TÍTOLS PROPIS
VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Máster de Formación Permanente de Especialidad en Documentación Médica. 14.ª Edición.
Código: 23711320

DATOS GENERALES

Curso académico	
Tipo de curso	Máster de Formación Permanente
Número de créditos	90,00 Créditos ECTS
Matrícula	3.500 euros (importe precio público)
Requisitos de acceso	Graduados, licenciados o diplomados universitarios en áreas relacionadas con la salud o afines
Modalidad	On-line
Lugar de impartición	
Horario	Libre

Dirección

Organizador	Departament d'Història de la Ciència i Documentació
Dirección	María Francisca Abad García Catedrático/a de Universidad. Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universitat de València Ramón Carlos Romero Serrano Jefe Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA). Hosp. Univ. Doctor Peset. Valencia Irene Abad Pérez Profesora Titular Universidad (Jubilada)

Plazos

Preinscripción al curso	Hasta 30/09/2023
Fecha inicio	Noviembre 2023
Fecha fin	Septiembre 2025

Más información

Teléfono	961 603 000
E-mail	informacion@adeituv.es

PROGRAMA

Documentación Médica, Servicios: UDCA/SADC, Calidad

- Bienvenida, presentación de profesores. Objetivos del master y organización.
- Marco generañ de la Documentación Médica.
-- La documentación médica en España.
-- Proyección profesional del médico documentalista.
-- Modelos de referencia
-- La Instucionalización de la profesión
-- La evolución de la investigación
-- La formación de especialistas en documentación médica.
-- Las sociedades científicas de documentación médica en España.
- La organización de jornadas y congresos
- El entorno de los sistemas de información: el departamento sanitario.
- Definición de la Unidad de Documentación Clínica y Admisión y ubicación en el organigrama del departamento de salud: Formas de implantación y desarrollo de una Unidad de Documentación clínica y admisión.
- Catálogo de actividades de una Unidad de Documentación Clínica y admisión (UDCA).
- Descripción del módelo de Unidad de Documentación clínica y admisión
- Descripción del módelo de Servicio de admisión y Documentación clínica
- Calidad y acreditación de la unidad de documentación clínica y admisión: Metodología y evaluación, Evaluación de la calidad, Criterios de acreditación

Herramientas en documentación clínica

Funciones y características de los manuales de procedimiento.
- Resolución de problemas.
- Métodos para el estudio de la dinámica de los sistemas de información.
- Los diagramas de flujo.

- El análisis de tareas.
- El análisis de puestos.
- La organización dimensiones de la organización.
- Misión de la organización.
- Los sistemas de información como instrumentos de ayuda para que la organización cumpla su misión y objetivos.
- Niveles de los sistemas de información en la organización.
- Los sistemas de información operacionales, los MIS y los sistemas de información estratégicos.
- El departamento de salud como organización. Misión y objetivos.
- Los sistemas de información departamentales. Misión y objetivos.
- Clasificación de los sistemas de información departamentales.
- El estudio de las necesidades de información de los profesionales de la salud. Metodología general de los estudios de necesidades de información, tipos de métodos y estudios de casos.
- Necesidades y usos de la información médicos científica, asistencial y sanitaria.
- Metodología general de los estudios de necesidades de información. Métodos cuantitativos. Métodos cualitativos.
- Diseño y uso de cuestionarios en el estudio de las necesidades de información.
- La técnica del incidente crítico.
- Métodos cualitativos: las entrevistas, los estudios de observación, el examen de informes y documentos.
- Casos prácticos Estadística básica
- Nociones de estadística básica: estadística descriptiva. Tipos de organización, tabulación y presentación de datos. Muestreo, tipos de muestreo. Inferencia estadística. Contraste de hipótesis. Estadística no paramétrica.
- Hoja de cálculo
- Conceptos básicos. Elaboración de tablas. Importación de datos. Trabajar con tablas. Funciones básicas: matemáticas, de fechas, de texto, numéricas. Generación de gráficas: tipos. Elaborar informes.
- Gestor Base de datos
- Bases de datos: conceptos básicos teóricos y prácticos. Nociones básicas de diseño y errores más comunes. Tablas: creación e importación de datos. Consultas: funciones básicas. Formularios. Informes. Gráficas. Nociones básicas de lenguaje de consulta estructurado (SQL).
- Elaboración de diagramas
- De procedimientos: diagramas de flujo, flujogramas de ejecución o matriciales.
- De análisis y diseño de sistemas de información: Diagramas EER. De clases.
- De representación de la información: Arquetipos, mapas mentales, etc...

Gestión de pacientes

- Identificación de pacientes:
- Sistemas de Información Poblacional: la tarjeta sanitaria
- Gestión Fichero Índice de Pacientes.
- Gestión de pacientes:
- Procedimiento administrativo en la gestión de pacientes: herramientas, procedimientos principales, normalización
- La Unidad de Documentación Clínica y Admisión y su relación con los diferentes niveles asistenciales.
- Establecimiento de circuitos internos de comunicación y control de procesos.
- Gestionar el flujo de pacientes por los diferentes servicios de la asistencia especializada
- Gestión y organización de la demanda de hospitalización
- Gestión de la demanda asistencial de hospitalización. Información y optimización de recursos.
- Gestión de camas, utilización hospitalaria.
- Procedimientos de ingreso y alta hospitalaria
- Elaboración indicadores del área, diseño de flujos
- Gestión de la demanda quirúrgica y de la actividad quirúrgica
- Gestión y mantenimiento de lista de espera quirúrgica según la normativa vigente
- Gestión de los estudios preoperatorios
- Seguimiento de la actividad realizada en quirófano, del ingreso y alta hospitalaria y de la Unidad de CMA
- Intervencionismo: concepto, gestión y actividad
- Coordinación del seguimiento y de la atención del paciente tras el alta.
- Elaboración indicadores del área, diseño de flujos
- Gestión de la asistencia sanitaria en régimen ambulatorio
- Tareas de coordinación de los procesos asistenciales, siendo el referente de los pacientes en materia de información y comunicación
- Coordinación con otros niveles asistenciales y organización del flujo de pacientes y de su información y documentación clínica entre servicios, niveles asistenciales, entre áreas sanitarias, entre centros u hospitales de la propia Comunidad Autónoma u otras del ámbito nacional (SIFCO).
- Gestión y mantenimiento de lista de espera
- Gestión de agenda y citación
- Registro de actividad.
- Elaboración indicadores del área, diseño de flujos
- Gestión de la demanda de atención en laUnidad de Urgencias
- Procedimiento de atención ingreso y alta.
- Gestión de partes judiciales y de violencia de género.
- Gestión transporte sanitario.
- Elaboración indicadores del área, diseños de flujo
- Colaboración con el área de gestión económica del hospital
- Comprobación de la financiación de los usuarios incluidos en el Fichero Maestro de Pacientes
- Facilita información para la identificación de los episodios asistenciales facturables
- Conciertos
- Participación en la elaboración de datos clínico-asistenciales para el desarrollo de la Contabilidad Analítica.

lenguajes documentales

- Terminología médica
- Origen de la terminología médica.
- Problemas principales de la terminología médica: siglas, abreviaturas, epónimos.
- Estructura y construcción de los términos médicos: raíces, prefijos y sufijos.
- Análisis de términos médicos (practica)
- Lenguaje documental
- Concepto de lenguaje documental.
- Necesidad del lenguaje documental y sus diferencias con el lenguaje natural.
- Nomenclaturas y clasificaciones de uso en información clínica.
- Evolución de la CIE: CIE-9, CIE-9-MC, CIE-O y CIE 10.
- SNOMED
- UMLS
- Clasificaciones en atención primaria: CIAP-2
- La DSM V
- Clasificaciones de enfermería: NANDA, NIC, NOC
- La CIE-10-ES Electrónica
- Indización.
- Diagnósticos generalidades, selección de diagnóstico principal y secundarios
- Procedimientos, generalidades
- Procedimientos, estructura, normas de uso, funcionamiento, (todas las secciones (médico quirúrgica,obstetricia, administración, etc..)
- Normativa para la codificación con CIE10ES .
- Organización del manual de procedimientos.
- Casos prácticos

(Este módulo tiene un carácter fundamentalmente práctico)
CIE-10-ES (diagnósticos)
Capítulo 1: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias.
Capítulo 2: Neoplasias.
Capítulo 3: Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad.
Capítulo 4: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.
Capítulo 5: Trastornos mentales del comportamiento y del desarrollo neurológico.
Capítulo 6: Enfermedades del sistema nervioso.
Capítulo 7: Enfermedades del ojo y sus anexos.
Capítulo 8: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides.
Capítulo 9: Enfermedades del aparato circulatorio.
Capítulo 10: Enfermedades del aparato respiratorio.
Capítulo 11: Enfermedades del sistema digestivo.
Capítulo 12: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo.
Capítulo 13: Enfermedades del aparato músculo esquelético y del tejido conectivo.
Capítulo 14: Enfermedades del aparato genitourinario.
Capítulo15: Embarazo, parto y puerperio.
Capítulo 16: Ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal.
Capítulo 17: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.
Capítulo 18: Síntomas, signos y hallazgos anormales de pruebascomplementarias no clasificados en otro lugar.
Capítulo 19: Lesiones, envenenamientos y algunas otra consecuencias de causas externas.
Capítulo 20: Causas externas de morbilidad.
Capítulo 21: Factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios sanitarios.
Capítulo 22: Códigos para propósitos especiales .

Fuentes, métodos y técnicas del trabajo científico

- Fuentes de información para el trabajo científico: Fuentes primarias, la revista y el artículo científico
- La revista científica: estructura y contenido, revisión por pares, derechos de autor
- Fuentes secundarias, bases de datos bibliográficas
- La búsqueda bibliográfica
- Pubmed y MeSH
- Web of Science, WoS
- La redacción del artículo científico
- Función y ética de la publicación científica
- Evaluación, criterios de calidad de las publicaciones científicas
- Tipos y estructura de un artículo cientíco. El artículo original y el artículo de revisión

Gestión de Documentación Clínica

- Evolución histórica de la historia clínica
- Concepto actual de historia clínica
- Papel de la historia clínica como vehículo de comunicación.
- Características comunes de la HC (física y electrónica): autoría, confidencialidad, accesibilidad, disponibilidad, auditoría, resguardos de seguridad.
- Características diferenciadoras de la HC según su tipo (física o electrónica): procedimientos asociados (apertura, identificación, préstamo, distribución, devolución, recogida, morosidades, desubicaciones, expurgos, fusionados, derivaciones a custodia, interconexión con sistemas externos -propios o ajenos-)

- Migración de HC físicas a HC electrónicas
- Modelos básicos de historia clínica: HC tradicional e HCOP
- Estructura, contenido, funciones y usos de la historia clínica según actividad asistencial.
- Análisis de la historia clínica como fuente de información
- Análisis de documentos específicos:, consentimiento informado, otros informes,
- Organización vs ordenación de la Historia clínica
- Seguridad: Acceso, Custodia y Perdurabilidad de la Historia Clínica.
- Legislación relativa a la historia clínica
- Problemas del actual diseño de la historia clínica. Posibles soluciones.
- Métodos de evaluación de la calidad de la historia clínica
- Estrategias de conversión desde la historia clínica papel a la historia clínica electrónica.
- La Historia Clínica electrónica vs física
- Principios de usabilidad y problemas derivados de la misma.
- Derechos ARCO

Sistema de información asistencial, sanitaria e indicadores

- CMBD.
- Concepto, modelos.
- Evolución histórica.
- Gestión del CMBD.
- Tipos de CMBD.
- Explotación e interpretación de resultados.
- Sistemas de clasificación de pacientes: GRD.
- Concepto, modelos.
- Evolución histórica.
- Producción de GRD.
- Explotación e interpretación de resultados
- Otros sistemas de clasificación de pacientes.
- Indicadores de actividad asistencial y sanitaria.
- Métodos para la producción y presentación de indicadores: indicadores de actividad asistencial.
- Criterios para la selección y construcción de indicadores.
- Propiedades de los indicadores.
- Sesgos, estandarización.
- Presentación de indicadores.
- Principios para analizar e interpretar indicadores.
- Sistemas de Business Intelligence (evaluación y explotación de resultados, elaboración de cuadros de mando¿)
- Área de Hospitalización
- Área de Urgencias.
- Área de Consultas Externas.
- Área de Paritorio.
- Área Quirúrgica e Intervencionismo.
- Área de Atención Primaria.
- Otros productos:
- Sistema de Información Económica
- Sistemas de compensación intercentros.
- Necesidades de información de los principales usuarios.
- Servicios Centrales de la Administración Sanitaria.
- Vigilancia en Salud Pública. Concepto, recolección de datos, análisis e interpretación de los datos, producción de información y su difusión.
-Tipos de sistemas de información para la vigilancia en salud pública. Sistemas básicos , sistemas centinela, sistemas de información microbiológica.
-Vigilancia en salud pública. Desarrollo histórico y legislativo, Funciones, actividades, niveles organizativos, contenido
-Sistema básico de VSP: Sistema de notificación obligatoria de enfermedades (EDO), Sistema de notificación de situaciones epidémicas y brotes, Sistema de información microbiológica.
-Vigilancia centinela, vigilancia de la mortalidad, registros de enfermedades, vigilancia de la salud laboral.
-Descripción de algunos sistemas de información vigentes en Salud Pública.
- Concepto de registro de Cáncer
-Registros hospitalarios
- Registro poblacional
- Principios de diseño de un registro de cáncer
- Explotación, interpretación de resultados y usos de los registros de cáncer

TRABAJO FIN DE MASTER

A elegir por el alumno de acuerdo con el tutor

PRACTICUM

20% admisión: gestión de pacientes, 30% sistemas de información asistencial y sanitaria, 20% documentación clínica y su gestión y 30% manejo CIE-10-ES y/o otras clasificaciones

PROFESORADO

María Francisca Abad García

Catedrático/a de Universidad. Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universitat de València

Irene Abad Pérez

Profesora Titular Universidad (Jubilada)

Esther Arasa Gastaldo

Consultora y Auditora de Sistemas de Gestión de la Calidad

Julia Calabuig Pérez

Jefa de Servicio. Servicio de análisis de sistemas de información sanitaria. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

Rosa Campmany Buira

Profesor/a Asociado de Universidad. Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universitat de València

Juli Climent Querol

Director de Inteligencia Artificial · ASHO

Carolina Conejo Gómez

Médica Especialista en Documentación Médica (Jubilada)

Rosa María de Ramón Frías

Jefa de Sección UDCA. Departamento de Salud Sagunto. Valencia

David del Monte Delgado

Médico Adjunto UDCA. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

José Javier Duch Samper

Médico Documentalista. Servicio de evaluación asistencial. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

María Luisa Estarlich Estarlich

Contratado/a Doctor/a. Departament d'Infermeria. Universitat de València

Gema Inmaculada Gil Herranz

Médico Adjunto UDCA. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Vicente Miguel Giménez Solano

Ingeniero informático.Tecnico de investigación. Departamento de ingenieria y ciencia de los computadores. Universitat Jaume I. Castellón

Aurora María González Teruel

Profesor/a Titular de Universidad. Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universitat de València

Luis Alfredo Herrero Cuco

Abraham Jiménez Campos

0

Alfonso Martínez Reina

Médico Especialista en Documentación Médica (Jubilado)

Pedro Jesús Martínez Rojas

Jefe de Sección UDCA.Hospital La Fe de Valencia

José Antonio Mayor Amorós

Jefe de Sección de la UDCA del Hospital General Universitario de Elda. Alicante

Ana María Míguez Santiyán

Médica adjunta. Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Rodrigo Muñoz Balada

Jefe de Servicio UDCA. Fundación IVO. Valencia

María del Pilar Navarro Arranz

Subdirectora de gestión de la información clínica. H. Sta Creu i S. Pau. Barcelona

Enric Josep Novella Gaya

Profesor/a Titular de Universidad. Departament d'Història de la Ciència i Documentació. Universitat de València

María Asunción Pastor Climent

Médica Adjunta UDCA. H. General Universitario de Elche. Alicante

Clara Pérez Cascales

Jefa Sección UDCA Hospital General Universitario de Elche

Adelaida Pons Fuster

0

María Fernanda Ramos Trujillo

0

Manuel Regaña Valero

Técnico Innovación sanitaria. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

Jorge Renau Tomás

Jefe de Unidad UDCA. Consorcio Provincial Castellón. Castellón de la Plana

Ramón Carlos Romero Serrano

Jefe Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA). Hosp. Univ. Doctor Peset. Valencia

Consol Sabater Gregori

Jefa de Sección de Enfermedades. Subdirección General deEpidemiología, Vigilancia de la Salud y Sanidad Ambiental. Dirección Generalde Salud Pública i Adicciones. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Valencia.

María Luisa Tamayo Canillas

Jefa Servicio.Atención al Ciudadano. Área Sanitaria V-Hosp. Universitario de Cabueñes. Gijón

María Pilar Villanova Tallada

Responsable funcional. Servicio de aplicaciones clínicas. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Generalitat Valenciana

OBJETIVOS

Las salidas profesionales que tiene el curso son:

Las relacionadas con la Documentación Clínica: Gestión de la Historia Clínica y archivos, codificación CIE-10-ES y otras clasificaciones.
Las relacionadas con la Gestión de Pacientes: Organizar y gestionar el flujo de pacientes por las distintas áreas y servicios del Departamento de Salud.
Las relacionadas con la gestión de los Sistemas de Información Asistenciales: Elaboración de la producción asistencial (CMBD, GRD&) y de cuantos elementos influyen en ella como apoyo en la toma de decisiones

La Documentación Clínica, Gestión de Pacientes y Sistemas de Información asistencial es un área de conocimiento que abarca materias de varias disciplinas y cuya finalidad es proveer al estudiante del conocimiento y capacidades en el manejo de las herramientas necesarias para el uso eficaz de la información médica, en el proceso de la toma de decisiones en el ámbito clínico, de gestión y del autoaprendizaje.

METODOLOGÍA

El Master lo componen siete asignaturas teórico prácticas (1.- Documentación Médica, Servicios: UDCA/SADC, Calidad. 2.- Herramientas en Documentación clínica. 3.- Gestión de pacientes. 4.- Lenguajes documentales. 5.- Fuentes, métodos y ténicas del trabajo científico. 6.- Gestión de la documentación clínica. 7.- Sistemas de información asistencia, sanitaria e indicadores), unas practicas externas y un Trabajo fin de master (TFM)

METODOLOGÍA DOCENTE
El alumnado tendrá a su disposición en el Aula Virtual de la Universidad de Valencia todo el material de estudio de cada asignatura a partir de la fecha de apertura de la misma y a lo largo de todo el Máster. Este material podrá tener varios formatos: archivos pdf, materiales multimedia, archivos Power Point, archivos Power Point locutados,audios, videos, videoconferencias, bibliografía básica, bibliografía complementaria, etc.
Habrá un FORO DE CUESTIONES GENERALES para el intercambio de opiniones y preguntas sobre la organización y funcionamiento del Master, Además, durante el tiempo que este activa cada asignatura se habilitará un FORO PROPIO para el intercambio de opiniones y preguntas sobre los contenidos concretos de cada asignatura.
En cada asignatura se ofrecen TUTORÍAS personalizadas con el profesorado del cada bloque de la asignatura y con el coordinador/a del mismo.
Además, se podrán plantear cuestionarios de autoevaluación, tareas y ejercicios prácticos durante el periodo activo del módulo, si los coordinadores y profesorado así lo considera.
Mención especial merecen:
ASIGNATURA: PRACTICAS EXTERNAS.- El alumnado deberá realizar una permanencia en un SDCA de 250 horas, con una distribución de cargas en las diferentes secciones del servicio, a pactar entre el alumnado, el profesional que los tutorice y los

coordinadores de la asignaturar, dependiendo de la formación básica del alumno.
A modo orientativo: 20% admisión: gestión de pacientes, 30 % sistemas de información asistencial y sanitaria, 20% documentación clínica y su gestión y 30% manejo CIE-10-ES y/o otras clasificaciones.
Estas prácticas externas se podrán convalidar total o parcialmente, en aquellos casos que el alumno ya esté desarrollando o haya desarrollado unas tareas profesionales acordes al programa y así lo consideren los directores del Máster
ASIGNATURA TRABAJO FIN DE MASTER (TFM).- Será obligatoria la presentación de un trabajo de fin de Máster, dirigido por uno de los profesores del mismo, que se presentará a finales de Junio 2025 en primera convocatoria y a finales de Septiembre 2025 en segunda.
El formato del trabajo y su defensa pública se indicará a lo largo del Máster. Para ello se habilitará un módulo en Octubre 2024 en el que se detallará concretamente la normativa a seguir: elección de tema, asignación de tutor/a, modalidades, presentación o defensa.

METODOLOGÍA EVALUACIÓN
Para obtener el título del Master ES OBLIGATORIO la evaluación y aprobación de cada una de las asignaturas (Reglamento de titulos propios y programas de formación continuada de la Universidad de Valencia . Título II, Capitul III, Artículo 14)
Casi siempre, cada uno de los bloques tendrá un cuestionario de autoevaluación que permitirá reforzar el aprendizaje. Estos cuestionarios de autoevaluación se podrán realizar en dos intentos y sin límite de tiempo una vez se acceda. Las calificaciones que se obtengan, (que serán la media de dos intentos) no se tendrán en cuenta para la nota final de la asignatura.
Al finalizar cada módulo habrá que cumplimentar un Examen, que podrá ser de tipo test o de preguntas de desarrollo. En los exámenes tipo test únicamente se dispondrá de un intento para su realización y tendrá un tiempo limitado para su realización cronometrado por un reloj. Es posible que, en alguna asignatura, se prescinda del examen fina y se decida tener en cuenta para la evaluación los resultados de los cuestionarios y/o casos prácticos desarrollados durante el mismo. En estos casos será comunicado a los alumnos una vez se inicie la asignatura.
La evaluación de las prácticas externas tendrá en cuenta la opinión objetiva del supervisor/a y la memoria final presentada.
La evaluación del TFM está basada en el trabajo presentado y en su defensa pública
La nota final del Máster se obtendrá teniendo en cuenta las notas obtenidas en cada asignatura, incluyendo las prácticas externas y el TFM.
Para el cálculo de la nota final se hará una media ponderada según los créditos asignados a cada uno de las asignaturas.