

MÓDULO: Archivos y documentación sanitaria.

CÓDIGO: 1518

DURACIÓN: 100 h.

LEY: LOE

CURRÍCULO: *DECRETO 41/2022 de 8 de abril*

CURSO: 1º

CICLO: *CFGS Técnico o Técnica Superior en Documentación y Administración Sanitarias.*

GRADO: Superior

1. RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN. (RD)

1. Caracteriza las necesidades documentales de los centros sanitarios, relacionándolas con cada tipo de centro y función de los documentos.

Criterios de evaluación:

- a) Se han descrito los tipos y funciones de los documentos de uso común en centros sanitarios.
- b) Se han descrito los flujos de información, canales y circuitos de los documentos.
- c) Se han definido las funciones y tipos de historias clínicas y documentos propios y asociados.
- d) Se han explicado las características de los documentos con regulación normativa.
- e) Se han descrito las características, composición y funciones del catálogo documental de un centro sanitario.
- f) Se ha verificado el cumplimiento de la normativa aplicable.

2. Diseña y elabora documentos sanitarios aplicando criterios de normalización documental.

Criterios de evaluación:

- a) Se han descrito los principios generales de la normalización documental.
- b) Se han descrito las técnicas de diseño documental y sus aplicaciones.
- c) Se ha explicado la optimización de consumos y costes de la documentación.
- d) Se han diseñado documentos tipo.
- e) Se han analizado y corregido las deficiencias de los documentos vivos.
- f) Se ha comprobado que los documentos se adaptan a la normativa sanitaria, a la de protección de datos y a la política documental del centro.
- g) Se han transformado documentos de soporte papel a soporte digital.
- h) Se han registrado los documentos diseñados en el catálogo documental del centro.

3. Verifica la calidad de una documentación clínica, optimizando su normalización y funcionalidad.

Criterios de evaluación:

- a) Se han descrito los métodos de evaluación documental, explicando sus características, ventajas y limitaciones.
- b) Se han valorado los estudios realizados: encuestas, estudios de satisfacción, así como la obtención de las conclusiones oportunas.
- c) Se ha comprobado la adecuación de los aspectos formales de un documento.
- d) Se ha analizado el grado de cumplimiento de la documentación.
- e) Se han descrito las funciones de las comisiones de documentación en los centros sanitarios.
- f) Se han elaborado protocolos de evaluación formal del documento.
- g) Se han aplicado protocolos realizados con su correspondiente evaluación y definición de oportunidades de optimización.

4. Gestiona las historias clínicas desde el punto de vista documental, verificando el contenido específico y la conexión con otra documentación aneja.

Criterios de evaluación:

- a) Se han caracterizado los documentos, contenidos, funciones y usuarios de las historias clínicas. b) Se han analizado los diferentes tipos de historias clínicas.
- c) Se han estructurado historias clínicas según sus contenidos y otros requerimientos.
- d) Se ha comprobado la adecuación de las historias al proceso de normalización de la documentación sanitaria, así como a los requerimientos legales.
- e) Se han analizado otros documentos soporte relacionados con la historia clínica.
- f) Se han descrito los flujos de circulación de las historias clínicas.
- g) Se han cumplimentado los apartados propios del área administrativa de la historia clínica.
- h) Se han gestionado historias clínicas electrónicas mediante aplicaciones específicas.

5. Gestiona los archivos de documentación sanitaria, optimizando el tratamiento de la información.

Criterios de evaluación:

- a) Se ha seleccionado el modelo de archivo que optimice el tratamiento de la información y la utilización de los recursos.
- b) Se ha proyectado la distribución del archivo para su optimización.
- c) Se ha realizado el archivo de historias clínicas y documentos anejos según diferentes tipos de criterio.

- d) Se han programado métodos de control y evaluación del estado del archivo.
- e) Se han planificado procesos para diligenciar la localización, préstamo y devolución de historias clínicas y otros documentos a posibles unidades solicitantes.
- f) Se ha aplicado la normativa básica sanitaria en vigor.
- g) Se han empleado las herramientas informáticas específicas para ello.

2. CONTENIDOS: ANEXO I Módulos profesionales (Orden CV)

a) Caracterización de las necesidades documentales de los centros sanitarios:

1. Documentación general:
 - Tipos de documentación.
 - Partes de la documentación.
2. Circuitos de la información en los centros sanitarios:
 - Catálogo documental de los centros sanitarios.
 - La historia clínica como documento básico.
3. Documentación sanitaria: administrativa y asistencial.
4. Características de los distintos tipos de documentos.
5. Documentos con regulación normativa:
 - Informe clínico de alta.
 - Consentimiento informado.
 - Documentos de instrucciones previas.
6. Oficios judiciales.
7. Relación con la administración de justicia.
8. Normativa en vigor aplicable a los documentos sanitarios.

b) Diseño y elaboración de documentos clínico-asistenciales:

1. Normalización documental.
2. Análisis de los contenidos de un documento:
 - Principales errores y disfunciones en documentos sanitarios.
3. Elementos de un documento.
4. Líneas y guías para diseño de documentos clínicos:
 - Diseño de documentos tipo historias clínicas.

5. Tratamiento de gráficos informáticos:
 - Principales gráficos aplicables a documentos sanitarios.
6. Aplicaciones informáticas de diseño y tratamiento gráfico.
7. Consumo y costes de documentación.
8. Análisis de documentos vivos y corrección de deficiencias.
9. Registro y documentos utilizados en atención primaria, especializada y hospitalaria:
 - Tratamiento digital de los documentos sanitarios.
 - Documentación descriptiva para el catálogo
10. Normativa documental.

c) Verificación de la calidad de la documentación clínica:

1. Gestión de calidad en la documentación sanitaria:
 - Incidencia de los errores.
 - Sistemas de calidad más aplicados en la documentación sanitaria.
2. Programa de control y evaluación de calidad.
3. Diseño de estudios de control de calidad.
4. Metodología de encuestas-tipo.
5. Metodologías para el diseño de protocolos en control de calidad.
6. Métodos de control de calidad documental.
7. Control de la calidad de la historia clínica.
8. Concepto de auditoría aplicada a la documentación sanitaria:
 - Tipos de auditoría documental.
9. Comisiones de documentación en los centros sanitarios:
 - Funciones.
 - Métodos de trabajo.

d) Gestión de historias clínicas desde el punto de vista documental:

1. Características documentales de las historias clínicas:
 - Contenidos, funciones y usuarios de la historia clínica.
2. Requisitos legales y normativos de la historia clínica.
3. Tipos y características de la historia clínica.
4. Aspectos particulares de la normalización de los documentos de la historia clínica.
5. Reglamento de uso y cumplimentación de la historia clínica.

6. Estudio de la estructura y bloques de contenidos documentales de una historia clínica orientada a la fuente:
 - Documentos soporte y relacionados con las historias clínicas.
7. Documentos en soportes distintos al papel.
8. Documentos específicos.
9. Catálogo documental de un hospital: contenido y funciones.
10. Historia clínica electrónica (H.C.E)/historia digital.
11. Historia clínica electrónica en atención especializada.
12. Hacia una historia clínica electrónica única por paciente a nivel de comunidades autónomas o nacional.

e) Gestión del archivo de documentación sanitaria:

1. Introducción y concepto de archivo clínico hospitalario:
 - Tipos de archivo más habituales.
 - Métodos de archivo.
 - Responsables.
2. Funciones de un archivo central de historias clínicas.
3. Organización y sistemas de archivo.
4. Archivo y nuevas tecnologías.
5. Indicadores de actividad y controles de calidad del archivo central de historias clínicas.
6. El archivo como unidad de apoyo a la docencia e investigación biomédica. Circuito de la documentación:
 - Mantenimiento de datos en documentos del archivo.
 - Proceso.
 - Destinatarios.
7. Legislación aplicable en sanidad:
 - Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
 - Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
 - Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
 - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.



3. INSTRUMENTOS DE EVALUCIÓN (Material)

1. Examen teórico (conceptual)

Contenido: Preguntas tipo **test**.

- **Evaluación:** Se debe obtener al menos un **5** para aprobar.
- **Duración:** **120 minutos**.
- **Penalización:** Las respuestas incorrectas restan puntuación. Se aplicará la fórmula:

$$\text{Nota} = \left(\frac{\text{Aciertos} - \left(\frac{\text{Errores}}{\text{Número de opciones por pregunta} - 1} \right)}{\text{Número total de preguntas}} \right) \times 10$$

2. Evaluación final

- La nota final será la **nota numérica obtenida en el examen asimilando por redondeo a un número entero**.

3. Bibliografía recomendada:

- Para el módulo de **Archivos y documentación sanitaria**, se recomiendan los libros:
 - *“Archivos y documentación sanitaria”* – Editorial Mc Graw Hill o ARÁN.