de salud. Madrid, Diaz de Santos

GORDON, B.L. (1970). Terminology and content of the medical record. Com.Biomed.Research, 3, 436-444.

GRANJEL, L.S. (1972). Legislación sanitaria española del siglo XIX. Cuad. Hist.Med.Esp., 11, 255-307.

GREENWOOD, M. (1948). Medical Statistics from Graunt to Farr, Cambridge, University Press.

GREMY, F. (1987). Informatique medicale. París, Flammarion Medicine-Sciences, pp. 164-191/421-443
begin_of_the_skype_highlighting 164-191/421-443 end_of_the_skype_highlighting

GOMEZ RODRIGUEZ, P. (1991). Las estadísticas de morbilidad en España. En: Taller sobre "Encuesta de Morbilidad Hospitalaria" Madrid, Centro Nacional de Epidemiología.

GUSTAFSON, J.C. (1977). Coordinating medical literature with patient care. Meth.Inf.Med., 16, 234-240.

HALL, P. (1970). Information Science, the patient and the medical record. En: Anderson, M., Forsythe: Information processing of medical records. Amsterdam, Northholland Publishing Company, 31-40.

HUFFMAN, E.K. (1981a). Medical record management. 7_ ed., Illinois, Physicians' Record Company, pp 1-30.

HUFFMAN, E.K. (1981b).- Manual for medical record librarians. 5_ ed. Illinois, Physicians Record Company.

HURST, J.W.; WALKER, H.K. (eds.) (1972). The problem-oriented system. Baltimore, The Williams and Wilkins Co.

KENNEDY, J.E.; FISHER, D.A. (1974). Information support for the biomedical sciences. Fed.Proc., 33, 1714-1717.

KENT, A.; LANCOUR, H.; DAILY, J.E. (eds.) (1976). Encyclopedia of Library and Information Science, vol 17. New York, Marcel Deker, Inc.

KRONICK, D.A. (1962). A history of scientific and technical periodicals. New York, Scarecrow.

KUPKA, K. (1970). The use of medical records for research. Med.Rec., 2, 64-66.

LAIN ENTRALGO, P. (1961). La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico. 2_ ed., Barcelona, Salvat.

LAIN ENTRALGO, P. (1978). Historia de la Medicina. Barcelona, Salvat.

LAIN ENTRALGO, P. (1983). La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza Universal.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1961). Los sistemas nosológicos del siglo XVIII. Arch.Iber.Hist.Med., 13, 65-93.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1971). Hacia una ciencia sociomédica. Med.Esp., 65, 13-22.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1977). Información científica y sociedad. Bol.Docum., 1.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1984). Mateo Seoane y la introducción en España del sistema sanitario liberal. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

LOPEZ PIÑERO, J.M. (1990). Historia de la Medicina. Madrid, Historia 16.

LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (1979). Las etapas históricas del periodismo médico en España. Estudio bibliométrico. Med.Esp., 78, 95-108.

LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (1990). Introducción a la terminología médica. Barcelona, Salvat.

LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (1993) Veinte años de investigación bibliométrica en el Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Valencia, Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, C.S.I.C. Univesidad de Valencia.

LOPEZ PIÑERO, J.M.; TERRADA, M.L. (1993) La información científica en Medicina y sus fuentes. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. C.S.I.C. Universitat de Valencia, 1993

LUNA, A.; OSUNA, E. (1987). Problemas médico-legales en el almacenamiento y custodia de la historia clínica. Propiedad intelectual. Med.Clin.(Barc.), 88, 631-632.

MACLENNAN, R.; MUIR, C.; STEITNIZ, R.; WRINKLER, A. (1978). Cancer registration and its techniques. Lyon, IARC.

MARTINEZ GARCIA, C. (1991). Registros de cáncer en España: situación actual y perspectivas. II seminario de registros de cáncer de hospital, Valencia, Noviembre de 1991.

MARTINEZ NAVARRO, J.F. (1977). La sanidad en España. Rev.San.Hig.Publ., 51, 777-817.

MARTINEZ NAVARRO, J.F. (1979). Vigilancia epidemiológica. Rev.San.Hig.Publ., 53, 1-57.

MENNIE, W.A. (1979). Information required for health information planning. WHO/HS/NAT.COM/75.331.

METCALFE, D.H.H. (1976). Definición preliminar de los problemas que deben resolverse en el sistema de información médica. Washington, OMS-Oficina Sanitaria Panamericana.

MINISTRY OF HEALTH. (1965). The standardization of hospital medical records. London, H.M.S.O.

MOHR, J.R. (1977). Some aspects of medical documentation. En: P.L. Reitchertz; G. Goos (eds.), Informatics and medicine. An advanced course. Berlin, Springer-Verlag, pp. 206-249

MUIR, C.S,; DEMARET, E.; BOYLE, P. (1985). The cancer registry in cancer control: an overview. En: D.M. Parkin; G. Wagner; C. Muir, The role of the registry in cancer control. Lyon. IARC, pp. 13-26

NADAL, J. (1966). Historia de la población española. Barcelona, Ariel.

OLAGÜE, G.; MENENDEZ, A.; PULGAR, R.M. (1990). Josep Pascual i Prats y el Index Medicus Hispanus (1904-1906): una contribución española en los inicios de la Documentación Científica. Dynamis, 10, 209-254

O.P.S. (1978). Clasificación Internacional de Enfermedades. 9_ revisión. Washington, OPS-OMS.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1980). Certificación médica de causas de defunción. Ginebra, O.M.S.

PERIS BONET, R. (1974). Archivo central de historias clínicas: integración y recuperación de la información. Med.Esp., 72, 35-43.

PERIS BONET, R. (1977). Dinámica del archivo central de historias clínicas del Hospital Universitario de la Facultad de Medicina de Valencia. Descripción mediante diagramas de flujo. Revista Española de Documentación Médica, 1, 31-56

PERIS BONET, R.; TERRADA FERRANDIS, M.L. (1977). Experiencia en el control de vocabulario de los sistemas de recuperación de la información. INFORMED 77, Madrid, FUNDESCO, 342-346

PERIS BONET, R.; CASABAN, E.; DONAT, J. (1982). Spanish National Child Cancer Registry. En O'Moore et al (Eds). Medical Informatics in Europe 1982. Berlin, Spinger Verlag

PERIS BONET, R.; COLOMER SALA, J.; TERRADA, ML.; LOPEZ PIÑERO, J.M. (1977). Historia clínica orientada por problemas. En: Informed 77, Madrid, FUNDESCO, pp. 267-271

PERIS BONET, R.; CASABAN MOYA, E.; TABERNER ALBEROLA, F.; ABAD GARCIA, F.; VELEZ RONCERO, J. (1986). Estadísticas básicas del RNTI 2 (1980-1984). Valencia, Consellería de Sanitat i Consum. Monografies Sanitaries, Serie C (Memories)

PERIS BONET, R.; COLOMER SALA, J.; TERRADA, ML.; BRINES, J. ; BORRAJO, E.. (1976). La historia clínica orientada por problemas. Nota previa sobre la adaptación del modelo Weed a nuestro sistema documental. Med.Esp, 75, 2.

PERIS BONET, R. COLOMER SALA, J.; TERRADA, M.L.; BRINES, J. ; BORRAJO, E.. (1977). Historia clínica pediátrica orientada por problemas. An.Esp.Pediatr., 10, 785-800.

PERIS BONET, R.; ABAD PEREZ, I.; GARCIA MEDINA, A.; MELCHOR ALOS, I.; ABAD GARCIA, F.; INIESTA MARTINEZ, I. (1992). Registro de Tumores de la Comunidad Valenciana: Manual para Registros de Cáncer de Hospital N_ 1. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, Serie Manuals n_ 15.

PERIS BONET, R.; HERRANZ FERNANDEZ, C (Eds.), (1994) Registro de tumores de la Comunidad Valenciana:Registros de cáncer de hospital, 1992. Valencia, Conselleria de Sanitat i Consum, 1994

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. (1989). La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2_ ed, Barcelona, Masson.

PRICE, D.J.S. (1973). Hacia una ciencia de la ciencia. (Trad. J.M. Piñero), Barcelona, Ariel.

ROSEN, G. (1958). A history of Public Health. New York, MD Publications.

ROSEN, G. (1963). The hospital: hospital sociology of a community institution. En: E. Freidson (ed.), The hospital in modern society. London, The Free Press, pp 1-36

ROVIRA BARBERA, M. (1984). Documentación clínica. Hospital, 8, 15-17.

SANDERS, T.R.B. (1981). Objectifs et principes de la normalisation. Genève, ISO.

SCOTTISH HOME AND HEALTH DEPARTMENT (1970). Hospital medical record in Scotland. Development and standardization. Edimburg. H.M.S.O.

TERRADA , M.L. (1973) La literatura médica española contemporánea. Valencia, Centro de Documentación e Informática Médica, 1973.

TERRADA, M.L. et al (1981) Bilbiometria de la producción y el consumo de literatura médica en España, 1973-1977 Valencia, Centro de Documentación e Informática Biomédica

TERRADA, M.L. (1983). La Documentación Médica como disciplina. Valencia, Centro de Documentación e Informática Biomédica.

TERRADA, M.L.; LOPEZ PIÑERO, J.M. (1980). Historia del concepto de Documentación. Doc.Cienc.Inf., 4, 229-248.

TERRADA, M.L.; LOPEZ PIÑERO, J.M.; OSCA,J.; ALMERO, A. (1993) El libro médico español en los años ochenta. Estudio bibliométrico. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia, C.S.I.C.-Universitat de Valencia, 1993

TERRADA, M.L.; PERIS BONET, R. (1986). Notas de Documentación Médica. Valencia, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación.

TERRADA, M.L.; PERIS BONET, R. (1989). Lecciones de Documentación Médica. Valencia, Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación, 2_ ed. pp. 9-12.

WAGNER, G. (1985). Cancer registration: historical aspects. En: PARKIN, D.M.; WAGNER, G.; MUIR, C., The role of the registry in cancer control. Lyon, IARC, pp. 3-12.

WEED, L.L. (1968). Medical records that guide and teach. New. Eng.J.Med., 278, 593-599, 652-657.

WEED, L.L. (1969). Medical record education and patient care. Cleveland, Press of Case Western Reserve University.

WINGERT, F. (1981). Medical Informatics: an introduction. Berlin, Springer-Verlag.

WORLD HEALTH ORGANIZATION STUDY GROUP (1970). Hospital medical records. Medical record, 11, 76-83.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1980). Guidelines for medical record practice. WHO/HS/NA.COM/80.370.

ZIEGENFUSS, D.G.; ZIEGENFUSS, J.T (1984). Health information systems. A bibliography. New York, IFI/Plenum.

MARCO LEGAL DE LA DOCUMENTACIÓN MÉDICA

Se presenta en este capítulo el marco legal que sirve de referencia en el desarrollo diario de las responsabilidades y atribuciones de los distintos profesionales que trabajan como documentlistas en las distintas Instituciones sanitarias del Estado Español.

En el primer apartado del mismo se relacionan las normativas de ámbito estatal aparecidas en el B.O.E.; para a continuación, hacer lo mismo con las aparecidas en distintas CC.AA. (Cataluña, Galicia, Navarra, Pais Vasco y Valencia)

1. LEGISLACIÓN ESTATAL.

TÍTULO: Real Decreto 63/1995, de 20 de enero de 1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud
Publicación-fecha:10-2-1995
BOE-número: 35/1995

TÍTULO: Resolucion de 15 de octubre de 1990, de la Subsecretaria, sobre estadistica e informacion epidemiologica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Organica 9/1985, de 5 de julio.
Publicación-fecha:29-10-1990
BOE-número: 259/1990

TÍTULO: Orden de 8 de abril de 1987 por la que se dispone el cumplimiento de la sentencia del Tribunal Supremo de 16 de diciembre de 1986, que declara la nulidad de las ordenes de 28 de febrero y 1 de marzo de 1985, sobre establecimiento de los organos de direccion y dotacion de personal de hospitales y aprobacion del reglamento general de estructura, organizacion y funcionamiento de los hospitales de la seguridad social, respectivamente.
Publicación-fecha:05-05-1987
BOE-número: 107/1987

TÍTULO: Real Decreto 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el reglamento sobre estructura, organizacion y funcionamiento de los hospitales gestionados por el instituto nacional de la salud.
Publicación-fecha:16-04-1987
BOE-número: 91/1987

TÍTULO: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
Publicación-fecha:29-04-1986
BOE-número: 101/1986

TÍTULO: Orden de 13 de septiembre de 1985 por la que se modifica el articulo 119 del reglamento general para el regimen, gobierno y servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.
Publicación-fecha:20-09-1985
BOE-número: 226/1985

TÍTULO: Orden de 1 de marzo de 1985 por la que se aprueba el reglamento general de estructura, organizacion y funcionamiento de los hospitales de la seguridad social.
Publicación-fecha:05-03-1985
BOE-número: 55/1985

TÍTULO: Orden de 19 de febrero de 1982 por la que se declaran equiparaciones y analogias a las plazas de "Medicina Legal (toxicologia forense)", "Documentacion Médica", "Medicina Preventiva y Social" y "Neuropsiquiatria Infantil Interdepartamental (a termino)" de Facultades de Medicina.
Publicación-fecha:09-03-1982

BOE-número: 58/1982

TÍTULO: Resolucion de la Direccion General de sanidad sobre el libro registro de enfermos de los establecimientos sanitarios con regimen de internado.
Publicación-fecha:14-12-1976
BOE-número: 299/1976

TÍTULO: Real Decreto 1360/1976
begin_of_the_skype_highlighting 1360/1976end_of_the_skype_highlighting, de 21 de mayo, por el que se hace obligatorio el uso por parte de los establecimientos sanitarios con regimen de internado de un libro de registro.
Publicación-fecha:23-06-1976
BOE-número: 150/1976

TÍTULO: Orden de 18 de mayo de 1973 (presidencia) por la que se establece la estadistica de establecimientos sanitarios con regimen de internado.
Publicación-fecha:28-05-1973
BOE-número: 127/1973

TÍTULO: Ley 16/1985, de 25 de junio de Patrimonio Historico Español. Titulo VII del Patrimonio Documental y Bibliográfico, de los Archivos, Bibliotecas y Museos
Publicación-fecha:29-06-1985
BOE-número: 155/1985

2. LEGISLACIÓN DE CATALUÑA.

TITULO: Orden de 10 de julio de 1991, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por la que se regula la acreditación de los centros hospitalarios
DOGC, núm. 1477, 7 de agosto 1991.

TITULO: Orden de 23 de noviembre de 1990, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por la que se regula el informe clínico de alta hospitalaria y el conjunto mínimo básico de datos del alta hospitalaria.
DOGC, núm. 1379, 12 de diciembre 1990.

TITULO: Orden de 29 de diciembre de 1989 del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por la que se crea el Consejo coordinador de la formación médica continuada.
DOGC, núm. 1243, 17 enero 1990.

TITULO: Orden de 7 de noviembre de 1986, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta médica.
DOGC, núm. 774, 3 diciembre 1986.
TITULO: Orden de 23 de septiembre de 1986, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, de creación de la Comisión Asesora para la implantación de la Historia Clínica de Atención Primaria.
DOGC, núm. 752, 13 octubre 1986.

3. LEGISLACIÓN DE GALICIA.

TITULO: Orden de 4 de mayo de 1994 por la que se crea la Unidad de Referencia de Codificación Diagnóstica de Galicia.
DOGA, núm. 97, 23 mayo 1994.

TITULO: Orden de 7 de octubre de 1993 de la Consejería de Sanidad, por la que se regula la tarjeta sanitaria individual en el Servicio Gallego de Salud.
DOGA, núm. 208, 28 octubre 1993.

TITULO: Orden de 7 de abril de 1993 de la Consejería de Sanidad, por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos de Alta Hospitalria en la Comunidad Autonoma de Galicia.
DOGA, núm. 77, 26 abril 1993.

4. LEGISLACIÓN DE NAVARRA. LEGISLACIÓN DE NAVARRA

TITULO: Orden Foral de 31 de octubre de 1991 del Consejero de Salud, por la que se regula la Tarjeta Individual Sanitaria.
BON, núm. 144, 13 noviembre 1991.

TITULO: Decreto Foral 361/1993, de 30 de noviembre de 1993 por el cual se crea y desarrolla la estructura de los Centros Ambulatorios de Asistencia Especializada y se aprueba la composición y funciones de los órganos de gobierno de los mismos.
BON, núm. 158, 29 diciembre 1993.

5. LEGISLACIÓN DEL PAIS VASCO.

TITULO: Orden de 16 de mayo de 1983, por la que se convocan ayudas para los hospitales sin ánimo de lucro referidas a archivos de historias clínicas.
BOPV, núm. 86, 15 junio 1983.

TITULO: Orden de 7 de mayo de 1984, del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, por la que se convocan ayudas para los hospitales sin ánimo de lucro referidas a archivos de historias clínicas.
BOPV, núm. 94, 4 junio 1984.
TITULO: Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de Historia Clínica de los Centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.
BOPV, núm. 242, 6 diciembre 1986.

TITULO: Decreto 76/1990, de 27 de marzo, por el que se establecen la estructura y funcionamiento de los Servicios Centrales, de las Areas Sanitarias y de las Unidades Periféricas del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.
BOPV, núm. 84, 30 abril 1990.

TITULO: Corrección de errores al Decreto 76/1990, de 27 de marzo, por el que se establecen la estructura y funcionamiento de los Servicios Centrales, de las Areas Sanitarias y de las Unidades Periféricas del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.
BOPV, núm. 93, 11 mayo 1990.

TITULO: Corrección de errores al Decreto 76/1990, de 27 de marzo, por el que se establecen la estructura y funcionamiento de los Servicios Centrales, de las Areas Sanitarias y de las Unidades Periféricas del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza.
BOPV, núm. 94, 14 mayo 1990.

TITULO: Orden de 9 de diciembre de 1992 del Consejero de Sanidad, por la que se aprueban los modelos oficiales de los documentos sanitarios a cumplimentar por los Servicios Médicos de Empresa ubicados en la Comunidad Autónoma del País Vasco.
BOPV, núm. 252, 29 diciembre 1992.
Corrección de errores: BOPV, núm. 21 , 2 febrero 1993.

6. LEGISLACIÓN DE LA COMUNIDAD VALENCIANA.

TITULO: Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consejo de la Generalidad Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica
DOGV, núm. 817, 4 mayo 1988.

TITULO: Corrección de errores del Decreto 56/1988, de 25 de abril, del Consejo de la Generalidad Valenciana, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica.
DOGV, núm. 863, 7 julio 1988.

TITULO: Orden de 15 de noviembre de 1988, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se regula la Unidad de Documentación Clínica y Admisión de los Centros Hospitalarios.
DOGV, núm. 953, 29 noviembre 1988.

TITULO: Orden de 25 de octubre de 1990 de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se convocan 20 becas de formación de personal médico y de enfermería de las unidades de documentación clínica y admisión de los centros hospitalarios en la Comunidad Valenciana.
DOGV, núm. 1422, 14 noviembre 1990.

TITULO: Resolución de 18 de febrero de 1991 del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se hace público el resultado del concurso público para la concesión de 20 becas de formación de personal médico y de enfermería de las unidades de documentación clínica y admisión de los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana.
DOGV, núm. 1520, 12 abril 1991.

TITULO: Resolución de 21 de febrero de 1991 de la Dirección General de Planificación de la Asistencia Sanitaria, por la que se dictan instrucciones para la fase de individualización de la tarjeta sanitaria individual.
DOGV, núm. 1501 (fascículo), 11 marzo 1991.

TITULO: Resolución de 21 de febrero de 1991 de la Dirección General de Planificación de la Asistencia Sanitaria, por la que se constituye el Comité de Trabajo para el Plan de Informatización Básica de Atención Primaria (PIBAP)
DOGV, núm. 1501 (fascículo), 11 marzo 1991.

TITULO: Orden de 6 de marzo de 1991 del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se dictan instrucciones para la entrega de tarjetas de asistencia sanitaria a los recién nacidos en la Comunidad Valenciana.
DOGV, núm. 1520, 12 abril 1991.