

ESTANDARIZACIÓN DEL EXPEDIENTE ODONTOLÓGICO Y CREACIÓN DEL ARCHIVO CLÍNICO: UNA PROPUESTA PARA LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN¹

Stela Mary Benítez de Forcadell²

María del Carmen Quintana Rodríguez³

Zulma Bernal de Moran⁴

RESUMEN

La elaboración del Expediente Clínico Único consolidó uno de los Sistemas de Información e Interoperacionalización entre las diferentes cátedras clínicas en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción; cumpliendo así su objetivo. Con la estandarización del expediente clínico, se eliminó la duplicación de Historias Clínicas en las diferentes cátedras; al mismo tiempo que se respeta el tiempo del paciente, al no solicitar reiteradas veces los mismos datos, adquiriendo mayor confianza hacia la institución, porque se la ve mejor organizada. Por último, se colabora con la preservación del medio ambiente, porque la obtención del papel implica la utilización de recursos, como celulosa extraída del árbol, y agua, que si bien, es un recurso renovable, es limitado. El Expediente Único permitió también, la organización del archivo clínico, donde actualmente se están, organizando los documentos clínicos que datan desde el año 2007. Se inició también la digitalización de los documentos.

Palabras clave: Expediente clínico. Ficha única. Estandarización de expediente clínico. Archivo clínico. Archivo institucional.

¹ Trabalho do Eixo Temático “Os sistemas de gestão de documentos e a gestão da qualidade” apresentado em 30 de agosto de 2017 no VIII Congresso Ibero-Americano de Arquivos Universitários (CIAU).

² Chefe do Departamento de Admissão e Documentação Clínica, Membro da Equipe de Comunicação do Modelo Estandar de Control Interno del Paraguay (MECIP); Professora Titular da disciplina de Odontologia Integral da Criança e do Adolescente da Faculdade de Odontologia da Universidad Nacional de Asunción (UNA), Paraguai. E-mail: stelamary@hotmail.es.

³ Diretora Administrativa e Financeira, Gerente Responsável pelo MECIP da Faculdade de Odontologia da Universidad Nacional de Asunción (UNA), Paraguai. E-mail: mcarmen@odo.una.py.

⁴ Chefe do Departamento de Informática; Coordenadora da Equipe de Comunicação do MECIP da Faculdade de Odontologia da Universidad Nacional de Asunción (UNA), Paraguai.

1 OBJETIVO GENERAL

Estandarizar el Expediente Clínico unificando la recolección de datos sobre el paciente e interoperacionalizar las actividades de las cátedras clínicas; crear el archivo clínico.

1.1 Objetivos Específicos

- Crear la propuesta del expediente único del paciente.
- Consensuar la Ficha Odontológica con los profesores.
- Socializar la Ficha Única en el estamento docente.
- Unificar las fichas existentes y los datos en el Expediente Único.
- Determinar el espacio físico y equipamiento para el archivo clínico.
- Crear la Dependencia encargada de Admisión de Paciente y Documento Clínico.
- Implementar la utilización del Ficha Única

2 DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO REALIZADO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción (en adelante FOUNA), existen doce cátedras clínicas; en las mismas es requisito previo antes de proceder al tratamiento, realizar para cada paciente, un expediente clínico. En dicho documento debe ir la información general del paciente, los datos de filiación, los antecedentes médicos, odontológicos y familiares. También las enfermedades, tratamientos y medicación actual.

Hasta el momento de la implementación de la ficha única, en cada cátedra, se repetía el pedido de los mismos datos; así a medida que el paciente iba por las diferentes clínicas, los estudiantes realizaban nuevas fichas clínicas con los mismos datos, con pequeñas variaciones propias de cada especialidad, según los trabajos a ser realizados como cuadro de trabajo práctico que el alumno debe realizar para aprobar la materia, lo que duplicaba esfuerzo y

tiempo. Al mismo tiempo, creaba una mala imagen de la institución porque se evidenciaba la falta de gestión documental en relación a los expedientes clínicos.

El llenado de las fichas insume tiempo al estudiante y al docente, porque tal procedimiento no consiste simplemente en proporcionar la hoja al paciente y que éste lo llene según lo comprenda. Se debe realizar una anamnesis completa y a veces una respuesta conduce a otra pregunta. Ese tiempo perdido, duplicando documentos, actualmente se utiliza para dialogar con el paciente, para conocer sus requerimientos y expectativas en relación al tratamiento que busca y para lo cual acudió a la institución. De hecho que siempre se explora al respecto, pero a veces, cuando el tiempo apremia, y como el estudiante tiene como objetivo llenar el cuadro de trabajo práctico en un tiempo establecido, este espacio dedicado al paciente ya resulta escaso por todo el tiempo perdido duplicando la historia clínica.

Otro inconveniente que generaba es que al finalizar el año académico se contaba con numerosos documentos duplicados que generaban la necesidad de un espacio físico difícil de satisfacer. Más aun recordando que la construcción donde está ubicada la FOUNA, estaba diseñada para otra carrera, por lo que no se previó un espacio para guardar expedientes clínicos lo que es absolutamente necesario en una institución de tal envergadura.

El plan de estudios de la FOUNA contempla varias asignaturas clínicas. La especialidad de Operatoria dental empieza en el tercer curso y sigue hasta el quinto año. En el primer año, que corresponde al tercer curso de la carrera, se inicia con trabajos básicos. Se tienen así tres cátedras de Operatoria, que corresponden al 3er, 4to y 5to año; en cada una de ellas se requieren los mismos datos, las cátedras varían en la complejidad del trabajo realizado, esto implica que a medida que avanza el estudiante, debe realizar trabajos más complejos y delicados. Cada cátedra contaba con fichas propias, independientes unas de otras, a pesar de que tenían el mismo requerimiento, es así que se iban duplicando estos documentos. Lo mismo ocurría con Cirugía del 3er, 4to y 5to año y Ortodoncia de 4to y 5to año.

3 METODOLOGÍA

Este proyecto, según su alcance es institucional, porque es realizado a nivel de una entidad que es la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción. Según su objetivo es de intervención, porque a través de la implementación del proyecto se realizó un conjunto de acciones sistemáticas, basadas en necesidades identificadas en la institución y orientadas a una meta específica que es la optimización del manejo del expediente clínico y la creación del archivo clínico.

El trabajo tuvo el enfoque descriptivo-cuantitativo, se buscó cuantificar los expedientes clínicos de los pacientes, para conocer la cantidad de pacientes atendidos en la institución en forma mensual, viéndose imposibilitada dicha acción por la duplicación y dispersión hallada de los expedientes clínicos; que conlleva a otro problema, que es el gran espacio físico requerido para centralizar la ubicación de los mismos.

Abarcó dos dimensiones, por un lado la creación de la Ficha Única para unificar los datos del paciente y la forma en que es llevado a cabo la recolección de datos, por otro lado la creación de un Archivo Central, depositario de dichos documentos. Un siguiente paso sería la digitalización de las fichas, para facilitar aún más la gestión documental.

Tiempo atrás ya fue pensando realizar la ficha única por los diversos problemas citados, encontrándose además la necesidad de interoperacionalizar las cátedras y contar con un banco de pacientes, donde los alumnos puedan ubicar a los pacientes para que al final, este salga rehabilitado íntegramente y no con tratamientos aislados o parciales. El problema, siempre fue la unificación de criterios en relación a las fichas; al ser el plantel docente un gran número de personas, invariablemente se encontraban con disparidad de opinión.

La idea de la elaboración de la Ficha Única y creación e implementación del Departamento de Admisión de Pacientes y Documentación clínica cobró fuerza porque la misma es un requisito para la re acreditación y también con el requerimiento del MECIP, a través del equipo de Información y Comunicación Interna y Externa. Este equipo, conformado por la Dra. Stela Benítez, Ms, docente de la FOUNA, María Del Carmen Quintana,

Lic. en Administración de Empresas y la ingeniera en informática Zulma Bernal, estas últimas, funcionarias. Dentro de lo que les correspondía, como equipo, debían observar la parte de gestión documental. Al abocarse a la gestión y organización de los expedientes clínicos, se evidenció la desorganización del área.

En setiembre de 2014, dicho equipo, trazó como objetivo la elaboración de la Ficha Única y la creación del Departamento de Admisión de Pacientes y Documentación Clínica. Se habló con las autoridades de la FOUNA, quienes plantearon la presentación del proyecto.

Durante el mes de diciembre, las componentes del grupo, recogieron los documentos utilizados en las diferentes cátedras clínicas (historias clínicas, Cédula de identidad, y consentimientos informados). La Dra. Benítez se abocó al estudio de las fichas clínicas de las diferentes cátedras. De esta forma se tuvo conocimientos de los datos requeridos de los pacientes en cada cátedra, concluyendo que los datos requeridos eran repetitivos y se vio la posibilidad de unificarlos en un solo documento que debía ser utilizado por todas las cátedras.

Se elaboró un borrador de Ficha Única, que quedó dividida en tres secciones:

- a) La primera comprende los datos generales del paciente, datos de filiación, antecedentes médicos, odontológicos y familiares; estos son datos que universalmente contiene un expediente clínico.
- b) La segunda parte, registra la evaluación clínica del paciente. Considerando las partes blandas de la boca y las relaciones de los maxilares entre sí. Aquí quedan registradas las condiciones bucales del paciente a su llegada.
- c) La tercera parte consta de un Odontograma y Periodontograma inicial, diagramas en el que quedan reflejados el estado inicial dental y periodontal del paciente. Son diagramas o esquemas gráficos de la boca, que mediante unos símbolos grafica el estado la bucal del paciente.

Anexo a la Ficha Única, se elaboró un folleto explicativo para unificar criterios en cuanto al llenado del Odontograma y el Periodontograma, según normas nacionales e internacionales.

En las cátedras clínicas se cuenta con un Libro donde se registran los trabajos diarios

de los estudiantes; el equipo de trabajo accedió a estos libros para conocer el promedio mensual de pacientes que concurren a la institución. La afluencia de pacientes registrados no concordaba con la cantidad de expedientes encontrados. También se vio la necesidad de contar con un espacio físico donde guardar los expedientes únicos generados. Se tomó conciencia, de la necesidad de conocer la forma de guardar y proteger los documentos. Para ello se recurrió a especialistas en Archivos, de la Facultad Politécnica quienes brindaron sus conocimientos en cuanto a la forma de archivar y proteger los documentos. El equipo participó en un curso-taller (Anexo 1), de 25 horas de duración, en la biblioteca del rectorado sobre “Curso Taller de Organización Documental de Archivos de Entidades Públicas y Privadas”, en la Facultad Politécnica.

Con el objetivo de evaluar las variables consideradas en la Ficha y lograr el consenso mediante el agregado o exclusión de variables. Una propuesta preliminar de la ficha única fue puesta a consideración de docentes escalafonados de la FOUNA, durante un taller de 3 días (Anexo 2), con el acompañamiento de profesionales archivistas de la Facultad Politécnica.

El Expediente Único (Anexo 3) es resultado de un análisis minucioso de las variables a ser incluidas en la misma. Conforme a las propuestas sugeridas, que fueron hechas por escritas en la misma ficha, se presentaron los cambios sugeridos. Llegado a un acuerdo sobre el documento, los participantes firmaron un Acta de Conformidad (Anexo 4); y así quedó registrada la participación docente en la elaboración del Expediente Único.

La Lic. María del Carmen Quintana Rodríguez y la Ing. Zulma Bernal de Morán, trabajaron sobre el proyecto de la creación de la Dirección de Admisión y Documentación clínica; durante los siguientes dos meses, se realizaron reuniones quincenales para intercambiar datos y unificar criterios sobre la misma.

Para la elaboración de la ficha única y el manejo de la documentación clínica se tuvo en cuenta lo estipulado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (MSP y BS), en adelante.

Según el Capítulo I, del Manual del Expediente Clínico del MSP y BS, los aspectos legales del expediente clínico son:

Ley N° 1626/2000 de la función pública artículo – 57: De las obligaciones de los

funcionarios públicos. Inc. F) Guardar el secreto profesional en los asuntos que revistan carácter reservados en virtud de la Ley, del Reglamento de su propia naturaleza, o por instrucciones especiales Ley N° 1682/2001 -Que reglamenta la Información de carácter privado Arts. 3°, 4° y 8° Ley N° 1969/2002 – Que modifica, amplía y deroga varios artículos de la Ley N° 1.682/2001 "Que reglamenta la Información de carácter privado".

El MSP y BS (2010) en su *Manual de Normas y Procedimientos del Expediente Clínico Del Subsistema de Información de Servicios de Salud*:

En el capítulo IV, habla de las condiciones básicas del expediente clínico y sostiene que el EC debe tener ciertas características:

Integridad: toda atención brindada al usuario, en cualquier área del establecimiento de salud, debe registrarse en el EC, refrendados con nombre y apellido, firma, N° de registro profesional, sello o identificación escrita de las personas responsables. ·

Exclusividad: debe haber un EC único y específico para cada usuario en el establecimiento donde es atendido. Tiene carácter acumulativo, dependiendo de las veces que el mismo acuda a la consulta o sea internado.

Confidencialidad: el contenido del EC es confidencial y debe respetar esa condición todo aquél que por cualquier motivo tenga acceso al mismo. La violación de esta disposición se considera falta grave para los efectos legales.

Formato Único: debe haber un instrumento estandarizado del EC. Para la identificación del usuario se le habilitará un EC único, personal y exclusivo. Para habilitar la consulta y el EC, se solicitará la CI o pasaporte. El número del EC es el número de la CI o del pasaporte del usuario.

Los usuarios que al momento de asistir al establecimiento no cuentan con CI, podrán acreditarse de los siguientes modos:

Menores de edad: se le asignará un número transitorio de EC, que será el CI de la madre, seguido de una barra inclinada, y un número que indicará el orden de nacimiento del hijo que consulta. Ej. 1.165.263/1 para el primer hijo, luego 1.165.263/2; 1.165.263/3, para el segundo y tercer hijo respectivamente.

Adultos: se le asignará una identidad provisoria al EC que se habilite. Esta identidad

estará conformada de la siguiente manera: a) primer nombre y primer apellido del usuario, b) N° de orden correlativo de números transitorios de EC confeccionados en el establecimiento.

Miembros de Comunidades Indígenas: que no cuenten con CI, se les habilitará el EC con el número del carnet otorgado por el Instituto Nacional del Indígena (INDI). Cuando no tuviere carnet del INDI se le habilitará el EC con el número de Carnet Sanitario. Todos estos procedimientos transitorios de identificación serán corregidos en consultas posteriores cuando el usuario cuente con CI. Los EC habilitados de modo transitorio, serán almacenados en un lugar exclusivo, dentro del Archivo. Cuando el usuario se presente con su CI se corregirá el número de su EC por el de la CI y se ubicará el EC en el archivo central. En cada establecimiento de salud debe haber un solo EC por usuario.

En el Capítulo V habla del procedimiento para el manejo del expediente clínico, sostiene que todos los establecimientos de salud, independientemente a su tamaño y los servicios que ofrece, deben contar con un área de archivo físico o digital. Esta área, será custodio del EC, lo prestará y rescatará cada vez que sea utilizado. Siendo responsabilidad del área de Archivo, el custodio del EC, el mismo debería tener conocimiento de la trayectoria o lugares por donde va pasando el EC en todas las etapas de atención al usuario

En el capítulo VI habla de los métodos y normas de archivo, en relación al expediente clínico:

1. Conservación EC Activo: el EC se considera activo cuando es utilizado de manera frecuente, se lo mantiene en el archivo activo hasta cinco (5) años después de la última consulta.
2. Conservación EC Pasivo: en caso de que no sea utilizado durante cinco años se considera EC inactivo y se lo traslada al archivo pasivo donde permanecerá hasta diez (10) años.
3. EC Histórico: luego de diez (10) años de permanecer en el archivo pasivo, el expediente clínico, será retirado de los estantes, empaquetado y ubicado en el archivo histórico. Ningún EC debe ser desechado definitivamente, salvo que los mismos sean debidamente digitalizados cumpliendo con todas las normas que garanticen su seguridad.

Actualmente la Institución cuenta en el organigrama con la Dirección de Servicios Clínicos, del cual depende el Departamento de Admisión de Pacientes y Documentación Clínica. La función de este último consiste en establecer el procedimiento para la admisión de pacientes y el ordenamiento de las fichas existentes. Este es al mismo tiempo, el archivo activo, de donde cada alumno debe retirar el Expediente Clínico, para ser llenado con los trabajos realizados.

4 LOGRO DE LOS OBJETIVOS: MEJORAS, Y RESULTADOS GENERALES EN LA FORMACIÓN CLINICA DEL ESTUDIANTE

La unificación de la ficha es el logro de la primera parte de un proyecto, donde el objetivo final es informatizar los expedientes clínicos. Al lograr la estandarización y evitar la duplicación de historias clínicas o generación de sistemas de informaciones paralelas en las diferentes cátedras, se logró:

- **Ahorro de Tiempo** que es empleado en la atención del paciente.
- **Beneficio para el paciente** porque se respeta su tiempo al no solicitar reiteradas veces los mismos datos, evidenciando la mala gestión documental y archivística que ocasiona una mala imagen de la institución.
- **Preservación del medio ambiente** porque la obtención del papel implica la utilización de varios recursos, sobre todo celulosa que se extrae del árbol. Además se requiere de agua que actualmente es un recurso considerado renovable usado racionalmente. Si bien es recurso renovable, que cumple un ciclo hidrológico de recarga; este concepto cambia, ante la escasez por la sobreexplotación del recurso, por encima de su capacidad de recarga natural. Así, mediante la administración del papel se contribuye al cuidado del medio ambiente siendo esto un beneficio ecológico al mundo.

Todo esto, estará acompañado de **ahorro económico** para la FOUNA. Pudiendo redireccionar la inversión en otras áreas como la compra de unidades dentales para dar acceso a más estudiantes, compras de textos para enriquecer la biblioteca de la institución o

recursos para las salas de preclínica, donde se prepara al estudiante antes del contacto directo con pacientes.

5 VALORACIÓN FINAL DEL PROYECTO

Al unificar la recolección y registro de datos generados en los servicios de la FOUNA, se fomenta y facilita la interoperabilidad entre las cátedras, facilitando la disponibilidad de la información de los servicios otorgados en ellas; se cuenta con evidencias sobre los tratamientos realizados, las actuaciones y responsabilidades de los profesionales que tomaron parte en su atención porque se constituye en un registro único de las actividades asistenciales realizadas por el equipo de salud y de los recursos que emplean, aportando datos para la planificación administrativa y financiera de la FOUNA, valorizando los insumos utilizados en grado y postgrado.

El EC es el conjunto de documentos médico-legales, que abarca el ciclo de vida del usuario a través de sucesivos contactos con el Sistema de Salud. Está conformado por la Historia Clínica en adelante (HC), y los Anexos que son los estudios clínicos y radiográficos o cualquier otro estudio que haya requerido el paciente. (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2010).

La HC, es el registro de la información adquirida en la entrevista médico- paciente, a través de técnicas como el interrogatorio, examen físico y los resultados de estudios laboratoriales, radiográficos o cualquier otro medio de diagnóstico. Incluye, indicaciones médicas, evolución diaria, notas de enfermería y la Epicrisis o nota final (Muniagurria, 2014).

Dentro del contexto médico legal y deontológico del ejercicio de profesiones sanitarias, la historia clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja la práctica médica e información del personal de salud al paciente. Es prueba documental que evalúa el nivel de calidad asistencial en circunstancias de demandas de responsabilidad a profesionales y/o a instituciones de salud (Barreto, 2014).

La principal función del EC es asistencial pues permite la atención continuada a los pacientes por distintos equipos médicos u odontológicos. Otras funciones son la docencia, el

permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, evaluación de la calidad asistencial, planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en situaciones jurídicas en que se requiera para probar inocencia o culpabilidad profesional. Para cumplir estas funciones la HC debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento. Debe estar escrita con letra legible (Castro, 2012).

Por todo lo expuesto, la unificación del expediente clínico del paciente es un gran logro, que beneficia a institución, docentes y discentes. Los datos del expediente clínico podrán ser utilizados para realizar los trabajos de estadísticas e investigación, cumpliendo con todo lo estipulado en cuanto a normas en relación al manejo de registros médicos/odontológicos que contengan datos de carácter personal y las Directrices Internacionales que hacen referencia a la investigación con seres humanos en general que son la Declaración de Helsinki VI y las Directrices CIOMS 2002, considerando que se deben respetar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos del país, y las normas y estándares internacionales vigentes.

5.1 Aspectos de la función archivística

En julio el corriente año, se creó en la FOUNA, el Departamento de Admisión y Documentación Clínica, a partir de entonces los responsables del departamento, se abocaron a gestionar las directivas para su funcionamiento. Primeramente, se realizó un diagnóstico situacional de los expedientes clínicos y del archivo institucional, cuyo resultado se expone a continuación.

No se observan delineamientos en el ámbito archivístico, programas de gestión documental, mapas de procesos; se carece de tablas de retención, cuadros de clasificación y valoración documental.

5.2 Aspectos financieros

La Facultad no cuenta con un presupuesto asignado específicamente al área de Archivo, se maneja una caja chica para gastos imprevistos y compras varias que no se encuentran contempladas en el PAC. (Plan Anual de Contrataciones)

5.3 Organización y descripción

La Facultad se encuentra en proceso de una reorganización en cuanto a procedimientos para el tratamiento de documentos, clínicos, administrativos y académicos; no se cuenta con un ordenamiento ni control de la documentación, los mismos se encuentran en carpetas archivadoras, biblioratos, en cajas de cartón, sin descripción alguna que permitan identificar el contenido de los contenedores; según las imágenes abajo descritas (Figura 1). A simple vista se puede constatar que existen varias tipologías documentales almacenadas; fichas de pacientes, resoluciones institucionales, correspondencia, certificados de estudio entre otros.

En relación al expediente clínico, se constató, que no se cuenta con un con un lugar físico para ubicarlos ni instrumento de control de retiro y devolución. Con la implementación de la ficha única y el departamento de admisión se inicia el proceso de control y su resguardo. El 21 de diciembre del año 2015, el Consejo Directivo, por Resolución 369, Acta No 27 ha aprobado la implementación de un sistema de formato único de Expediente Clínico en base a lo que se establece en el manual de Expediente Clínico del MSP y BS.

Actualmente el Departamento de Admisión de Pacientes, se encuentra funcionando y tiene a su cargo el control del movimiento de fichas clínicas. Su primera labor fue recoger los Expedientes Clínicos. Como no se contaba con áreas destinadas exclusivamente a la guarda de las documentaciones y estar la estructura edilicia, en proceso de remodelación, las fichas clínicas se encontraban dispersas por varias áreas dentro del predio (pasillos, estantes sin llaves, tinglado, cocina, según se puede apreciar en la Figura 2; sin control alguno, lo cual podría resultar peligroso por la pérdida de información valiosa que los documentos contienen de cada paciente.

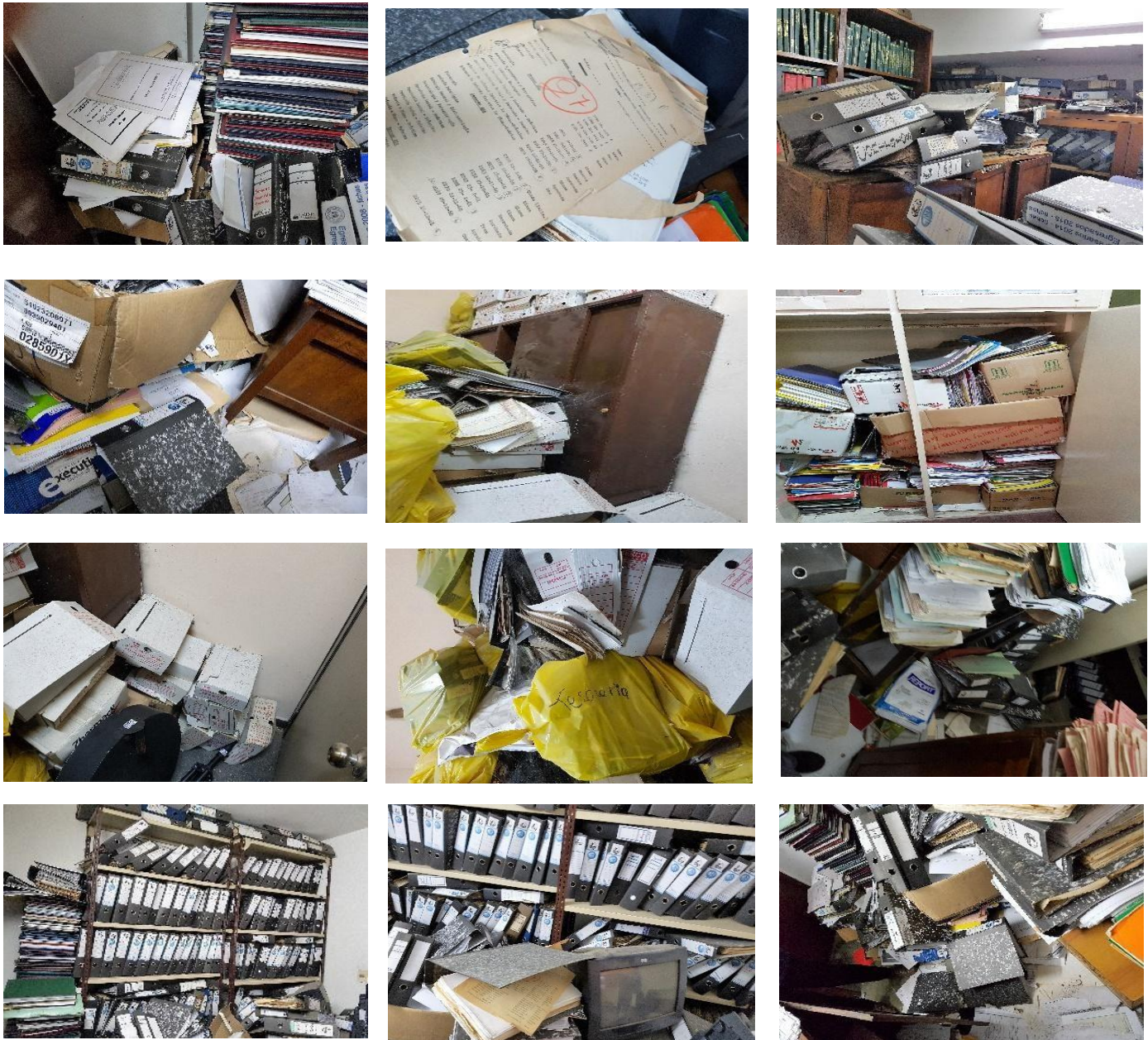


Figura 1 - Imágenes del Archivo en el estado que se encontraban

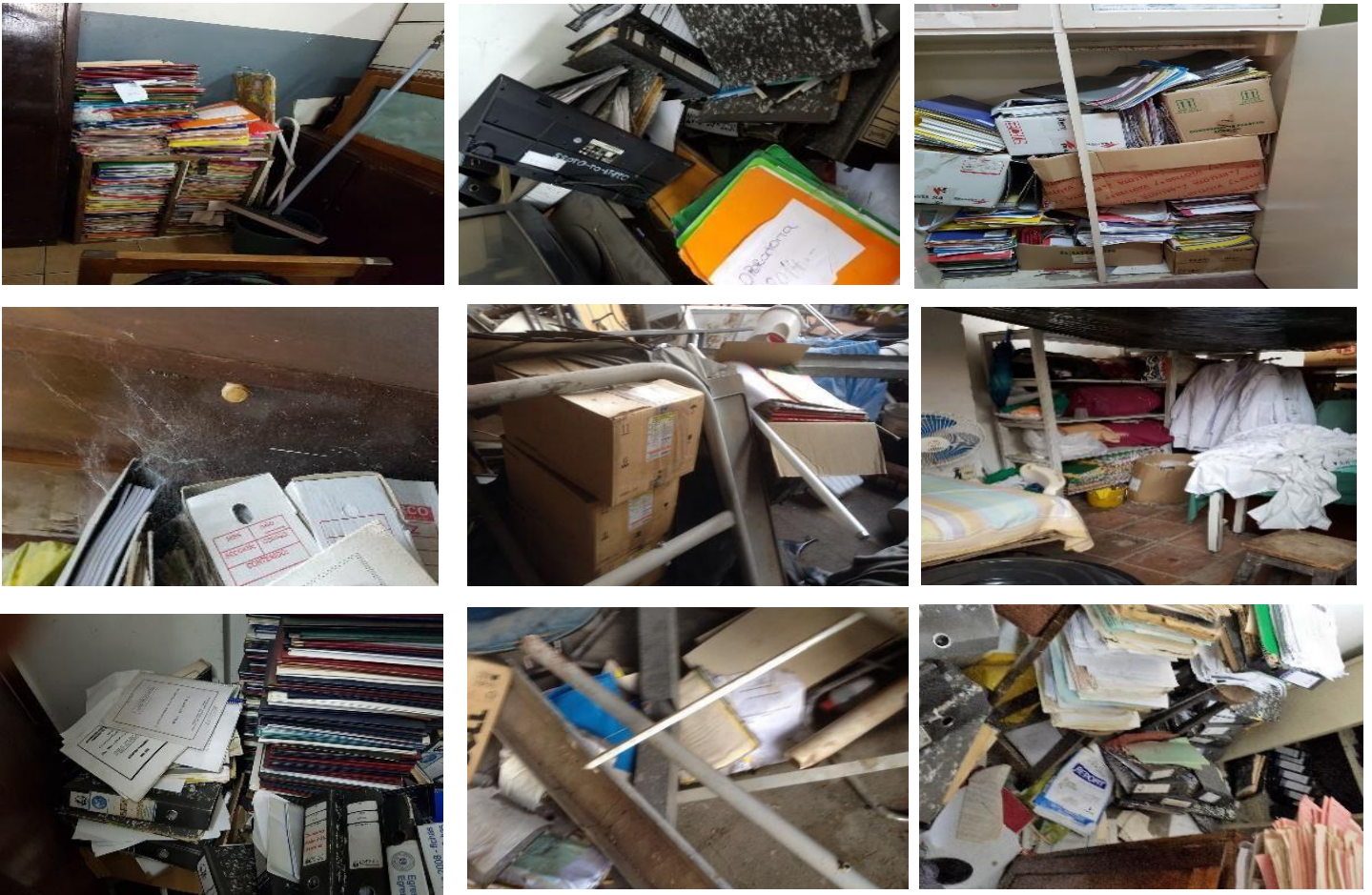


Figura: 2 - Imágenes de la situación en que se encontraron los expedientes Clínicos

Estos expedientes fueron colocados en la sala de admisión, según figura 3; para su clasificación y unificación. Los datos fueron cargados en la ficha única, la cual quedó en el archivo clínico de donde podrán retirarse para su uso.



Figura 3 - Imágenes de algunos Expedientes Clínicos a ser clasificados y ordenados

Actualmente, el departamento de documentación clínica se está acondicionando (Fig. 4).



Figura 4 - Aspecto actual del archivo clínico

5.4 Condiciones de edificios y locales destinados a archivo

Actualmente se cuenta con un depósito identificado como archivo institucional que se encuentra en el cuarto piso del edificio de la Facultad; una sala que no reúne las condiciones mínimas de espacio físico, no cuenta con la cantidad de mobiliarios necesarios para albergar los documentos que se encuentran ahí depositados, que son académicos, clínicos y administrativos. Realizando un recorrido por las instalaciones se encontró otras salas que son utilizadas momentáneamente como depósito de documentos. En el Archivo no cuentan con un plan de prevención de desastres, no se observan filtraciones en las paredes, no disponen de extintores, ni alarmas de detección de incendios.

El edificio de la Facultad se encuentra en mantenimiento con proyección a futuro, para contar con la infraestructura adecuada, para el archivo institucional. Se pudo constatar que en mucho tiempo no se ha realizado la limpieza de los estantes (Figura 5) ni del lugar debido al cúmulo de documentos que se encuentran en el mismo.



Figura 5 - Imágenes del estado de mantenimiento en que se encontraban los EC.

En el presente se tiene destinada una sala que servirá como archivo activo, pasivo e histórico de los documentos clínicos.

5.5 Unidades de conservación

Para las fichas clínicas se han adquirido unos contenedores tipo sobre, de cartón sin solapa de 1cm de espesor (Fig 5). Para su elaboración se ha preparado el troquel correspondiente. Los sobres contemplan el espacio para anexas estudios complementarios (placas, rayos X), con eso se proyecta frenar la pérdida parcial o total de la documentación.

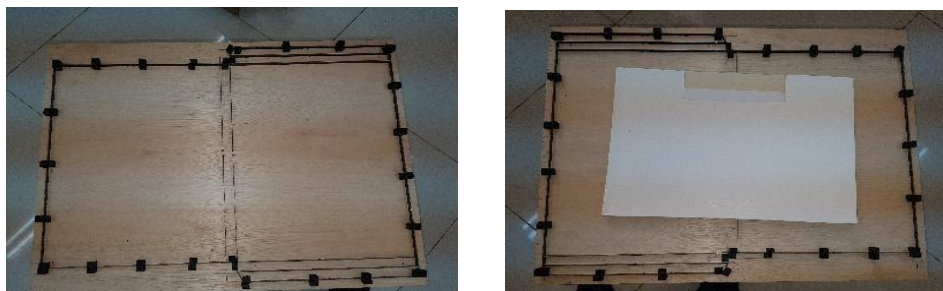


Figura 6 - Troquel para preparar contenedores de cartón para EC

6 CARACTERIZACIÓN DE LOS ASPECTOS CRÍTICOS DEL MANEJO ARCHIVÍSTICO

Con el diagnóstico del estado actual del proceso archivístico de la FOUNA, se encontraron aspectos críticos que requieren de intervención para controlar el riesgo asociado a cada uno de ellos

ASPECTOS CRÍTICOS	RIESGO
Falta conocimiento en cuanto a la guarda y conservación de los EC; Duplicación de EC; Incumplimiento de requisitos legales/técnicos con relación a la conservación, manejo, organización y clasificación de los documentos.	Deterioro y pérdida de los documentos; Pérdida de la información relacionada a los tratamientos clínicos realizados en la institución; Violación de normas técnicas y legales del proceso archivístico según las normas del MSP y BS, en cuanto a los EC; Sanciones económicas por organismos de control.
Falta de personal con conocimiento archivístico.	Ineficiencia en las actividades archivísticas por parte de los funcionarios; Incumplimiento de las normas técnicas y legales del proceso archivístico.

<p>Los EC no se encuentran separados de otros documentos de la Institución;</p> <p>Los EC no están ordenados ni clasificados;</p> <p>Se encuentran esparcidos por diferentes lugares.</p>	<p>Dificultad para localizar el EC;</p> <p>Pérdida de los documentos;</p> <p>Problemas legales relacionados a la guarda, conservación y confidencialidad del tratamiento clínico.</p>
<p>Falta de un Comité Interno de Archivo organizado, con cronograma de reuniones periódicas.</p>	<p>Carencia de manual de función e instructivos;</p> <p>Toma de decisiones inadecuadas. Cada quien realiza la función archivística según su parecer.</p>
<p>Inobservancia de normas técnicas y legales relacionadas a espacios para la conservación de los documentos en el archivo activo, pasivo e histórico, relacionado con sistemas de aireación, temperatura, humedad e iluminación con el fin de asegurar el buen estado y legibilidad de los EC.</p>	<p>Falta de seguridad para los EC;</p> <p>Deterioro físico del EC;</p> <p>Amenaza en la salud de funcionarios del Archivo, riesgo de contraer enfermedades como rinitis, alergias u otras.</p>

STANDARDIZATION OF THE DENTAL FILE AND CREATION OF THE CLINICAL FILE: A PROPOSAL FOR THE DENTISTRY SCHOOL OF THE NATIONAL UNIVERSITY OF ASUNCIÓN

ABSTRACT

The elaboration of a Single Clinical Record consolidated one of the Information System and Interoperation between the different clinical faculties in the Dentistry School of the National University of Asunción, fulfilling its objectives. With the standardization of the clinical file, the duplication of clinical histories in the different clinical faculties was eliminated; while respecting the patient's time, by not repeatedly requesting the same data, acquiring greater confidence towards the Institution since it is seen more organized. Finally, we collaborate with the preservation of the environment, because obtaining the paper implies the use of resources, such as cellulose extracted from the trees and water, which although it is a renewable resource, is limited. The Single Clinical Record also allows for the organization of the clinical file, where currently the clinical documents that date from 2007 are being organized.

Keywords: Clinical record. Single file. Standardization of clinical file. Clinical file.

REFERENCIAS

ANTOMÁS J, Huarte del Barrio S. 2011. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. **An. Sist. Sanit. Navar.** ; 34 (1): 73-82 [Consultado 28-10-2015] Disponible en: <<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v34n1/revision2.pdf>>

ARIAS VALVERDE, O. (1990). **Importancia del expediente clínico desde el punto de vista médico legal** [Consultado 2-10-2014]. Recuperado de: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rjss/juridica4/Art_4.htm>

BARRETO PENIÉ, J (2000). La Historia Clínica: Documento científico del Médico. **Ateneo**, 1 (1):50-5. [Consultado 05-03-2015]. Recuperado de: <http://bvs.sld.cu/revistas/ate/vol1_1_00/ate09100.pdf>

CASTRO, M; GÁMEZ, M. **La historia clínica**. 295-306. [Consultado 05- 03 -2015]. Recuperado de: <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>>

CID ALMAGUER, A; MACÍAS, A; CAPPAGLI, A (2013). La importancia de la gestión documental. 2do. **Congreso argentino de Archivística**. [Consultado 05- 03 -2015] Recuperado de: <<http://www.mundoarchivistico.com/?menu=articulos&id=424>>

FERNÁNDEZ BARCELL, M; COLLADO MACHUCA, J.C. (1997). La gestión documental en la administración pública. Universidad de Cádiz. **I Congreso de Ciencia Regional de Andalucía: Andalucía en el umbral del siglo XXI**. [Consultado 2- 05 -2015]. Recuperado de: <http://www2.uca.es/escuela/emp_je/investigacion/congreso/mcp017.pdf>

FERNÁNDEZ, L. **El Agua**. Un recurso renovable pero limitado. [Consultado 28-10- 2015] Disponible en: <<http://www.ambiente-ecologico.com/revist25/agua25.htm>>

FUNDACIÓN FORO AMBIENTAL. 2010. **Agua, recurso ¿Renovable o No Renovable?**. [Consultado 28-10-2015] Disponible en: <<http://agua.foroambientalista.org/2010/10/07/agua-recurso-%C2%BFrenovable-o-no-renovable/>>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III – ISC. 2009. **Guías éticas de investigación en biomedicina**. Comité de Ética del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. [Consultado 28-10-2015] Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/IIER_Guias_eticas_ESPANOL.pdf>

GIMÉNEZ, D. **La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales**. [Consultado 2- 10 - 2014] Recuperado de <<http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>>

_____. (2010). **La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales**. Recuperado de: <<http://www.geosalud.com/malpraxis/historiaclinica.htm>> [Consultado 02- 05 -2015]

GOBIERNO DE DISTRITO FEDERAL DE MÉXICO. (2003). **Manual de organización del área de admisión y archivo clínico**. Secretaria de salud Dirección General de Planeación y Coordinación Sectorial, México. Recuperado de: <http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/transparencia_portal/Archivos/a14f01/Admision%20y%20archivo%20clinico.pdf> [Consultado 2- 05 -2015]

HOSPITAL GENERAL DE CULIACAN (2008). **Archivos clínicos**. Revista médica del hospital general de Culiacan. [Consultado 2- 05 -2015] Recuperado de: <<http://hgculiacan.com/estadisticas/estadisticasarchivo.htm>>

HOSPITAL GENERAL DE CULIACAN ARCHIVOS DE SALUD (2008). [Consultado 14- 04 - 2015] Recuperado de: <<http://hgculiacan.com/revistahgc/pagarchivosdesalud2.asp>>

MOREIRO GONZÁLEZ, J. A. (1999). Introducción al estudio de la información y la documentación. **Revista Investigación Bibliotecológica Archivonomía, bibliotecología e información**, 13(27):214-6. [Consultado 30- 04 2015] Recuperado de: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/ibi/article/view/3926/3478>>

MUNIAGURRIA, J. A.(2014). **Historia clínica**. Recuperado de: <<http://www.semiologiaclinica.com/index.php/biblioteca-virtual/historia-clinica/154-historia-clinica-hc>> [Consultado 14- 04 -2015]

REMOLINA, N.(2014). **Gestión archivística**. Asociación Colombiana de Bibliotecólogos. Recuperado de: <<http://archivisticacolombia.blogspot.com/p/nelly.html>> [Consultado 25- 04 - 2015]

RUIZ GOMEZ, Mª C; RUIZ GÒMEZ, Mª. I. (2011). **Archivo de historias clínicas y gestión del archivo**. Recuperado de: <<https://mrugo.files.wordpress.com/2011/06/archivo-de-historias-clinicas-y-gestion-del-archivo.pdf>> [Consultado 2- 10 -2014]

Trabalho recebido em: 13 jun. 2018

Trabalho aceito em: 20 jun. 2018
