

Denominación de la Asignatura: Análisis de la Documentación Sanitaria

Carrera/s a la/s cual/es pertenece: Tecnicatura Universitaria en Información Clínica y Gestión de Pacientes

Ciclo lectivo: 2019

Docente/s:

Docente Coordinador: Lic. Mariano San Martín

Jefe de Trabajos Prácticos: Lic. Juan Pedro Luzuriaga

Carga horaria semanal: 6 horas semanales

Fundamentación

La materia Análisis de la Documentación Sanitaria se ubica en el segundo año del Plan de Estudios, orientando sus contenidos sobre uno de los ejes temáticos de la carrera Tecnicatura Universitaria en Información Clínica y Gestión de Pacientes, particularmente, el de la información y la documentación clínica.

La información es un recurso fundamental para el funcionamiento de la organización sanitaria. Los procesos de registro, organización y procesamiento de la información clínica son actividades de apoyo que definen el funcionamiento de la red asistencial.

Todas las actividades administrativas y clínico-asistenciales, implican el registro y almacenamiento de datos, el tratamiento de éstos y su transmisión posterior para su conversión en información documentada. Esta información adquiere valor agregado al ser procesada y se convierte en un recurso estratégico para la toma de decisiones, tanto en el ámbito asistencial como en el de la gestión sanitaria. Asimismo, la documentación clínica cobra valor en el intercambio de información con el exterior, a través de la figura de la Historia Clínica y como insumo para la investigación sanitaria.

Actualmente, las organizaciones sanitarias están implementando sistemas de información basados en la utilización de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs), configurando la Historia Clínica Electrónica, y nuevas posibilidades en la integración de la información y la explotación de datos.

Sin embargo, persisten, en el sistema de salud, serias dificultades de fragmentación en el ámbito organizacional, lo cual se refleja en el ámbito de la documentación clínica generando fallas de coordinación y duplicación de esfuerzos en los procesos de registro, llevando en última instancia a un rendimiento inadecuado de los servicios de salud.

Las nuevas tecnologías imponen nuevos desafíos en la organización de la información de las instituciones de la salud. Su objetivo es facilitar la gestión de la información y el acceso a la documentación de una manera más eficiente.

Esta materia contribuye a dar respuesta a los requerimientos de capacitación para la gestión y administración de la documentación clínica en el nuevo contexto tecnológico y organizacional.

El presente programa incluye los conceptos teóricos sobre la información, la codificación y el procesamiento de la misma, en el ámbito de la documentación sanitaria. Asimismo, incorpora las experiencias de gestión de la documentación sanitaria en el contexto local e internacional.

Objetivos:

- Que los alumnos comprendan los objetivos del registro y documentación de la información sanitaria.
- Que los alumnos incorporen los diferentes modos de registro, y las categorías de formularios utilizados en el ámbito local.
- Que el alumno desarrolle capacidades para comprender las causas y consecuencias de la fragmentación en los sistemas de salud, y sus consecuencias en el ámbito de la documentación sanitaria.
- Que el alumno reconozca las definiciones y la evolución del concepto de historia clínica
- Que el alumno comprenda los aspectos legales de la documentación sanitaria

- Que el alumno reconozca experiencias exitosas en el ámbito local e internacional en la gestión de la información y la documentación sanitaria y las condiciones necesarias para ser llevadas a cabo en para su implementación.

Contenidos mínimos:

Los contenidos mínimos incluyen el desarrollo, la comprensión y análisis de los siguientes temas:

- Origen de la Documentación, como técnica y como ciencia.
- El Sistema de Información Estadística Nacional y el Sistema de Información en Salud.
- El Conjunto Mínimo de Datos Básicos, orígenes e implementación.
- Los Formularios Hospitalarios. Su relación con el conjunto de mínimo de datos básicos. Modalidad de llenado, e indicadores socio sanitarios relacionados.
- El sistema de actuación en salud pública. El modo en como la documentación juega su rol clave en la toma de decisiones y políticas de salud.
- La historia clínica, ventajas y desafíos.
- Sistemas de información hospitalarios. Experiencia local e internacional.

Contenidos temáticos o unidades:

Unidad 1: Introducción

Introducción documentación como objeto de estudio. Información, Documentación y catalogación de documentos. Función de la Documentación. Información estadística y no estadística. Fuentes de información.

Propiedades de la documentación sanitaria: accesibilidad, perdurabilidad y calidad de la información.

Unidad 2: Sistema de información en nuestro país

Sistema Estadístico Nacional (SEN). Sistema de Información de Salud (SIS). Sistema Estadístico de Salud (SES).

Desintegración del sistema y fragmentación de la información. Importancia de los sistemas de información para la construcción de redes integrales de salud.

Unidad 3: La información en el establecimiento de salud.

Planificación estratégica en las instituciones de salud y su relación con los sistemas de información en salud.

Los instrumentos de registros en el primer y segundo nivel de atención y su relación con la gestión de pacientes. Distintos Formularios e Indicadores seleccionados.

Definiciones y evolución del concepto de Historia Clínica. Usos y finalidad de la Historia Clínica. Marco legal, estructura, orden y contenido.

Unidad 4: Sistemas comunes de codificación y terminologías

Conjunto Mínimo de Datos Básicos y la documentación clínica. Aspectos legales de la documentación sanitaria.

Clasificación Internacional de Enfermedades. Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria.

Efectos de la fragmentación de la información.

Unidad 5: La informatización de la documentación sanitaria

Sistemas de información hospitalarios versus sistemas de información en salud.

Componentes de un sistema de información hospitalario: administrativo, servicios terminológicos, registro clínico electrónico y soporte de toma de decisiones.

La historia clínica digital: Ventajas y limitaciones, marco legal, la firma electrónica.

Integración con otros sistemas de información. Prescripción electrónica y gestión de turnos. La explotación de datos. Desafíos del desarrollo de la documentación digital.

Experiencias en Argentina: Hospital el Cruce de Florencio Varela, Hospital Italiano de Buenos Aires, SISA y el Registro Sanitario de la Provincia de Buenos Aires.

Bibliografía:

Unidad 1: Introducción

- INSALUD; “Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica “; Instituto Nacional de la Salud, Madrid, 2000
- López Yepes, José; “El concepto de ciencia de la documentación: unidad en la diversidad o diversidad en la unidad “; Escuela Universitaria de Biblioteconomía y Documentación Universidad Complutense de Madrid; 1996.
- López Yepes, José; “La documentación como disciplina. Teoría e historia“; Eunsa, Pamplona, 1995.
- Otlet, Paul; “El tratado de documentación: el libro sobre el libro: teoría y práctica“; Universidad de Murcia, 1996.
- Ros García, Juan; “El concepto de Documentación en la doctrina española “; Universidad de Murcia, Murcia, 2002.

Unidad 2: Sistema de información en nuestro país

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – Dirección de Estadísticas e Información de Salud – Programa Nacional de Estadísticas de Salud. “Sistema de Información de Salud” – Edición actualizada setiembre 2004 -Serie 1 Nº 13 – ISSN 0325-008, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, setiembre 2004.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – Módulo 6: Sistemas de Información en Salud. Programa Médicos Comunitarios – Enrique R. Soriano; Nélide H. Marconi; Carlos M. Jullia y Ot. Buenos Aires, Año 2006.
- Organización Panamericana de la Salud; “La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud“; OPS. Washington D.C., 2010. Capítulos 1, 2 y 3.
- Vilaca Mendes, E; “Las redes de atención de salud “; OPS. Brasilia, 2011. Capítulos 1 y 2.

Unidad 3: La información en el establecimiento de salud.

- Carreras Martín; “La Historia Clínica en la legislación argentina “; Asociación Argentina de Derecho Médico y Salud.
- Da Costa Carballo, Carlos Manuel; “Otros documentos: la historia clínica “; Servicio de Publicaciones U.C.M. Madrid. 1997
- Hospital de Basurto; “Reglamento de uso de la Historia Clínica “; País Vasco, 2003.
- Ley 26529: Derechos del paciente, Historia Clínica Y Consentimiento Informado.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires- Capacitación en Servicio Virtual para el personal de estadística del Sistema de Salud; “La organización y el circuito de las estadísticas en el Sistema de Salud de la provincia de Buenos Aires “; Módulo 1 Núcleo 2; La Plata, 2014.
- Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires- Capacitación en Servicio Virtual para el personal de estadística del Sistema de Salud; “Los formularios en los establecimientos de salud “; Módulo 2 Núcleo 2 y 3; La Plata, 2014.
- Ministerio de Salud Provincia de la Buenos Aires – Subsecretaría de Planificación de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación para la Salud. Dirección Provincial de Planificación de la Salud. Dirección de Información Sistematizada. SEDESA. Módulo 1: “El Registro del dato en la Estadística de Salud”. Buenos Aires. Año 2000.
- Ministerio de Salud Provincia de la Buenos Aires – Subsecretaría de Planificación de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación para la Salud. Dirección Provincial de Planificación de la

Salud. Dirección de Información Sistematizada. SEDESA. Módulo 2: “Los Formularios en la Atención del Paciente”. Buenos Aires. Año 2000.

- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – Dirección de Estadísticas e Información de Salud – Programa Nacional de Estadísticas de Salud. “Sistema de Información de Salud” – Edición actualizada setiembre 2004 -Serie 1 Nº 19 – ISSN 0325-0008, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junio 2005.

Unidad 4: Sistemas comunes de codificación y terminologías

- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, CIE 10 Volumen 1 y 3.
- Gómez Piqueras, Cristina; “Protección de datos e investigación médica “; Aranzadi. Pamplona, 2009.
- Javier Yetano Laguna, Eva Larraudogoitia Zaldumbide; “Documentación clínica. Aspectos legales y fuente de información para las bases de datos hospitalarias “; Revista Española de Cardiología Supl. 2007;7(C):2-11.
- Ley 26.529 Derechos del Usuario, Historia Clínica y Consentimiento informado.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – Dirección de Estadísticas e Información de Salud – Programa Nacional de Estadísticas de Salud - Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB) recomendados de Interés Jurisdiccional – Serie 1 Nº 14 – ISSN 0325-008, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, setiembre 2004.
- OPS, MSAL - Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE), Dirección de Estadísticas e Información de Salud; “Clasificación Internacional de Procedimientos en Medicina “; 2004.

Unidad 5: La informatización de la documentación sanitaria

- “El Sistema de Historia Clínica Digital del SNS”, Instituto de Información Sanitaria, España.
- Andrés Fernández, Enrique Oviedo: “Tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud: oportunidades y desafíos para reducir inequidades en América Latina y el Caribe”, CEPAL, Naciones Unidas; España, 2010
- Compilación Xunta de Galicia; “Historia Clínica Electrónica, Confidencialidad y Protección de la Información “; Escola Galega de Administración Sanitaria FEGAS. Santiago de Compostela, 2008
- Fernán González Bernaldo de Quirós, Daniel Luna, Analía Baum, Fernando Plazzotta, Carlos Otero, Sonia Benítez: “Incorporación de tecnologías de la información y de las comunicaciones en el Hospital Italiano de Buenos Aires”; CEPAL, Naciones Unidas
- Javier Carnicero Andrés Fernández; “Manual de salud electrónica para directivos de servicios y sistemas de salud “; CEPAL, Naciones Unidas; España, 2012
- José Priegue y Silvia Prieri; “Identificación y Análisis de los Sistemas de Información”, Unidad de Financiamiento Internacional (UFI) marzo 2014
- Ley provincial 14494: historia clínica electrónica.
- Mercedes Caridad Sebastián, Eva Ma Méndez Rodríguez y David Rodríguez Mateos : “La necesidad de políticas de información ante la nueva sociedad globalizada. El caso español”

Propuesta Pedagógico-Didáctica:

El dictado de la materia se llevará a cabo a partir de clases teóricas a cargo de los docentes, la propuesta de ejemplos disparadores y trabajos prácticos individuales y grupales.

Régimen de aprobación:

Para aprobar la asignatura el alumno deberá cumplimentar con el 75 % de asistencia a las clases y aprobar las evaluaciones previstas. La forma de evaluación consistirá en un parcial y un trabajo integrador final. Los sistemas de aprobación son los consignados en el Reglamento Académico de la Universidad Nacional Arturo Jauretche vigente aprobado por Resolución (R): 43/14. Esta asignatura puede aprobarse por promoción directa con nota final de cursada no menor a 7 (siete) puntos en las evaluaciones parciales o sus correspondientes recuperatorios con promedio igual o mayor a 7 (siete), y que no deberá haber obtenido una calificación menor a 6 (seis) en ninguno de los exámenes parciales.

En caso de haber aprobado ambos exámenes y de haber obtenido un promedio entre 4 (cuatro) y menos a 7 puntos (siete), el alumno habrá regularizado la materia sin promocionar, y deberá presentarse a una mesa examinadora final, una vez finalizado el cursado de la materia.