

CUALIFICACIÓN PROFESIONAL:

Documentación sanitaria

<i>Familia Profesional:</i>	Sanidad
<i>Nivel:</i>	3
<i>Código:</i>	SAN626_3
<i>Estado:</i>	BOE
<i>Publicación:</i>	RD 887/2011

Competencia general

Definir y organizar procesos de tratamiento de la información y de la documentación clínica; gestionar archivos clínicos; registrar y extraer datos para aplicar técnicas de gestión, evaluación y control de calidad de los sistemas de información; interpretar y codificar los datos de los documentos clínicos, y no clínicos, garantizando el cumplimiento de las normas de la Administración Sanitaria y de los sistemas de clasificación internacionales; intervenir en los procesos de gestión de pacientes en el sistema de salud; bajo la supervisión correspondiente.

Unidades de competencia

- UC2072_3:** Gestionar los archivos de documentación e historias clínicas.
- UC2073_3:** Desarrollar y normalizar el tratamiento documental y el sistema de información clínico-asistencial.
- UC2077_3:** Explotar datos clínicos y no clínicos para el sistema de información clínico-asistencial, el control de calidad y la investigación.
- UC2075_3:** Codificar los datos clínicos y no clínicos extraídos de la documentación sanitaria.
- UC2076_3:** Realizar procedimientos administrativo-clínicos en la gestión de pacientes de atención primaria y atención especializada.
- UC2074_3:** Extraer los términos clínicos y de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de la documentación clínica.

Entorno Profesional

Ámbito Profesional

Desarrolla su actividad profesional en el sector sanitario, en organismos e instituciones del ámbito público y en empresas privadas, en áreas de atención, gestión, control e investigación sanitaria. Actúa como trabajador o trabajadora dependiente en instituciones sanitarias, e independiente en el sector empresarial, pudiendo ser en organismos o instituciones de tamaño pequeño, mediano o grande. Su actividad profesional está sometida a regulación por la Administración competente.

Sectores Productivos

Se ubica en el sector sanitario en: Atención primaria y comunitaria: archivos, tratamiento documental y gestión de pacientes. Atención especializada (archivos, tratamiento documental y gestión de procesos administrativo clínicos): Servicio de admisión/recepción. Unidad de documentación y codificación. Unidad de información sanitaria. Archivo de historias clínicas y documentación sanitaria. Unidades de gestión hospitalaria: control y tratamiento documental. Servicios centrales de las instituciones sanitarias. Equipos epidemiológicos, de inspección y control de calidad, internos y externos. Otros

sectores: Compañías aseguradoras: codificación de diagnósticos y procedimientos. Empresas privadas de codificación, gestión, tratamiento documental y consultoras.

Ocupaciones y puestos de trabajo relevantes

Los términos de la siguiente relación de ocupaciones y puestos de trabajo se utilizan con carácter genérico y omnicomprendivo de mujeres y hombres.

- Técnico superior en documentación sanitaria
- Responsable técnico de codificación de documentación sanitaria
- Responsable técnico de archivos de historias clínicas
- Responsable técnico de tratamiento y diseño documental sanitario
- Responsable técnico de sistemas de información asistencial sanitaria
- Responsable técnico de evaluación y control de calidad de la prestación sanitaria
- Responsable técnico de gestión de procesos administrativo-clínicos

Formación Asociada (960 horas)

Módulos Formativos

MF2072_3: Organización de archivos clínicos. (120 horas)

MF2073_3: Tratamiento de la documentación clínica y sistemas de información asistencial. (120 horas)

MF2077_3: Explotación de bases de datos sanitarios. (120 horas)

MF2075_3: Codificación de datos clínicos y no clínicos. (240 horas)

MF2076_3: Sistema de gestión de pacientes en atención primaria y atención especializada. (120 horas)

MF2074_3: Extracción de los términos médicos de la documentación sanitaria. (240 horas)

UNIDAD DE COMPETENCIA 1

Gestionar los archivos de documentación e historias clínicas.

Nivel: 3
Código: UC2072_3
Estado: BOE

Realizaciones profesionales y criterios de realización

RP1: Seleccionar el modelo de archivo que optimice el tratamiento de la información y la utilización de los recursos, en el marco de los objetivos económicos asignados.

CR1.1 El método de archivado más adecuado se selecciona en cada caso, teniendo en cuenta el tipo de documento y necesidades de espacio del archivo.

CR1.2 Los métodos de reproducción se seleccionan según el tipo de documento y necesidades de archivado.

CR1.3 Las aplicaciones informáticas se adaptan para integrar la información de los registros necesarios en el archivo, en colaboración con los expertos informáticos.

CR1.4 Se realiza un informe-propuesta sobre el funcionamiento y adecuación de los procedimientos de circulación de las historias clínicas.

CR1.5 El manual de procedimiento interno del archivo de historias clínicas se actualiza según las necesidades funcionales del momento.

RP2: Distribuir y optimizar el espacio destinado al almacenamiento de historias clínicas.

CR2.1 El informe-propuesta sobre la determinación de la superficie del archivo se realiza teniendo en cuenta el estudio prospectivo de la superficie que va a requerir el archivo de historias clínicas, en el plazo que el centro estime oportuno.

CR2.2 Las historias clínicas se clasifican según criterios de utilización, estableciendo los procedimientos de gestión del archivo de historias activas y pasivas.

CR2.3 Las historias clínicas sin movimiento se seleccionan e incorporan al archivo pasivo, según los criterios fijados, en el plazo que cada centro estime oportuno.

CR2.4 Los registros informáticos se actualizan en relación a los movimientos de archivo.

RP3: Archivar historias clínicas y documentos anexos, aplicando la técnica idónea para los distintos tipos de documentos.

CR3.1 La numeración de las historias clínicas se realiza aplicando el modelo y la técnica establecida.

CR3.2 La ordenación de los documentos de la historia clínica, se realiza siguiendo los criterios establecidos en el reglamento del centro.

CR3.3 La reproducción de los documentos de la historia clínica se realiza según las distintas técnicas establecidas para cada tipo de documento.

CR3.4 Las historias clínicas y los documentos anexos se archivan, según los procedimientos establecidos.

CR3.5 Los registros informáticos y/o manuales de movimientos de historias clínicas se actualizan de acuerdo a las características de cada caso.

RP4: Controlar y evaluar el estado del archivo y el almacenamiento de las historias clínicas para su conservación, fiabilidad, validez y manejabilidad de los datos.

CR4.1 Las condiciones de seguridad contra incendios, prevención de hundimientos, iluminación, humedad y ventilación fijadas en la normativa de uso del archivo y conservación de historias clínicas, se reconocen y cumplen.

CR4.2 El Plan de Seguridad Informática para garantizar los datos almacenados, instaurando medidas que eviten la alteración, pérdida o anulación de los datos y su tratamiento o acceso no autorizado, se aplica teniendo en cuenta el estado actual de la tecnología informática, la naturaleza de los datos almacenados, los riesgos a los que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio natural.

CR4.3 Los muestreos periódicos de localización de historias clínicas se realizan para detectar errores de colocación evaluando la gestión del archivo.

CR4.4 El inventario, las existencias y el control de entradas y salidas, se supervisan para evaluar el grado de correspondencia con el estado actual del archivo.

CR4.5 La depuración de la base de datos se realiza, unificando las historias que se encuentren duplicadas.

RP5: Diligenciar la localización, el préstamo y la devolución de la historia clínica a las distintas unidades solicitantes, cumpliendo las normas de uso del archivo del centro.

CR5.1 La solicitud de historia clínica se verifica que ha sido realizada, cumpliendo los procedimientos normativos del archivo de historias clínicas.

CR5.2 El seguimiento de las historias perdidas se realiza según el método planificado en el archivo de historias clínicas.

CR5.3 Los préstamos de las historias clínicas se realizan, previo registro de salida, motivo y tipo de petición, unidad y persona solicitante, comprobando que las historias corresponden a las solicitadas.

CR5.4 La distribución de las historias solicitadas, tras su colocación en el medio de transporte utilizado en cada centro, se comprueba siguiendo las pautas de orden, tiempo, lugar y forma fijadas en la normativa del archivo.

CR5.5 La devolución de las historias al archivo, por las unidades solicitantes, se comprueba si se realiza en tiempo y forma, según las normas del archivo y se registran las entradas.

CR5.6 El estado de las historias clínicas recibidas se revisa comprobando que se hallan en perfecto orden y numeración de los documentos que incluye.

Contexto profesional

Medios de producción

Ordenadores. Software aplicado y bases de datos. Sistemas y soportes de registro manual e informático (Disco óptico, magnético, archivadores, ficha microfilm). Sistemas de microfilmado, digitalización y fotocopiado de documentación. Técnicas de archivo. Técnicas de control de documentación. Técnicas de microfilmado, escaneado y fotocopiado.

Productos y resultados

Modelos de archivo establecidos. Superficie de archivo evaluada. Archivo ordenado, actualizado. Calidad y seguridad del archivo controladas. Procedimientos de clasificación y actualización.

Información utilizada o generada

Manuales de funcionamiento interno del archivo y de circuitos de la documentación clínica. Plan de Seguridad Informática. Sistemas de clasificación. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

UNIDAD DE COMPETENCIA 2

Desarrollar y normalizar el tratamiento documental y el sistema de información clínico-asistencial.

Nivel: 3
Código: UC2073_3
Estado: BOE

Realizaciones profesionales y criterios de realización

RP1: Normalizar la documentación clínica general del centro sanitario, para su homogeneización, cumpliendo la normativa establecida por el centro o empresa sanitaria.

CR1.1 La documentación clínico-sanitaria del centro se recoge y cataloga para su posterior valoración.

CR1.2 La documentación recogida se analiza y valora teniendo en cuenta su adecuación a los modelos establecidos, de acuerdo con los criterios de la legislación vigente y la comisión de historias clínicas del centro.

CR1.3 Las correcciones necesarias se presentan para adecuar la documentación clínico-sanitaria a las normas legales y propuestas por los responsables de documentación, aprobados por la comisión de historias clínicas.

CR1.4 El catálogo documental del centro se realiza siguiendo las normas establecidas en la política documental.

RP2: Diseñar la documentación clínica necesaria para cumplir los objetivos operativos que se desprenden de su utilización.

CR2.1 Las propuestas de nuevos documentos solicitados por las distintas comisiones y servicios clínicos, se valoran aplicando la normativa existente y las instrucciones emitidas por el responsable de documentación clínica.

CR2.2 El modelo de un nuevo documento, o modificación de uno antiguo, se valora en la forma, tipo y otras características señaladas en los protocolos de diseño, manual de estilo y manual de procedimientos del centro y/o instituciones.

CR2.3 El nuevo modelo de documento, se diseña siguiendo los protocolos de diseño, manual de estilo y manual de procedimientos del centro.

CR2.4 La emisión piloto del nuevo documento se realiza tras su aprobación por la comisión de historias clínicas.

RP3: Evaluar la nueva documentación clínica para reconocer si cumple el objetivo que motivó su diseño y validarla en su caso.

CR3.1 La adecuación del nuevo documento se evalúa mediante la utilización de los protocolos de evaluación documental realizado previamente, tras un período de emisión piloto.

CR3.2 Los elementos anómalos detectados, se corrigen realizando una posterior reevaluación tras otra emisión piloto.

CR3.3 El documento definitivo se emite tras los ajustes necesarios y tras la reevaluación.

CR3.4 El catálogo documental del centro, se actualiza incluyendo el nuevo documento y/o la corrección del antiguo.

RP4: Intervenir, dentro de la unidad de documentación, en el proceso de tratamiento de la información, para su valoración y optimización.

CR4.1 El flujo de información entre las distintas unidades administrativas, clínicas y servicios generales de diagnóstico y tratamiento se analiza para su validación.

CR4.2 La utilidad de los documentos empleados en el proceso de información y comunicación se valora en virtud del circuito previsto, tipo y característica de los datos a transmitir.

CR4.3 Las medidas correctoras en los circuitos, procedimientos o documentos, se proponen con el fin de optimizar el flujo o tratamiento de la información.

CR4.4 La descripción, estructura y función de los circuitos se difunde a las distintas unidades y servicios para su conocimiento y cumplimiento.

RP5: Realizar los procedimientos necesarios para la normalización del sistema de información clínico-asistencial.

CR5.1 Los protocolos del centro se adaptan a la normativa estatal y autonómica sobre los requerimientos de información en los centros sanitarios.

CR5.2 Los métodos y formatos de peticiones de información para la gestión, estadísticas y cuadros de mando, se valoran siguiendo los protocolos vigentes.

CR5.3 La emisión de la información administrada se comprueba que se adecua a los protocolos establecidos.

CR5.4 La información clínico-asistencial se difunde a las distintas unidades y servicios siguiendo la política documental de la institución.

Contexto profesional

Medios de producción

Ordenadores. Software aplicado al diseño documental. Sistemas de diseño de formularios digitales. Documentación clínica y estadística.

Productos y resultados

Flujo de información analizado. Procesos de tratamiento de la información definidos. Documentación clínica definida y normalizada. Nuevos modelos de documentación adaptada a los objetivos. Catálogo documental realizado y actualizado. Sistema de información asistencial analizado y adaptado a la normativa vigente.

Información utilizada o generada

Manuales de uso y cumplimentación de historias clínicas. Plan de Seguridad Informática. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Comisiones clínicas. Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

UNIDAD DE COMPETENCIA 3

Explotar datos clínicos y no clínicos para el sistema de información clínico-asistencial, el control de calidad y la investigación.

Nivel: 3
Código: UC2077_3
Estado: BOE

Realizaciones profesionales y criterios de realización

- RP1:** Realizar el análisis de situación de los registros y bases de datos sanitarios para comprobar su validez.
- CR1.1** El control de calidad de los datos se realiza antes de proceder a la explotación de la base de datos.
 - CR1.2** La metodología para la evaluación y auditoría de los registros se selecciona siguiendo las directrices marcadas por el responsable de la unidad de documentación y la dirección del centro.
 - CR1.3** La auditoría se realiza siguiendo la sistemática definida.
 - CR1.4** El informe del análisis de situación se elabora según la estructura y criterios definidos, así como de acuerdo a oportunidades de mejora detectadas.
- RP2:** Seleccionar una muestra representativa de la base de datos sanitarios para su explotación.
- CR2.1** El número de historias clínicas a revisar se determina en función del tamaño de la base de datos siguiendo criterios estadístico-epidemiológicos.
 - CR2.2** Las historias clínicas utilizadas como muestra se seleccionan según la metodología definida en la auditoría.
 - CR2.3** La muestra seleccionada se valida identificando porcentaje y número de historias válidas sobre el total de la muestra.
 - CR2.4** Los controles periódicos de la base de datos se aplican para contrastar su coherencia con la documentación clínica.
- RP3:** Codificar nuevamente las historias clínicas extraídas para control de calidad, auditoría y extracción del peso de la casuística del hospital.
- CR3.1** Los registros de la base de datos se extraen del sistema informático.
 - CR3.2** Las historias clínicas extraídas se recodifican por un técnico diferente al que realizó la primera codificación.
 - CR3.3** La codificación resultante de la revisión se compara con la inicialmente asignada, para detectar y corregir desviaciones.
 - CR3.4** El origen, tipo y naturaleza de los errores detectados se determina para establecer las correcciones oportunas en el sistema.
 - CR3.5** Las bases de datos clínico-administrativas informatizadas se validan antes de proceder a su difusión.

RP4: Elaborar la información clínico-asistencial según las necesidades y demandas del centro.

CR4.1 La información clínico-asistencial necesaria se determina en función de la demanda, encuestas, o propuestas.

CR4.2 La información clínico-asistencial se elabora siguiendo los criterios y necesidades definidas para su difusión.

CR4.3 El análisis de la retro-información e información clínico-asistencial recibida se utiliza para corregir las posibles deficiencias de calidad en la información emitida.

CR4.4 La detección de oportunidades de mejora en la elaboración de la información clínico-asistencial se utiliza para maximizar el rendimiento y la calidad de los circuitos de información sanitaria y elaborar nuevos análisis.

Contexto profesional

Medios de producción

Historias clínicas. Documentación clínica general. Ordenador. Bases de datos. Soportes de registro manuales o soportes informáticos. Programas de validación del C.M.B.D. Paquetes estadísticos. Software de clasificación de pacientes.

Productos y resultados

Control de calidad de la base de datos. Explotación de la base de datos. Informes para la toma de decisiones.

Información utilizada o generada

Catálogo internacional de enfermedades. C.M.B.D. Manuales de estadística. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

UNIDAD DE COMPETENCIA 4

Codificar los datos clínicos y no clínicos extraídos de la documentación sanitaria.

Nivel: 3
Código: UC2075_3
Estado: BOE

Realizaciones profesionales y criterios de realización

RP1: Codificar las variables no clínicas del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D), (hospitalización, actividad ambulatoria y urgencias) y las añadidas por el centro o por las Comunidades Autónomas correspondientes siguiendo los manuales al uso en cada centro.

CR1.1 El listado de historias pendientes de codificación se obtiene del sistema informático, de acuerdo con el manual de procedimientos.

CR1.2 Las historias clínicas pendientes de codificación se solicitan a las distintas unidades o al propio archivo, de acuerdo con las normas de uso de la historia clínica.

CR1.3 Las variables no clínicas de la historia se extraen comprobando su adecuación a la normativa vigente.

CR1.4 Las variables no clínicas del C.M.B.D se codifican mediante los dígitos específicos asignados, de acuerdo con las definiciones y normativas.

CR1.5 Todos los datos no clínicos del C.M.B.D se introducen en el programa informático de base de datos, según los protocolos definidos.

RP2: Codificar diagnósticos, principal y secundarios, procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, según el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades - Modificación Clínica.

CR2.1 En cada diagnóstico se extrae el elemento clave: patología, adjetivo, nombre de la enfermedad, epónimo o causa de ingreso.

CR2.2 En cada diagnóstico se extraen los términos modificadores del término principal, no esenciales y esenciales: lugar anatómico, etiología, tipo clínico y términos que se encuentran bajo el término principal, siguiendo las instrucciones del orden alfabético en cuanto a referencias cruzadas, notas y códigos secundarios.

CR2.3 Los diagnósticos se codifican según el capítulo, sección, categoría, subcategoría y subclasificación de la Lista Tabular, asignando el/los códigos que mejor representan o mejor describen la expresión diagnóstica clasificada, de acuerdo a la clasificación de enfermedades y lesiones.

CR2.4 Los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos se codifican siguiendo la clasificación de procedimientos.

RP3: Codificar los efectos adversos producidos por drogas, así como el tipo de droga, diferenciando entre reacción adversa e intoxicación.

CR3.1 El efecto se identifica previamente como una reacción adversa o como una intoxicación y la circunstancia en que esta se ha producido.

- CR3.2** En caso de una intoxicación, se codifica según la tabla de drogas el envenenamiento y el código "E" que identifica la droga y la circunstancia en que se ha producido la intoxicación.
- CR3.3** La manifestación de la intoxicación se codifica como diagnóstico secundario.
- CR3.4** En el caso de reacción adversa, se codifica en primer término la manifestación de la misma, que corresponde al código principal.
- CR3.5** El fármaco causante de la reacción adversa se codifica con la columna de uso terapéutico de la tabla de drogas en los códigos "E".

RP4: Codificar neoplasias según las normas de la clasificación de enfermedades y el tipo histológico de las mismas.

- CR4.1** El término histológico principal en episodios tumorales se codifica según la clasificación de enfermedades, en el apartado de clasificación de neoplasias.
- CR4.2** Se codifica el término esencial que describe el lugar anatómico de la neoplasia.
- CR4.3** En los códigos asignados se verifica si especifican el lugar de origen, primario o secundario, la conducta maligna, benigna u otras y el tipo histológico de la neoplasia.

RP5: Codificar procedimientos obstétricos, enfermedades previas o relacionadas con el embarazo y posibles complicaciones obstétricas.

- CR5.1** Los procedimientos obstétricos normales se codifican siguiendo los manuales del centro e instituciones sanitarias.
- CR5.2** El episodio de cuidado en que se encuentra la paciente se codifica asignando el quinto dígito.
- CR5.3** Todas las enfermedades, previas o adquiridas durante el embarazo, que complicaron éste o agravaron su proceso, se codifican siguiendo los manuales del centro e instituciones sanitarias.
- CR5.4** Las complicaciones derivadas del aborto se codifican teniendo en cuenta si se han producido dentro del mismo ingreso o si la complicación ha dado lugar a un nuevo ingreso.

RP6: Codificar procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos.

- CR6.1** Las vías de acceso y cierre en un procedimiento quirúrgico se codifican en los casos en que la cirugía no haya incluido la vía o el cierre habitualmente utilizado.
- CR6.2** La endoscopia se codifica como código secundario, cuando el procedimiento realizado no contempla la misma.
- CR6.3** La biopsia realizada por endoscopia, la percutánea sin incisión y la biopsia por cepillado se codifica como cerrada.
- CR6.4** La biopsia realizada con propósito diagnóstico, así como la intraoperatoria se codifica como biopsia abierta.
- CR6.5** Los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, radiológicos, evaluaciones, entrevistas, consultas, radioterapia, extracciones y exámenes microscópicos, se codifican como misceláneos.
- CR6.6** Los procedimientos previstos y no realizados así como los incompletos se codifican con las normas específicas del centro.

Contexto profesional

Medios de producción

Informes de alta, historias clínicas, documentación sanitaria general, historia clínica electrónica, sistema internacional de clasificación de enfermedades, ordenador, programas informáticos de ayuda a la codificación, diccionarios médicos, Internet.

Productos y resultados

Registros codificados con los datos no clínicos del C.M.B.D. y los diagnósticos médicos, quirúrgicos, obstétricos, procedimientos terapéuticos, tumores, reacciones adversas e intoxicaciones.

Información utilizada o generada

Clasificación internacional de enfermedades, Conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.), manual de codificación del C.M.B.D., manuales y diccionarios de anatomía, fisiología, patología médica, quirúrgica, obstetricia y toxicología. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletines e instrucciones de las unidades de codificación del Ministerio de Sanidad y Consumo o propias de cada Comunidad Autónoma.

UNIDAD DE COMPETENCIA 5

Realizar procedimientos administrativo-clínicos en la gestión de pacientes de atención primaria y atención especializada.

Nivel: 3
Código: UC2076_3
Estado: BOE

Realizaciones profesionales y criterios de realización

- RP1:** Atender de forma correcta al público y a los pacientes en el entorno sanitario.
- CR1.1** La información proporcionada sobre el sistema organizativo, el tratamiento y actuaciones que se dispensa al usuario, en el primer contacto con el sistema, se orienta a la mejora del grado de satisfacción del usuario.
 - CR1.2** La información a los familiares y pacientes en el servicio de urgencias, como primer punto de contacto del usuario en situación crítica, se realiza según los protocolos establecidos y normas éticas de actuación.
 - CR1.3** La sistemática y pautas de comportamiento con el usuario en los servicios de admisión/recepción, explicando los trámites administrativo-clínicos, se adaptan a las características de los usuarios y sus necesidades reales.
 - CR1.4** La actuación profesional se adapta a la legislación vigente y los protocolos establecidos por el centro sanitario, en los aspectos de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- RP2:** Realizar la gestión de carácter administrativo-clínico correspondiente a la hospitalización de los pacientes dentro de un servicio de admisión/recepción.
- CR2.1** Los trámites administrativo-clínicos de los ingresos y altas hospitalarias se realizan según los criterios establecidos en el centro hospitalario.
 - CR2.2** Las derivaciones de pacientes a otros centros sanitarios, o la aceptación de canalizaciones de otros hospitales, se gestionan siguiendo los protocolos establecidos entre centros para la correcta coordinación de los traslados de pacientes.
 - CR2.3** El trámite para realizar un traslado en transporte sanitario se gestiona en coordinación con los servicios médicos para derivar los pacientes a otro centro o al propio domicilio del paciente siguiendo las indicaciones clínicas.
 - CR2.4** Los registros para facturación de los episodios de hospitalización se cumplimentan según las pautas definidas en el sistema de información económico-financiero.
- RP3:** Realizar la gestión de carácter administrativo-clínico correspondiente a urgencias dentro de un servicio de admisión/recepción.
- CR3.1** Los trámites administrativo-clínicos de los ingresos y altas en el servicio de urgencias se realizan según los criterios establecidos en el centro sanitario.
 - CR3.2** El trámite para realizar un traslado interno a una planta de hospitalización, o servicio clínico, desde el servicio de urgencias se gestiona en coordinación con el personal médico y de enfermería.

CR3.3 Los registros para facturación de los episodios de urgencias se cumplimentan según las pautas definidas en el sistema de información económico-financiero.

CR3.4 La documentación clínica y administrativa se trata según los circuitos establecidos y en coordinación con las unidades implicadas de documentación clínica y codificación.

RP4: Realizar la gestión de carácter administrativo-clínico correspondiente a consultas ambulatorias y/o pruebas diagnósticas y terapéuticas de los pacientes tanto en atención primaria como en atención especializada.

CR4.1 Los trámites administrativo-clínicos de la gestión de citas para las consultas ambulatorias, asistencia en el hospital de día, y realización de pruebas diagnósticas, se gestionan según los criterios establecidos en el centro sanitario.

CR4.2 Las agendas de los servicios médicos se coordinan con los recursos disponibles, para que la asistencia ofrecida a los pacientes se atenga a las normas del centro, optimizando la eficiencia del sistema.

CR4.3 Las derivaciones de pacientes para la realización de pruebas diagnósticas o terapéuticas extrahospitalarias se gestionan siguiendo los protocolos establecidos entre centros, para la correcta coordinación de la asistencia ofrecida a los pacientes.

CR4.4 Los registros administrativo-clínicos y estadísticos se cumplimentan según establece el sistema de información sanitario del centro.

Contexto profesional

Medios de producción

Ordenadores. Software específico de gestión de pacientes en un centro, manejo de los ficheros maestros de pacientes y de las bases de datos. Sistemas y soportes de registro manual e informático para registro de los episodios asistenciales y sistemas de registro de facturación de los episodios. Documentación clínico-administrativa específica para la gestión de cada procedimiento.

Productos y resultados

Mapa de distribución del recurso cama en el centro. Catálogo de gestiones de un servicio de admisión/recepción de pacientes en un centro sanitario. Técnicas de gestión de la documentación clínico-administrativa. Registros de episodios asistenciales. Orientación de trámites burocráticos. Procedimientos de clasificación de pacientes según registro de facturación. Técnicas de archivo de expedientes. Técnicas de control de episodios y movimientos de documentación.

Información utilizada o generada

Manuales de funcionamiento interno de los servicios de admisión/recepción y citaciones de los centros sanitarios. Normativa de gestión de la utilización de camas en el hospital. Reglamentos de utilización de documentación clínica y de circuitos de la documentación clínica. Mapas de referencias y catálogos de pruebas y servicios sanitarios. Plan de Seguridad Informática. Registro de facturación según clasificación de pacientes. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

UNIDAD DE COMPETENCIA 6

Extraer los términos clínicos y de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de la documentación clínica.

Nivel: 3
Código: UC2074_3
Estado: BOE

Realizaciones profesionales y criterios de realización

RP1: Identificar los diagnósticos y procedimientos médicos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.

CR1.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los diagnósticos médicos.

CR1.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos asignados.

CR1.3 El diagnóstico médico principal se identifica, entre todos los diagnósticos, comprobando que el diagnóstico seleccionado corresponde con el que originó el ingreso del paciente.

RP2: Identificar los diagnósticos y procedimientos quirúrgicos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.

CR2.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los diagnósticos quirúrgicos.

CR2.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos quirúrgicos.

CR2.3 Las complicaciones surgidas en el pre o postoperatorio se identifican, valorando la relación de estas con la intervención.

CR2.4 El diagnóstico quirúrgico principal se identifica entre los diagnósticos, comprobando que el diagnóstico seleccionado corresponde con el que originó el ingreso del paciente.

RP3: Identificar los diagnósticos y procedimientos obstétricos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.

CR3.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar todas las incidencias acaecidas durante el embarazo, el parto y el puerperio.

CR3.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los procedimientos obstétricos realizados.

CR3.3 El diagnóstico obstétrico se identifica entre todos los diagnósticos, comprobando si es o no el que corresponde con el que originó el ingreso de la paciente.

RP4: Identificar los diagnósticos y procedimientos oncológicos contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.

CR4.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar el término histológico principal en episodios tumorales.

CR4.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para obtener el término esencial que describe el lugar anatómico de la neoplasia.

CR4.3 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica, si fuera preciso, se revisan para obtener la naturaleza primaria o secundaria, la conducta de malignidad y/o benignidad y el tipo histológico de la neoplasia.

RP5: Identificar los procedimientos terapéuticos, no quirúrgicos, empleados en el tratamiento y/o rehabilitación del paciente, contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.

CR5.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar los procedimientos terapéuticos y/o quirúrgicos, su vía de acceso y cierre, si no están incluidos en el propio procedimiento quirúrgico.

CR5.2 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer otros procedimientos previstos y no realizados.

CR5.3 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer otros procedimientos iniciados y no concluidos.

CR5.4 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar y extraer los exámenes microscópicos clasificándolos por lugar anatómico e indicando el tipo de examen.

RP6: Identificar los efectos adversos producidos por drogas, diferenciando entre reacción adversa e intoxicación, contenidos en la documentación clínica referida a cada episodio asistencial.

CR6.1 El informe de alta y el resto de la documentación de la historia clínica se revisan para identificar posibles reacciones adversas y/o intoxicación.

CR6.2 En el caso de existencia de efectos adversos se diferencia, si se trata de una reacción adversa o de una intoxicación.

CR6.3 La circunstancia en que la reacción adversa se ha producido se clasifica entre las siguientes posibilidades: accidente, homicidio, intento de suicidio, uso terapéutico o indeterminado.

Contexto profesional

Medios de producción

Historias clínicas, sistema internacional de clasificación de enfermedades.

Productos y resultados

Identificación e indexación de los diagnósticos médicos, quirúrgicos, obstétricos, procedimientos terapéuticos, tumores, reacciones adversas e intoxicaciones.

Información utilizada o generada

Manuales de anatomía, fisiología, patología médica, quirúrgica, obstetricia y toxicología. Diccionarios médicos. Boletines de unidades técnicas de codificación. Normativa comunitaria, estatal y autonómica sobre: Ley General de Sanidad. Ordenación de las profesiones sanitarias. Protección de datos de carácter personal. La autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

MÓDULO FORMATIVO 1

Organización de archivos clínicos.

Nivel:	3
Código:	MF2072_3
Asociado a la UC:	UC2072_3 - Gestionar los archivos de documentación e historias clínicas.
Duración (horas):	120
Estado:	BOE

Capacidades y criterios de evaluación

- C1:** Analizar la estructura organizativa del sector sanitario y del ámbito concreto de trabajo.
- CE1.1** Definir los rasgos fundamentales del sistema sanitario en España señalando las particularidades del sistema público y privado de asistencia.
 - CE1.2** Describir el organigrama sanitario de centros tipo, tanto de atención primaria, como de atención especializada.
 - CE1.3** Describir las características del archivo de historias en los centros del sistema sanitario, analizando sus funciones y dependencias.
 - CE1.4** Analizar las analogías y diferencias entre archivos de historias clínicas y centros de documentación clínica.
- C2:** Describir tipos, estructura y funciones de un archivo de historias clínicas.
- CE2.1** Explicar los tipos de archivos clínicos y su utilidad.
 - CE2.2** Explicar los métodos de archivado de historias clínicas, relacionándolos con el tipo de documento y las necesidades de espacio.
 - CE2.3** Describir los equipos de archivado, sus características, ventajas e inconvenientes.
 - CE2.4** En un supuesto práctico: explicar las técnicas de archivado, digitalización y microfilmado de documentos.
 - CE2.5** En un supuesto práctico de organización de un archivo:
 - Identificar la documentación pasiva del archivo.
 - Determinar el crecimiento de historias clínicas en un año.
 - Evaluar y determinar las necesidades de espacio en el archivo.
 - Definir la planificación del archivo.
 - Seleccionar, aplicar y evaluar la calidad resultante de la técnica de archivado.
 - Recuperar un documento microfilmado o informatizado.
 - Representar una distribución en planta del archivo indicando las diversas áreas y el flujo de información.
 - CE2.6** Enumerar las funciones y competencias de este profesional sanitario en las diferentes secciones del archivo de historias clínicas o centro de documentación.
- C3:** Analizar los procesos realizados en un archivo de historias clínicas, relacionando sus métodos, fases y operaciones con los objetivos, variables y condiciones que permiten optimizar el flujo y determinar la situación de la información.

CE3.1 En un supuesto práctico: explicar los procesos de localización, préstamo, devolución, recuperación y archivado de historias clínicas.

CE3.2 Describir la normativa del archivo de historias clínicas.

CE3.3 Describir los criterios que permiten identificar la ubicación y estado real de una historia clínica.

CE3.4 En los supuestos prácticos de solicitud, préstamo, localización y archivado de historias clínicas:

- Determinar si las solicitudes de historias clínicas se han realizado según las condiciones preestablecidas.
- Seleccionar el procedimiento más adecuado de búsqueda y distribución de las historias clínicas.
- Identificar las historias clínicas que no han sido devueltas de acuerdo a la normativa y proceder según ésta determine.
- Clasificar las historias clínicas proporcionadas según el sistema de archivado convencional y dígito terminal.

C4: Examinar programas de calidad de gestión de archivos de un centro, seleccionando el protocolo a seguir en cada caso.

CE4.1 Explicar las características de un programa de calidad de archivos.

CE4.2 Enumerar los indicadores de calidad de archivos.

CE4.3 Describir los estándares de calidad de uso común en archivos clínicos.

CE4.4 Describir los criterios que permiten localizar errores en el archivado.

CE4.5 En un supuesto práctico de control de calidad de un archivo clínico debidamente caracterizado:

- Operar correctamente con un paquete informático para detectar duplicados de historias clínicas.
- Determinar cuáles son los errores más frecuentes.
- Obtener los indicadores que definen la calidad del archivo de historias clínicas.

C5: Manejar aplicaciones informáticas relacionadas con la gestión y archivos digitales de historias clínicas.

CE5.1 En un supuesto práctico de manejo de aplicaciones informáticas: explicar las diferentes utilidades de los sistemas informáticos de gestión y archivado de historias clínicas.

CE5.2 En un supuesto práctico de manejo de aplicaciones informáticas: describir los registros informáticos necesarios en la gestión de un archivo de historias clínicas.

CE5.3 En un supuesto práctico de manejo de aplicaciones informáticas: exponer los conceptos y las características de una historia clínica electrónica.

Capacidades cuya adquisición debe ser completada en un entorno real de trabajo

C2 respecto a CE2.4 y CE2.5; C3 respecto a CE3.1 y CE3.4; C4 respecto a CE4.5; C5 respecto a todos sus CE.

Otras Capacidades:

Responsabilizarse del trabajo que desarrolla y del cumplimiento de los objetivos.

Mostrar un buen hacer profesional.

Mantener el área de trabajo con el grado apropiado de orden y limpieza.

Demostrar cierto grado de autonomía en la resolución de contingencias relacionadas con su actividad.
Proponer alternativas con el objetivo de mejorar resultados.
Aprender nuevos conceptos o procedimientos y aprovechar eficazmente la formación utilizando los conocimientos adquiridos.
Demostrar interés por el conocimiento amplio de la organización y sus procesos.
Participar y colaborar activamente en el equipo de trabajo.
Comunicarse eficazmente con las personas adecuadas en cada momento, respetando los canales establecidos en la organización.
Compartir información con el equipo de trabajo.
Interpretar y ejecutar instrucciones de trabajo.
Transmitir información con claridad, de manera ordenada, estructurada, clara y precisa.
Adaptarse a situaciones o contextos nuevos.
Respetar los procedimientos y normas internas.

Contenidos

1 Organización sanitaria y legislación en el ámbito de la documentación sanitaria

Estructura del sistema sanitario público y privado en España.
Salud pública y comunitaria. Indicadores de salud.
Conceptos fundamentales de economía sanitaria aplicada al archivo de historias clínicas.
Legislación vigente aplicada al ámbito de archivo de historias clínicas.

2 Estructura y características de los archivos de historias clínicas

Características generales de los archivos documentales.
Características específicas de los archivos de historias clínicas: estructura, distribución y localización. Características dependientes del volumen y uso del archivo. Dependencias básicas y sus funciones. Disponibilidad y restricciones de acceso. Relaciones con el resto de las instalaciones sanitarias.

3 Tipos de archivos de historias clínicas

Clasificación y características de los archivos de historias clínicas según: ubicación (centrales, periféricos y distribuidos), actividad (activos, pasivos e intermedios), localización (internos y externos), temporalidad (permanentes y temporales).
Sistemas de clasificación: alfabético, numérico, cronológico, temático, geográfico, cromático, mixto y otros.

4 Recursos de un archivo de historias clínicas

Recursos materiales: características y tipos de materiales necesarios para los documentos y contenedores de la historia clínica.
Sistemas para el archivado de historias clínicas y su adaptación a cada tipo de documento y archivo.
Características y tipos de accesorios destinados a la movilidad de la historia clínica.
Material para la reproducción documental.
Herramientas y materiales para el archivado alternativo de los documentos de la historia clínica: microfilmación, digitalización y otros. Material y sistemas de seguridad.
Recursos humanos.

5 Seguridad de archivos clínicos

Elementos y sistemas de seguridad física en los archivos de historias clínicas.
Seguridad de la información contenida en la historia clínica.
Confidencialidad y secreto profesional.
Normativa vigente.

6 Gestión del archivo de historias clínicas

Planificación de un archivo de historias clínicas: localización, estimación del espacio necesario, determinación del modelo de almacenamiento y archivado, distribución y estructuras anejas,

funcionamiento, horarios y ocupaciones del personal y otros.
Modalidad, finalidad y criterios de la numeración de las historias clínicas.
Documentación activa y pasiva: normativas y criterios.
Operaciones realizadas sobre la historia clínica: apertura, recepción, archivado, localización, préstamo, consulta, clasificación, expurgo y depuraciones. Normativa en cada caso.
Procedimientos de control en la gestión de un archivo de historias clínicas: registros manuales e informáticos, documentos de identificación, formularios de peticiones, fichas de archivo, hojas de ruta, hojas de revisión, hojas de reparto y otros.
Custodias especiales.
Manejo y control del software y equipos informáticos del archivo de historias clínicas.

7 Técnicas alternativas de archivado, reproducción, reconstrucción, comunicación y consulta de documentos de la historia clínica

Digitalización, microfilmación y fotocopiado.
Sistemas de archivado de historias clínicas electrónica: centralizado, distribuido y mixto.
Redes de área extensa en el mantenimiento y consulta de historias clínicas: internet, intranet y red privada virtual.

8 Control de calidad en archivos clínicos

Índices utilizados en el archivo de historias clínicas.
Censos habituales en el archivo de historias clínicas.
Auditorías internas y externas del archivo de historias clínicas.
Protocolos de control de calidad más utilizados.
Normativa general y comunitaria.

9 Normativa de riesgos laborales y medioambientales

Aplicación según género (mujer y hombre).

Parámetros de contexto de la formación

Espacios e instalaciones

Aula polivalente de un mínimo de 2 m² por alumno o alumna.

Aula técnica de 45 m²

Perfil profesional del formador o formadora:

1. Dominio de los conocimientos y las técnicas relacionados con la gestión de archivos de documentación e historias clínicas, que se acreditará mediante una de las formas siguientes:

- Formación académica de Licenciado/a, titulación de grado equivalente o de otras de superior nivel relacionadas con este campo profesional.

- Experiencia profesional de un mínimo de 3 años en el campo de las competencias relacionadas con este módulo formativo.

2. Competencia pedagógica acreditada de acuerdo con lo que establezcan las Administraciones competentes.

MÓDULO FORMATIVO 2

Tratamiento de la documentación clínica y sistemas de información asistencial.

Nivel:	3
Código:	MF2073_3
Asociado a la UC:	UC2073_3 - Desarrollar y normalizar el tratamiento documental y el sistema de información clínico-asistencial.
Duración (horas):	120
Estado:	BOE

Capacidades y criterios de evaluación

- C1:** Analizar las necesidades documentales de un centro sanitario.
- CE1.1** Describir los tipos y funciones de los documentos de uso común en centros sanitarios.
 - CE1.2** Definir las funciones y tipos de historias clínicas, documentos propios y asociados.
 - CE1.3** Explicar las características de los documentos con regulación normativa: informe clínico de alta, consentimientos informados y documento de instrucciones previas.
 - CE1.4** Valorar el grado de cumplimiento normativo de los documentos regulados legalmente: informe clínico de alta, consentimiento informado y documento de instrucciones previas.
 - CE1.5** Describir las características, composición y funciones del catálogo documental de un centro sanitario.
- C2:** Diseñar y elaborar documentos sanitarios de forma estructurada.
- CE2.1** Describir los principios generales de la normalización documental.
 - CE2.2** Describir las técnicas de diseño documental y sus aplicaciones.
 - CE2.3** Explicar la optimización de consumos y costes de la documentación.
 - CE2.4** En un supuesto práctico de diseño documental:
 - Realizar un diseño estructurado de un documento de la historia clínica.
 - Analizar y corregir las deficiencias de un documento real.
 - Comprobar que un documento se adapta a la normativa sanitaria y del centro.
 - Transformar un documento de soporte papel a soporte digital.
 - Realizar la documentación descriptiva asociada al documento diseñado para ser incluido en el catálogo documental.
- C3:** Evaluar la calidad de una documentación clínica para optimizar su funcionalidad y normalización.
- CE3.1** Describir los métodos de evaluación documental, explicando sus características, ventajas y limitaciones.
 - CE3.2** Valorar los estudios realizados: encuestas, estudios de satisfacción, y obtener las conclusiones oportunas.
 - CE3.3** Comprobar los aspectos formales de un documento.
 - CE3.4** Analizar el grado de cumplimentación de la documentación.
 - CE3.5** En un supuesto práctico debidamente caracterizado de evaluación documental:
 - Elaborar un protocolo de evaluación formal del documento.
 - Aplicar el protocolo realizado.

- Evaluar el protocolo y definir las oportunidades de mejora.

C4: Analizar el proceso de tratamiento de la información en un sistema de información sanitario.

- CE4.1** Describir las características generales de la política documental de un centro sanitario.
- CE4.2** Enumerar las características generales de un sistema de información asistencial.
- CE4.3** Identificar los tipos documentales que contienen la información fundamental del sistema de información.
- CE4.4** Explicar los flujos de información, canales y circuitos del sistema de información.
- CE4.5** Optimizar los procesos y el tratamiento de la información sanitaria.
- CE4.6** Describir los sistemas de información para la gestión en atención primaria y atención especializada.

Capacidades cuya adquisición debe ser completada en un entorno real de trabajo

C2 respecto a CE2.4; C3 respecto a CE3.5; C4 respecto a CE4.3, CE4.4 y CE4.5.

Otras Capacidades:

Responsabilizarse del trabajo que desarrolla y del cumplimiento de los objetivos.

Demostrar un buen hacer profesional.

Utilizar correctamente los sistemas informáticos propios.

Mantener el área de trabajo con el grado apropiado de orden y limpieza.

Demostrar cierto grado de autonomía en la resolución de contingencias relacionadas con su actividad.

Proponer alternativas con el objetivo de mejorar resultados.

Aprender nuevos conceptos o procedimientos y aprovechar eficazmente la formación utilizando los conocimientos adquiridos.

Demostrar interés por el conocimiento amplio de la organización y sus procesos.

Participar y colaborar activamente en el equipo de trabajo.

Comunicarse eficazmente con las personas adecuadas en cada momento, respetando los canales establecidos en la organización.

Compartir información con el equipo de trabajo.

Interpretar y ejecutar instrucciones de trabajo.

Transmitir información con claridad, de manera ordenada, estructurada, clara y precisa.

Adaptarse a situaciones o contextos nuevos.

Respetar los procedimientos y normas internas.

Contenidos

1 Documentación en el entorno sanitario

Documentación general: Tipos de documentación. Partes de la documentación. Documentación científico-sanitaria.
Documentación sanitaria: administrativa y asistencial.
Características de los distintos tipos de documentación.
Documento en sanidad: Tipos de documentos: según su naturaleza y su contenido. Características de los documentos: administrativos y asistenciales.

2 Historia clínica desde el punto de vista documental

Características documentales, funciones y usuarios de la historia clínica.
Requisitos legales y normativos de la historia clínica.
Tipos y características de historia clínica: Historia clínica orientada a la fuente. Historia clínica orientada por problemas. Historia clínica orientada a la

decisión. Historia clínica electrónica. Historia clínica de salud laboral.
Aspectos particulares de la normalización de los documentos de la historia clínica.
Reglamento de uso y cumplimentación de la historia clínica.
Estudio de la estructura y bloques de contenidos documentales de una historia clínica orientada a la fuente.
Documentos en soportes distintos al papel: placas radiológicas, vídeos y otros.
Documentos específicos: Informe clínico de alta. Consentimiento Informado. Instrucciones previas.
Catálogo documental de un hospital: contenido y funcionamiento.

3 Diseño de documentos clínico-asistenciales

Normalización documental: de la estructura y del contenido.
Análisis de los contenidos de un documento.
Elementos de un documento: Texto (tipografía, tipometría). Gráficos (logotipos, cajas, filetes, bigotes y otros). Ordenación de los elementos de un documento.
Líneas y guías para diseño de documentos clínicos.
Tratamiento de gráficos informáticos.
Aplicaciones informáticas de diseño gráfico.

4 Evaluación de la documentación clínica

Gestión de calidad.
Programas de control y evaluación de calidad.
Diseño de un estudio de control de calidad: Identificación de un problema. Elaboración de criterios o estándares. Diseño del estudio de calidad. Evaluación de la calidad. Propuestas de medidas correctoras. Ejecución de las propuestas. Reevaluación del estudio.
Metodología de encuestas. Tipos.
Metodologías para el diseño de protocolos en control de calidad.
Métodos de control de calidad documental: Control cuantitativo. Control cualitativo.
Control de calidad de la historia clínica.

5 Sistemas de información sanitaria

Sistemas de información sanitaria: estructura, funciones.
Normativa de los sistemas de información.
Circuitos y flujo de la información.
Cuadro de mandos del sistema de información.
Aspectos particulares de los sistemas de información.
Política documental.

6 Registros y sistema de información en atención primaria

Registros y documentos utilizados en atención primaria.
Indicadores y tasas utilizadas para la gestión en atención primaria.
Sistema de información para la gestión en atención primaria (SIGAP).
Historia clínica electrónica en atención primaria.

7 Registros y sistema de información en atención especializada

Registros y documentos utilizados en atención especializada.
Indicadores y tasas utilizadas para la gestión en atención especializada.
Sistema de información para la gestión en atención especializada (SIGAE).
Historia clínica electrónica en atención especializada.

8 Comisión de Historias Clínicas de los hospitales

Estatutos.
Composición.
Reglamento de funcionamiento.

9 Normativa de riesgos laborales y medioambientales

Aplicación según género (mujer y hombre).

Parámetros de contexto de la formación

Espacios e instalaciones

Aula polivalente de un mínimo de 2 m² por alumno o alumna.

Aula técnica de 45 m²

Perfil profesional del formador o formadora:

1. Dominio de los conocimientos y las técnicas relacionados con el desarrollo y normalización del tratamiento documental y el sistema de información clínico-asistencial, que se acreditará mediante una de las formas siguientes:

- Formación académica de Licenciado/a, titulación de grado equivalente o de otras de superior nivel relacionadas con este campo profesional.
- Experiencia profesional de un mínimo de 3 años en el campo de las competencias relacionadas con este módulo formativo.

2. Competencia pedagógica acreditada de acuerdo con lo que establezcan las Administraciones competentes.

MÓDULO FORMATIVO 3

Explotación de bases de datos sanitarios.

Nivel:	3
Código:	MF2077_3
Asociado a la UC:	UC2077_3 - Explotar datos clínicos y no clínicos para el sistema de información clínico-asistencial, el control de calidad y la investigación.
Duración (horas):	120
Estado:	BOE

Capacidades y criterios de evaluación

- C1:** Desarrollar análisis bioestadísticos básicos, aplicando herramientas informáticas para la explotación de bases de datos clínicas.
- CE1.1** Explicar los elementos básicos necesarios para el análisis estadístico descriptivo de los datos clínico-asistenciales.
 - CE1.2** Utilizar las herramientas informáticas de uso común en la explotación de bases de datos.
 - CE1.3** Describir las características básicas de las bases de datos sanitarias.
 - CE1.4** Describir las técnicas para la elaboración y presentación de informes y cuadros de mandos.
 - CE1.5** En un supuesto práctico: crear una base de datos sanitaria determinando las fuentes de información necesarias, el tamaño y tipo de la muestra.
 - CE1.6** Planificar la base de datos informática para su explotación posterior, creando los objetos de la base de datos planificada, tablas, formularios, gráficos e informes.
- C2:** Analizar sistemas de información clínico-asistencial para su explotación.
- CE2.1** Analizar las características de datos clínicos y demográficos disponibles.
 - CE2.2** Evaluar la calidad e integridad de datos en bases de datos clínicas.
 - CE2.3** Enumerar errores más comunes que se detectan en los registros clínicos.
 - CE2.4** Depurar las bases de datos utilizadas.
 - CE2.5** Definir la metodología utilizada en el análisis de los datos clínicos y demográficos.
 - CE2.6** Enumerar los indicadores, índices, tasas y definir un cuadro de mando.
- C3:** Analizar información correspondiente al Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
- CE3.1** Describir el CMBD como sistema de información clínico-asistencial.
 - CE3.2** En un supuesto práctico: realizar un control de calidad de las variables clínicas y no clínicas del CMBD.
 - CE3.3** Definir los objetivos del estudio a realizar sobre los datos del CMBD.
 - CE3.4** Explotar las variables seleccionadas para obtener los indicadores definidos.
 - CE3.5** Comunicar y difundir la información analizada.
 - CE3.6** Ante un supuesto práctico de análisis del CMBD:
 - Calcular la estancia media de un servicio y su distribución según el sexo.

- Determinar las características demográficas de la población afecta de una determinada patología.
- Enumerar los procedimientos quirúrgicos de un servicio determinado.
- Determinar los literales correspondientes a las patologías con mayor estancia hospitalaria.

C4: Agrupar información clínica según los sistemas de clasificación de pacientes.

CE4.1 Describir las características y funciones de un sistema de agrupación de pacientes.

CE4.2 Explicar los distintos sistemas de clasificación de pacientes.

CE4.3 Analizar la actividad asistencial y el producto sanitario a través de los sistemas de clasificación de pacientes.

Capacidades cuya adquisición debe ser completada en un entorno real de trabajo

C2 respecto a CE2.1, CE2.2, CE2.3 y CE2.4; C3 respecto a CE3.2, CE3.3, CE3.4, CE3.5 y CE3.6; C4 respecto a todos sus CE.

Otras Capacidades:

Responsabilizarse del trabajo que desarrolla y del cumplimiento de los objetivos.

Utilizar correctamente los sistemas informáticos propios.

Mantener el área de trabajo con el grado apropiado de orden y limpieza.

Demostrar cierto grado de autonomía en la resolución de contingencias relacionadas con su actividad.

Proponer alternativas con el objetivo de mejorar resultados.

Aprender nuevos conceptos o procedimientos y aprovechar eficazmente la formación utilizando los conocimientos adquiridos.

Demostrar interés por el conocimiento amplio de la organización y sus procesos.

Participar y colaborar activamente en el equipo de trabajo.

Comunicarse eficazmente con las personas adecuadas en cada momento, respetando los canales establecidos en la organización.

Compartir información con el equipo de trabajo.

Interpretar y ejecutar instrucciones de trabajo.

Transmitir información con claridad, de manera ordenada, estructurada, clara y precisa.

Adaptarse a situaciones o contextos nuevos.

Respetar los procedimientos y normas internas.

Contenidos

1 Herramientas informáticas para el tratamiento estadístico de datos clínicos

Estadística descriptiva básica.
Hojas de cálculo y su aplicación a la estadística.
Software específico para el cálculo de parámetros estadísticos.
Creación y presentación de gráficas e informes estadísticos.

2 Bases de datos sanitarias

Conceptos generales y características y tipos de bases de datos.
Elementos básicos de las bases de datos relacionales.
Líneas fundamentales para el diseño de bases de datos.
Gestores de bases de datos.
Aplicaciones específicas para el registro y explotación de datos clínico-asistenciales.
Características de los datos utilizados en las bases de datos sanitarias.
Control de calidad de las bases e datos sanitarios.

3 Explotación de las bases de datos para el sistema de información asistencial

Descripción de los elementos de un sistema de información clínico-asistencial.
Indicadores, índices, tasas, cuadros de mando, norma y estándar.
Aplicación de las nuevas tecnologías orientadas a la presentación y difusión de resultados.

4 Conjunto Mínimo Básico de Datos

Composición y características del CMBD, nacional, autonómico y hospitalario.
Descripción de las variables no clínicas del CMBD.
Descripción de las variables clínicas del CMBD.
Utilidades del CMBD y su integración como sistema de información para la gestión clínico-asistencial y administrativa.
Explotación de los datos del CMBD con herramientas informáticas.
Elaboración de cuadros de mando y difusión de la información.

5 Sistemas de clasificación de pacientes

Fundamentos, características y necesidad de los sistemas de clasificación de pacientes.
Modelos de clasificación de pacientes.
Aplicación de los sistemas de clasificación de pacientes en la gestión sanitaria.

6 Normativa de riesgos laborales y medioambientales

Aplicación según género (mujer y hombre).

Parámetros de contexto de la formación

Espacios e instalaciones

Aula polivalente de un mínimo de 2 m² por alumno o alumna.

Aula técnica de 45 m²

Perfil profesional del formador o formadora:

1. Dominio de los conocimientos y las técnicas relacionados con la explotación de datos clínicos y no clínicos para el sistema de información clínico asistencial, el control de calidad y la investigación, que se acreditará mediante una de las formas siguientes:

- Formación académica de Licenciado/a, titulación de grado equivalente o de otras de superior nivel relacionadas con este campo profesional.
- Experiencia profesional de un mínimo de 3 años en el campo de las competencias relacionadas con este módulo formativo.

2. Competencia pedagógica acreditada de acuerdo con lo que establezcan las Administraciones competentes.

MÓDULO FORMATIVO 4

Codificación de datos clínicos y no clínicos.

Nivel:	3
Código:	MF2075_3
Asociado a la UC:	UC2075_3 - Codificar los datos clínicos y no clínicos extraídos de la documentación sanitaria.
Duración (horas):	240
Estado:	BOE

Capacidades y criterios de evaluación

C1: Analizar, clasificar y codificar información no clínica del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

CE1.1 Explicar el concepto, fundamento, utilidad y aplicaciones de la codificación.

CE1.2 Describir y clasificar las variables no clínica correspondientes al CMBD.

CE1.3 Codificar las variables no clínicas del CMBD según la normativa vigente.

CE1.4 Registrar las variables no clínicas del CMBD en el sistema informático.

C2: Analizar y clasificar información clínica para su codificación.

CE2.1 Describir e identificar los criterios que determinan:

- el diagnóstico principal.
- los diagnósticos secundarios, anatomopatológicos y otros diagnósticos.
- el procedimiento principal.
- otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

CE2.2 Explicar las características que define la comorbilidad, complicación, antecedente personal y antecedente familiar.

CE2.3 En un informe clínico de alta, indicar el motivo de ingreso, el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios, los procedimientos diagnósticos y los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos.

C3: Codificar datos clínicos según criterios establecidos.

CE3.1 Explicar los sistemas de clasificación de enfermedades y lesiones, su estructura y principales características.

CE3.2 Describir la metodología y proceso básico de la codificación de diagnósticos y procedimientos según el sistema de clasificación establecido.

CE3.3 Explicar las normas específicas de codificación de:

- tumores, embarazo, parto y puerperio.
- secuelas y complicaciones.
- causas externas de lesiones y envenenamiento y factores que influyen en el estado de salud.

CE3.4 Utilizar sistemas informáticos de ayuda a la codificación.

CE3.5 En la documentación clínica de un episodio: codificar correctamente el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios, los procedimientos diagnósticos, los procedimientos quirúrgicos y terapéuticos.

Capacidades cuya adquisición debe ser completada en un entorno real de trabajo

C2 respecto a CE2.3; C3 respecto a CE3.4 y CE3.5.

Otras Capacidades:

Responsabilizarse del trabajo que desarrolla y del cumplimiento de los objetivos.

Demostrar un buen hacer profesional.

Utilizar correctamente los sistemas informáticos propios.

Mantener el área de trabajo con el grado apropiado de orden y limpieza.

Demostrar cierto grado de autonomía en la resolución de contingencias relacionadas con su actividad.

Proponer alternativas con el objetivo de mejorar resultados.

Aprender nuevos conceptos o procedimientos y aprovechar eficazmente la formación utilizando los conocimientos adquiridos.

Demostrar interés por el conocimiento amplio de la organización y sus procesos.

Participar y colaborar activamente en el equipo de trabajo.

Comunicarse eficazmente con las personas adecuadas en cada momento, respetando los canales establecidos en la organización.

Compartir información con el equipo de trabajo.

Interpretar y ejecutar instrucciones de trabajo.

Transmitir información con claridad, de manera ordenada, estructurada, clara y precisa.

Adaptarse a situaciones o contextos nuevos.

Respetar los procedimientos y normas internas.

Contenidos

1 Sistemas de clasificación de enfermedades

Fundamentos, características y necesidad de los sistemas de clasificación y codificación de enfermedades.
Sistemas de clasificación de enfermedades y lesiones utilizados en atención primaria y especializada: Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica (CIEMC), en las revisiones utilizadas en el momento. Clasificación de Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones de médicos generales y médicos de familia (WONCA). Otros sistemas de clasificación de enfermedades.

2 Normas generales de codificación con la Clasificación Internacional de Enfermedades Modificación Clínica en su edición vigente (CIEMC)

Criterios que definen el motivo de ingreso, diagnóstico principal, diagnóstico secundario, anatomopatológico y otros.
Criterios que definen el procedimiento principal, procedimientos secundarios.
Criterios que definen la comorbilidad, complicaciones, antecedentes personales y familiares.
Características y estructura de la clasificación de enfermedades.
Normas básicas de codificación de diagnósticos y procedimientos.
Normas específicas de codificación: embarazo, parto y puerperio; tumores; secuelas y complicaciones.
Normas de codificación para causas externas de lesiones y envenenamiento.
Normas de codificación para factores que influyen en el estado de salud.

3 Normativa sobre codificación

Legislación vigente: estatal y autonómica.
Utilización de guías de codificación.
Manejo de boletines de codificación.

4 Normativa de riesgos laborales y medioambientales

Aplicación según género (mujer y hombre).

Parámetros de contexto de la formación

Espacios e instalaciones

Aula polivalente de un mínimo de 2 m² por alumno o alumna.

Aula técnica de 45 m²

Perfil profesional del formador o formadora:

1. Dominio de los conocimientos y las técnicas relacionados con la codificación de los datos clínicos y no clínicos extraídos de la documentación sanitaria, que se acreditará mediante una de las formas siguientes:

- Formación académica de Licenciado/a, titulación de grado equivalente o de otras de superior nivel relacionadas con este campo profesional.
- Experiencia profesional de un mínimo de 3 años en el campo de las competencias relacionadas con este módulo formativo.

2. Competencia pedagógica acreditada de acuerdo con lo que establezcan las Administraciones competentes.

MÓDULO FORMATIVO 5

Sistema de gestión de pacientes en atención primaria y atención especializada.

Nivel:	3
Código:	MF2076_3
Asociado a la UC:	UC2076_3 - Realizar procedimientos administrativo-clínicos en la gestión de pacientes de atención primaria y atención especializada.
Duración (horas):	120
Estado:	BOE

Capacidades y criterios de evaluación

- C1:** Determinar operaciones para una gestión de camas del centro hospitalario.
- CE1.1** Explicar las políticas de ingreso en los centros sanitarios y las normativas correspondientes.
 - CE1.2** Actualizar el registro de situación de camas utilizando una aplicación informática implantada en un centro hospitalario.
 - CE1.3** Indicar los procedimientos para asignar y coordinar el recurso cama siguiendo los criterios definidos por la dirección.
 - CE1.4** Enumerar los procedimientos de coordinación entre las intervenciones quirúrgicas programadas, ingresos procedentes del servicio de urgencias y los recursos de camas disponibles.
 - CE1.5** Obtener los resultados de la explotación de datos sobre ocupación y asignación del recurso cama en el hospital.
- C2:** Aplicar procedimientos y desarrollar una gestión administrativo-clínica de ingresos y altas de pacientes en un área de hospitalización y urgencias.
- CE2.1** Explicar los trámites que se realizan en un ingreso de pacientes en el área de hospitalización.
 - CE2.2** Emplear la aplicación informática para introducir los datos de filiación de pacientes y apertura de historia clínica en su caso.
 - CE2.3** Enumerar los trámites a efectuar en caso de alta hospitalaria en coordinación con los distintas plantas de hospitalización.
 - CE2.4** Enumerar los trámites a realizar en caso de ingreso y alta en el servicio de urgencias, registrando los datos de filiación y apertura de la documentación clínica.
- C3:** Definir el proceso de tramitación para canalizaciones de pruebas y tratamientos fuera de un hospital y recepción de las entrantes.
- CE3.1** Explicar los trámites de recepción de solicitudes de pruebas y tratamientos procedentes de los distintos servicios, dirigidas a otros centros hospitalarios, actualizando los registros informáticos.
 - CE3.2** Explicar los trámites para la gestión de las solicitudes con los centros hospitalarios según la normativa establecida y el mapa de hospitales de referencia.
 - CE3.3** Enumerar los trámites para coordinar la citación de un hospital y proporcionar la documentación clínica necesaria.

CE3.4 Enumerar los trámites para coordinar las derivaciones recibidas en el hospital con los servicios clínicos y gestión de la citación.

CE3.5 Aplicar los recursos para la explotación de los registros relacionados.

C4: Definir el proceso de tramitación para la gestión del transporte sanitario y otras prestaciones.

CE4.1 Enumerar los trámites para coordinar recursos disponibles de transporte sanitario y necesidades clínicas demandantes.

CE4.2 Indicar la documentación administrativo-clínica adecuada para el traslado o recepción de pacientes en transporte sanitario.

CE4.3 Indicar los protocolos para gestionar las prestaciones asistenciales complementarias: oxigenoterapia y aerosolterapia, según la normativa establecida.

CE4.4 En un supuesto práctico de gestión de transporte sanitario:

- Coordinar los recursos disponibles de transporte sanitario y las necesidades clínicas demandantes.
- Generar la documentación administrativo-clínica adecuada para el traslado o recepción de pacientes en transporte sanitario.
- Gestionar las prestaciones asistenciales complementarias: oxigenoterapia y aerosolterapia, según la normativa establecida.

C5: Definir el proceso para realizar citaciones en la actividad ambulatoria y pruebas diagnósticas.

CE5.1 Establecer los trámites para la citación de los pacientes en las agendas establecidas para las consultas ambulatorias registrando la información para su correcta programación.

CE5.2 Enumerar los trámites necesarios para una correcta coordinación de la citación de la actividad ambulatoria en el propio centro y con otros centros, proporcionando la documentación clínica necesaria.

CE5.3 Explicar los procedimientos de coordinación en las derivaciones ambulatorias recibidas en el hospital procedentes de otros centros.

CE5.4 Elaborar informes y estadísticas de la actividad ambulatoria siguiendo la metodología establecida.

CE5.5 En un supuesto práctico de citaciones en la actividad ambulatoria y pruebas diagnósticas:

- Realizar los trámites para la citación de pacientes para las consultas ambulatorias y registrar la información en las agendas de los servicios para su correcta programación.
- Coordinar la citación de la actividad ambulatoria en el propio centro y con otros centros, proporcionando la documentación clínica necesaria.
- Coordinar las derivaciones ambulatorias recibidas en el hospital, procedentes de otros centros.
- Elaborar informes y estadísticas de la actividad ambulatoria siguiendo la metodología establecida.

Capacidades cuya adquisición debe ser completada en un entorno real de trabajo

C1 respecto a CE1.2, CE1.4 y CE1.5; C2 respecto a todos sus CE; C3 respecto a CE3.5; C4 respecto a CE4.4; C5 respecto a CE5.5.

Otras Capacidades:

Responsabilizarse del trabajo que desarrolla y del cumplimiento de los objetivos.
Demostrar un buen hacer profesional.
Utilizar correctamente los sistemas informáticos propios.
Mantener el área de trabajo con el grado apropiado de orden y limpieza.
Demostrar cierto grado de autonomía en la resolución de contingencias relacionadas con su actividad.
Proponer alternativas con el objetivo de mejorar resultados.
Aprender nuevos conceptos o procedimientos y aprovechar eficazmente la formación utilizando los conocimientos adquiridos.
Demostrar interés por el conocimiento amplio de la organización y sus procesos.
Participar y colaborar activamente en el equipo de trabajo.
Comunicarse eficazmente con las personas adecuadas en cada momento, respetando los canales establecidos en la organización.
Compartir información con el equipo de trabajo.
Interpretar y ejecutar instrucciones de trabajo.
Transmitir información con claridad, de manera ordenada, estructurada, clara y precisa.
Adaptarse a situaciones o contextos nuevos.
Respetar los procedimientos y normas internas.

Contenidos

1 Conceptos generales y aplicaciones informáticas específicas para la gestión de pacientes en el ámbito sanitario

Conceptos básicos en la gestión de camas. Distribución y tipos de recursos. Aplicación informática para la gestión de camas.
Definición de ingresos, altas, traslados. Aplicación informática para gestión de ingresos y altas hospitalarias.
Definición y tipos de ingresos, altas, traslados. Aplicación informática para gestión en admisión del servicio de urgencias.
Definición de registros y datos demográficos. Fichero maestro de pacientes. Indicadores demográficos. Aplicación informática para gestión del fichero maestro de pacientes.
Conceptos, características y funciones de la tarjeta sanitaria individual. Bases de datos de tarjeta sanitaria individual.
Conceptos de agendas y tipos. Coordinación de recursos disponibles. Aplicación específica para gestión de citaciones ambulatorias y cita previa en atención primaria.
Conceptos básicos en la derivación de pacientes. Necesidades de información y estandarización de recursos. Aplicación informática de gestión de canalizaciones.
Normalización en la prestaciones asistenciales, legislación. Aplicación informática para la gestión de prestaciones complementarias.

2 Catálogos para gestión del sistema de información asistencial

Cartera de servicios de un centro.
Mapa de la distribución de camas en el centro.
Estructura de las agendas de los servicios y de las prestaciones ambulatorias.
Filiación de pacientes y tarjeta sanitaria individual.

3 Protocolos y guías en la gestión de pacientes

Normativa sobre filiación en el fichero maestro de pacientes.
Tarjeta sanitaria individual.
Normativa de ingresos y altas hospitalarias y de urgencias.
Normativa de gestión de derivaciones.
Protocolos para la gestión del transporte sanitario.
Protocolos para gestión de prestaciones complementarias.

4 Normativa de riesgos laborales y medioambientales

Aplicación según género (mujer y hombre).

Parámetros de contexto de la formación

Espacios e instalaciones

Aula polivalente de un mínimo de 2 m² por alumno o alumna.

Aula técnica de 45 m²

Perfil profesional del formador o formadora:

1. Dominio de los conocimientos y las técnicas relacionados con la realización de procedimientos administrativo-clínicos en la gestión de pacientes de atención primaria y atención especializada, que se acreditará mediante una de las formas siguientes:

- Formación académica de Licenciado/a, titulación de grado equivalente o de otras de superior nivel relacionadas con este campo profesional.
- Experiencia profesional de un mínimo de 3 años en el campo de las competencias relacionadas con este módulo formativo.

2. Competencia pedagógica acreditada de acuerdo con lo que establezcan las Administraciones competentes.

MÓDULO FORMATIVO 6

Extracción de los términos médicos de la documentación sanitaria.

Nivel:	3
Código:	MF2074_3
Asociado a la UC:	UC2074_3 - Extraer los términos clínicos y de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de la documentación clínica.
Duración (horas):	240
Estado:	BOE

Capacidades y criterios de evaluación

- C1:** Analizar los criterios que definen el conjunto de términos utilizados en la práctica médica para poder ser identificados en una documentación sanitaria.
- CE1.1** Explicar las características fundamentales y funciones de la terminología médica.
 - CE1.2** Describir los distintos tipos semánticos de términos médicos y su funcionalidad.
 - CE1.3** Analizar los elementos que componen los términos médicos, raíces, prefijos, sufijos y partículas; su procedencia, significado y reglas de uso.
 - CE1.4** Explicar las reglas generales para la construcción de neologismos.
 - CE1.5** En un caso práctico de análisis terminológico:
 - Identificar la raíz, prefijo, sufijo y significado etimológico de distintos términos médicos.
 - Construir términos, existentes o no, partiendo de un conjunto de raíces, prefijos y sufijos, explicando su posible significado etimológico.
- C2:** Explicar los términos y características que definen los procesos fundamentales en la patología humana para poder ser identificados en una documentación sanitaria.
- CE2.1** Describir las partes fundamentales y los términos que definen la anatomía, fisiología y patología general.
 - CE2.2** Describir las partes fundamentales y los términos que definen la patología médica.
 - CE2.3** Explicar los conceptos elementales de patología médica por aparatos y sistemas.
 - CE2.4** Describir las partes fundamentales y los términos que definen la patología quirúrgica.
 - CE2.5** Explicar los conceptos elementales de patología quirúrgica por aparatos y sistemas.
 - CE2.6** Analizar los distintos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, quirúrgicos o no quirúrgicos, y su relación con los procesos patológicos.
- C3:** Explicar los términos y características que definen los procesos fisiológicos y patológicos en otras especialidades médicas para poder ser identificados en una documentación sanitaria.
- CE3.1** Describir los términos fundamentales que definen los procesos fisiológicos y patológicos en obstetricia y ginecología.
 - CE3.2** Describir los términos fundamentales que definen los procesos patológicos en oncología.
 - CE3.3** Explicar los términos correspondientes a los procedimientos diagnósticos realizados en los servicios centrales del hospital y su relación con los diagnósticos médicos.

C4: Extraer los términos de diagnósticos y procedimientos de una documentación clínica para su posterior indización y codificación.

CE4.1 Seleccionar la documentación adecuada, dentro de la documentación clínica existente, para realizar la búsqueda y extracción de términos de diagnósticos y procedimientos.

CE4.2 Identificar en la documentación seleccionada los términos médicos para ser codificados.

CE4.3 Extraer las siglas que definen diagnósticos y/o procedimientos de la documentación clínica.

CE4.4 Explicar el significado de las siglas utilizadas comúnmente en la documentación clínica.

Capacidades cuya adquisición debe ser completada en un entorno real de trabajo

C4 respecto a CE4.1, CE4.2 y CE4.3.

Otras Capacidades:

Demostrar un buen hacer profesional.

Utilizar correctamente los sistemas informáticos propios.

Mantener el área de trabajo con el grado apropiado de orden y limpieza.

Demostrar cierto grado de autonomía en la resolución de contingencias relacionadas con su actividad.

Proponer alternativas con el objetivo de mejorar resultados.

Aprender nuevos conceptos o procedimientos y aprovechar eficazmente la formación utilizando los conocimientos adquiridos.

Demostrar interés por el conocimiento amplio de la organización y sus procesos.

Participar y colaborar activamente en el equipo de trabajo.

Comunicarse eficazmente con las personas adecuadas en cada momento, respetando los canales establecidos en la organización.

Compartir información con el equipo de trabajo.

Interpretar y ejecutar instrucciones de trabajo.

Transmitir información con claridad, de manera ordenada, estructurada, clara y precisa.

Adaptarse a situaciones o contextos nuevos.

Respetar los procedimientos y normas internas.

Contenidos

1 Terminología médica aplicada a la gestión de documentación clínica

Origen de la terminología médica.
Características generales, funciones y propiedades de los términos médicos.
Tipos semánticos de términos médicos.
Normalización en la terminología médica.
Raíces, prefijos, sufijos y partículas en la terminología médica.

2 Terminología general de anatomía y fisiología humana aplicada a la gestión de documentación clínica

Conceptos generales sobre anatomía humana.
Anatomía del sistema músculo-esquelético.
Artrología.
Anatomía y fisiología humana por aparatos y sistemas.

3 Terminología de patología médico-quirúrgica aplicada a la gestión de documentación clínica

Conceptos generales de fisiopatología y patología general humana.
Patología médica por aparatos y sistemas.
Patología quirúrgica por aparatos y sistemas.
Obstetricia y

ginecología.
Oncología y anatomopatología tumoral.
Procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos codificables.

4 Extracción de términos de la documentación clínica

Documentos clínicos para la codificación.
Identificación de la terminología clínica en los documentos.
Siglas utilizadas en la práctica médica.

5 Normativa de riesgos laborales y medioambientales

Aplicación según género (mujer y hombre).

Parámetros de contexto de la formación

Espacios e instalaciones

Aula polivalente de un mínimo de 2 m² por alumno o alumna.

Aula técnica de 45 m²

Perfil profesional del formador o formadora:

1. Dominio de los conocimientos y las técnicas relacionados con la extracción de los términos clínicos y de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos de la documentación clínica, que se acreditará mediante una de las formas siguientes:

- Formación académica de Licenciado/a, titulación de grado equivalente o de otras de superior nivel relacionadas con este campo profesional.
- Experiencia profesional de un mínimo de 3 años en el campo de las competencias relacionadas con este módulo formativo.

2. Competencia pedagógica acreditada de acuerdo con lo que establezcan las Administraciones competentes.