**REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**

**CENTRO DE EXTENSION DE LA UNIVERSIDAD JOSE ANTONIO PAEZ**

**DIPLOMADO EN CIENCIAS FORENSES Y CRIMINALISTICAS**

**INFORME FINAL DE DIPLOMATURA**



**TITULO**

**CREACION DE LA UNIDAD DE ASESORIA MEDICO LEGAL ADSCRITA AL HOSPITAL ISRAEL RANUAREZ BALSA, SAN JUAN DE LOS MORROS, ESTADO GUARICO.**

**COORDINADOR: Prof. Pinto Luis**

**AUTORES:**

**Andrade Jorge Eliecer CI: 4.537.504**

**San Juan de los Morros**

**INDICE GENERAL**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pág.** |
| **Portada………………………………………………………………….** | **I** |
| **Índice General…………………………………………………………** | **II** |
| **INTRODUCCION, Visión Holística de la Salud, Ciencias Forenses y Penales…………………………………………………..** | **III** |
| **CAPITULO I. ORGANIZACIÓN OBJETO DE ESTUDIO. HOSPITAL ISRAEL RANUAREZ BALSA (HIRB)…………………** | **9** |
| **Reseña del HIRB y perspectiva Médico Legal. Organigrama estructural y funcional. Visualización de la propuesta………………………………………………………………** | **9** |
| **Acreditación Hospitalaria con interés Médico Legal…………..** | **11** |
| **Desempeño y funcionamiento Hospitalario……………………..** | **12** |
|  |  |
| **CAPITULO II. CONTEXTUALIZACION DE LA SITUACION PROBLEMA…………………………………………………………….** | **15** |
| **El problema Hospitalario y Responsabilidad Médico Legal…..** | **15** |
| **Situación Observada; Diagnostico y Pronostico Médico Legal…………………………………………………………………….** | **17** |
|  **-Desempeño laboral Medico Vs Desempeño Asistencial…** | **19** |
|  **-Diagrama Causa-Efecto *(K. Ishikawa)*…………………………** | **21** |
|  **-Indicadores de desempeño cama-hospital…………………..** | **23** |
| **Fundamentación de la Unidad de Asesoría médico legal…….** | **33** |
| **Justificación e importancia de la investigación………………..** | **37** |
|  **-Análisis Estratégico-Situacional, *Matriz FODA*………………** | **37** |
| **Objetivo General de la Investigación……………………………..** | **48** |
| **Objetivos específicos de la investigación……………………….** | **48** |

**II**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pág.** |
| **Bases Teóricas………………………………………………………..** | **48** |
|  **Modelo sintagmático como núcleo de la propuesta………………**  | **49** |
|  **Modelo lógico proposicional…………………………………………..** | **60** |
|  **Modelo epistémico sustentado en la gerencia……………….** | **73** |
|  **Administración y gerencia hospitalaria………………………..** | **79** |
|  **-Visión, Misión, Valores, Principios……………………………** | **79** |
| **Bases Legales…………………………………………………………** | **81** |
|  |  |
| **CAPITULO III. DISEÑO DE LA PROPUESTA……………………..** | **95** |
| **Presentación y Justificación de la propuesta…………………...** | **95** |
| **Objetivos de la propuesta…………………………………………...** | **103** |
|  **-Objetivo General…………………………………………………..** | **103** |
|  **-Objetivos Específicos……………………………………………** | **103** |
| **Plan de Ejecución de la propuesta………………………………...** | **104** |
| **Etapas de Implementación de la propuesta……………………..** | **105** |
|  **-Fase de participación o de preparación………………………** | **105** |
|  **-Fase de formación y e integración……………………………..** | **105** |
|  **-Fase de evaluación e internalización………………………….** | **105** |
| **Talleres de capacitación para la propuesta……………………...** | **108** |
| **Estrategias gerenciales de la propuesta…………………………** | **110** |
|  |  |

**III**

|  |  |
| --- | --- |
| **Factibilidad de la propuesta………………………………………..** | **Pag.****115** |
|  **-Factibilidad técnica………………………………………………** | **115** |
|  **-Factibilidad socio-sanitaria……………………………………..** | **116** |
|  **-Factibilidad económica………………………………………….** | **117** |
|  **-Factibilidad política………………………………………………** | **118** |
|  **-Factibilidad humana……………………………………………...** | **119** |
| **Líneas de Investigación para la Propuesta………………………** | **119** |
|  |  |
| **SINTESIS FINAL Y CONCLUSIONES………………………………** | **124** |
| **RECOMENDACIONES………………………………………………..** | **126** |
| **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS…………………………………** | **128** |
| **ANEXOS………………………………………………………………..** | **130** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**IV**

**CREACION DE LA UNIDAD DE ASESORIA MEDICO LEGAL**

**ADSCRITA AL HOSPITAL ISRAEL RANUAREZ BALSA, SAN JUAN DE LOS MORROS, ESTADO GUARICO, VENEZUELA.**

**INTRODUCCION, Visión Holística de la Salud, Ciencias Forenses y Penales**

Las Instituciones de salud en Venezuela desde el punto de vista de su funcionalidad se distinguen en dos sub-sectores; público y privado. Dentro de las instituciones privadas se hace mención a establecimientos de salud denominadas clínicas, mientras que en el sector público se cuenta con una diversidad de centros asistenciales denominados; ambulatorios rurales, ambulatorios urbanos, hospitales (tipo I, II, III y IV). Ahora bien, en el sector público específicamente en la red hospitalaria existe una organización de acuerdo a su complejidad estructural y los diferentes servicios asistenciales para la población que definen sus funciones como prestación de servicios a la demanda atendiendo directamente a la población consultante (cobertura hospitalaria). De allí pues, que se requiere un director, jefes de servicios para los servicios médicos, personal médico, personal de enfermería, personal administrativo y diversidad de cargos para obreros.

De lo anteriormente expuesto el Hospital Israel Ranuarez Balsa (Hirb), ubicado en la Ciudad de San Juan de los Morros estado Guárico, constituye el primer centro de salud de referencia y general del estado, adscrito al Ministerio para la participación popular para la Salud (Mpps); presta los servicios médico en diferentes especialidades tales como medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía, pediatría, cardiología entre otras especialidades; igualmente al equipo médico está apoyado por personal paramédico, bioanalistas, enfermeras acreditadas, auxiliares de enfermería. Toda vez que se conoce el organigrama de la institución se evidencia la inexistencia de una unidad de asesoría médico legal dentro de Hospital en estudio; dicha unidad prestaría servicio a los diferentes profesionales adscritos al hospital en lo atinente a los llamados delitos de mala praxis médica.

Dentro de esta perspectiva, la Unidad de Asesoría Médico Legal (Unamel), prestaría asesoría y conducción sobre las indicaciones al personal profesional en cuanto a la recepción de pacientes con traumatismos y hechos violentos; así como en aquellos casos productos de heridas por armas de fuego, armas blancas, accidentes de tránsito, maltrato infantil, violencia de género entre otros casos. Es preciso destacar que en los mencionados casos se puede apreciar la comisión de un hecho punible y en consecuencia es necesario y prudente preservar las evidencias físicas para asegurar una mejor cadena de custodia y en consecuencia una investigación ajustada a lo establecido en el Código Orgánico Procesal Penal y así contribuir a una sana administración de justicia penal.

En base a los planteamientos anteriores, es necesario instruir a los médicos del Hospital Israel Ranuarez Balsa sobre los métodos aplicado en las ciencias criminalística en cuanto al manejo de evidencias físicas, en lo referente a la preservación, conservación, etiquetado y embalaje de indicios y evidencia resultante de un hecho que se considere punible, así mismo el enfoque expuesto permite orientar tanto a médicos como enfermeras en términos y criterios propios vinculantes a las ciencias forenses, para la asegurar las bases de la atención primaria integral a todas aquellas personas que de una u otra forma resultan víctima de una conducta típica y antijurídica.

La Administración Pública Hospitalaria puede considerarse un sistema auxiliar de justicia desde la casuística asistencial con límites imprecisos, pero perfectibles que incluye un conjunto de organizaciones públicas, diversidad de instituciones sanitarias y multiplicidad de funciones, que se conducen con carácter normativo, asumiendo la función administrativa pública y la regulación de otros entes públicos con personalidad jurídica, ya sean de ámbito regional, estatal, municipal o local.

En este contexto el fundamento jurídico y legal del hospital surge como una opción integradora en la toma de decisión organizacional para ofrecer los conceptos pertinentes centrados en el proceso asistencial al usuario, así como aquellos pacientes en condición de víctimas de hechos violentos, uniendo esfuerzos con las ciencias forenses en un reencuentro en las ciencias penales desde las ciencias de la salud (ver figura 1).

Actualmente los hospitales son organizaciones prestadoras de servicios asistenciales que asumen cambios y adaptaciones permanentes. La acción gerencial consiste en el aprovechamiento al máximo de los conocimientos para mejorar la eficacia y la eficiencia al prestar un servicio hospitalario integral y de gran alcance no solo en el ámbito sanitario sino también en aquellas áreas que lo requieran adecuando su calidad en la atención de tercer nivel. El progreso de los hospitales puede verse como un resultado de la capacidad gerencial de responder a los desafíos por cambios sociales, jurídicos, penales, económicos, políticos y tecnológicos.

Por tal motivo, en estas condiciones advertimos sobre la necesidad de un enfoque hospitalario sintagmático y una gestión óptima del proceso asistencial como guía epistemológica orientadora. Tan importante, es el proceso de atención en salud, como importante es el proceso médico legal (ML) de los pacientes víctimas de hechos violentos en la administración hospitalaria.

El progreso médico-hospitalario brinda oportunidades para combinar esfuerzos científicos, filosóficos, antropológicos, criminalísticos, psicológicos y sociológicos entre otros para que lo racional se acerque a lo empírico y viceversa, sin extremismos de ambas posiciones. Por lo habitual y siguiendo las reglas lógicas de la gerencia hospitalaria: (a) la razón elabora contenidos; (b) la investigación lo valida y (c) la experiencia los universaliza.

**Figura 1**. *Visión holística de la atención en salud, penal y forense*.

**HOSPITAL**

H. Virtual

H. Administrativo

H. Quirúrgico

H. Asistencial

H. Biológico

H. Contable

Hospital

Epidemiológico

**H. Legal**

**Unidad Asesoría ML**

**UNAMEL**

**Unidad ML**

**Atención / Asistencia a Victimas**

Servicio

Anatomía patológica

Asesoría de Victimas

Asesoría Grupo familiar

Asesoría

Violencia de Genero

Asesoría

Interinstitucional

 Fuente: diseño propio de la investigación.

**CAPITULO I. ORGANIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

**HOSPITAL ISRAEL RANUAREZ BALSA (HIRB).**

**Reseña del Hospital (HIRB) y perspectiva médico legal. Organigrama estructural y funcional. Visualización de la Propuesta**

 El Hospital Israel Ranuarez Balsa (HIRB), inaugurado el 06-06-1986, clasificado como hospital general de referencia estatal y construido en San Juan de los Morros, para atender a la población del Municipio Juan German Roscio de manera directa y a trece localidades de forma indirecta, sirve de hospital de referencia para los restantes seis municipios del Estado Guárico. Desde su inauguración ha registrado transformaciones en función de lograr una mejor atención de 3er nivel. Sin embargo para el año 2013 reportaba 158 camas presupuestadas de 168 instaladas, para atender entre 142.832 – 156.845 habitantes, extendiendo su área de influencia hasta alcanzar 200.000 habitantes.

 Desde el inicio como hospital general oferto todos los servicios médicos básicos y sus especialidades, así como servicios intermedios y finales de acuerdo a su clasificación de establecimientos de salud vigentes en la categoría de hospitales (ver organigrama funcional del Mpps, figura 2). En 1996 se adscribe el programa de medicina de la Universidad Rómulo Gallegos (*UNERG-Medicina*) bajo convenio Docencia – Asistencia del Ministerio del Poder Popular para la Salud (*Mpps*), incorporarando estudiantes de pregrado que gradualmente fue incrementando con cohortes sucesivas, en diferentes unidades curriculares de tipo clínico, semiológico y médico-quirúrgica con internado rotatorio hospitalario y rural. Hasta la fecha enero 2016, han promocionado 14 cohortes de estudiantes generando 2.556 egresados.

**Figura 2.** *Organigrama estructural y funcional, Hospital Israel Ranuarez Balsa (HIRB), 1986*



**Proyectos Inaugurados entre 2001-2010**

**Servicios de:**

**Neurología / Coloproctologia / Imagenologia**

**Unidad de atención al paciente pediátrico quemado**

**Unidad Asesora de Medicina legal**

**HIRB-UNERG**

**(Propuesta 2016-2020)**

 Fuente: Mpps, incluye visualizacion de la propuesta.

Teniendo en cuenta la estructura funcional observada, se evidencia la carencia de una **“unidad de asesoría médico legal para víctimas de hechos violentos”** en su organización formal, como se propone en la *fig. 1 y 2 (circulo y recuadro discontinuo)*. Según se indica en la reseña del HIRB, la formación de pregrado representa una oportunidad y fortaleza para contribuir con la preparación de estudiantes de medicina en el dominio y manejo de la investigación médico-legal, mediante la aplicación de métodos, protocolos y procedimientos inductivos y deductivos desde un inicio del suceso delictivo en el paciente consultante en servicios finales.

Tal concepción sostiene que todo estudiante puede apoyarse en el conocimiento, técnicas e instrumentos medico legales que proporcione un enfoque adecuado e integral para el paciente o usuario al servicio hospitalario. En esencia representa una condición ideal para el análisis sobre la forma como ocurrieron los hechos, es decir el modo operandi y estaría en disposición de orientar y asesorar correctamente cada caso según las consideraciones, hasta llegar al interés legal compartido entre órganos de justicia, médico y familiares.

La Unidad de Asesoría Medicina Legal **(UNAMEL)** será la encargada de realizar las evaluaciones médicas, descripciones, diagnostico, recomendaciones y estimaciones profesionales en la historia natural de las alteraciones, daño y/o trastornos sobre cuerpos de víctimas para determinar en ellos las consecuencias en su tiempo de evolución. En el caso específico de Patologías que ameriten la practica de necropsia, tiene además la función de identificar a la víctima, formalizar la realización de trámites posteriores en situaciones en que la muerte se produzca bajo etiología médico legal (violenta o sospechosa).

La unidad asesora se presenta dividida en varias secciones (fig. 1), precedidas por la Jefatura de la Unidad, encargada de coordinar las labores de diferentes secciones. Contribuiría a ser el enlace con la dirección hospitalaria, atender consultas de las diferentes secciones y mantener un constante monitoreo de los casos que requieren seguimiento. También gestionara órdenes, instrucciones y circulares acerca de los procedimientos y métodos para el ejercicio de las diferentes labores periciales de las secciones que tendría bajo cargo.

**Acreditación hospitalaria con interés médico legal**

 En todos los casos, se corresponde con un hospital tipo II en espera de calificación por Organización Panamericana de la Salud (*Ops*), con solicitud de acreditación para categoría de universitario y tipo III (figura 3). Cuenta además de las 158 camas presupuestadas, con una sala de atención obstétrica, 5 quirófanos en funcionamiento; un promedio diario de camas ocupadas (XDCO) de 153; porcentaje de ocupación (%O) de 62 %; un promedio de estancia (XE) de 10,2 días; un intervalo de sustitución (IS) de 3-5 días y un índice de rendimiento (Ir) de 37%.

**Figura 3**.  *Vista panorámica del Hospital Ranuarez Balsa*

 **** ****

En efecto entre 2001 y 2010, se realizaron diversas modificaciones en la reorganización y funcionamiento de la institución, con apertura de servicios como: a) neurología; b) coloproctologia; c) imagenologia (rayos x, ecografía); d) Unidad de atención al paciente pediátrico quemado y reacondicionando con nueva tecnología las salas de rehabilitación, oftalmología, cardiología, gastroenterología, neurocirugía, traumatología, cirugía pediátrica, quirófanos, terapia intensiva y emergencias (adulta-pediátrica).

**Desempeño y funcionamiento hospitalario**

De allí pues, que en Venezuela siguiendo estos preceptos, los establecimientos hospitalarios tipo II y III para estudio se adecuaron a la **Gaceta Oficial número 32.650, decreto presidencial número 1.798 de fecha 21 de enero del 1983,** donde se establecieron las Normas de **Clasificación de Establecimientos de Atención Médica del Subsector Salud** (CEAMSS). En su capítulo IV, artículo 9, se definen los hospitales como “establecimientos prestadores de atención médica integral dentro de su organización con camas de observación y de hospitalización”. Para los Hospitales con esta categoría se describe las siguientes características, a saber:

***Hospitales tipo III*** *(artículo 12, CEAMSS);* desde su misión y visión están destinados a prestar atención médica integral a la salud en los tres niveles de prevención (primario, secundario y terciario). Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de sesenta mil (60.000) habitantes, con áreas de influencia hasta de cuatrocientos mil (400.000) habitantes. Dentro de su organización contaran con una capacidad que oscilaría entre 150 y 300 camas para hospitalización.

Su estructura organizativa estaría compuesta por dirección médica, departamentos de medicina interna, nefrología, reumatología, neurología, cardiología, gastroenterología, neumología, medicina física, rehabilitación, cirugía, urología, traumatología, gineco-obstetricia y pediatría. Cada departamento está dirigido por un jefe de departamento y sus respectivos jefes de servicios.

***El HIRB*** posee una estructura jerárquica y técnico-administrativa constituida por una dirección a cargo de un médico con maestría en salud pública, un médico adjunto epidemiólogo, un adjunto titulado en economía o administración comercial y cuenta además con un ingeniero electro mecánico para la jefatura de mantenimiento, un farmacéutico, un licenciado en bionalisis y un jefe de la oficina de personal. Este tipo de hospital cumple con docencia a nivel de pregrado de medicina, educación a nivel tecnológico, ofrece residencias programadas de postgrado en las especialidades básicas y cumple funciones de investigación.

En este nivel, el modelo estructural debe tomar en consideración los servicios de atención que va a prestar exclusivamente en salud. Por esta razón deben profundizar en el conocimiento científico y tecnológico que demandan aquellas patologías que no han podido ser atendidas en los niveles inferiores. Una particularidad es que las estructuras hospitalarias deben poseer departamentos de cuidados intermedios o de medicina critica.

Los *hospitales tipo III* (artículo 12 *CEAMSS*) tienen las siguientes características:

1. Prestan servicios de atención médica integral a la salud en los tres niveles clínicos.
2. Se encuentran ubicados en poblaciones mayores de 60.000 habitantes, con áreas de influencia de 400.000 habitantes.
3. Dentro de su organización contaran con una capacidad instalada que oscilara entre 150 y 300 camas de hospitalización.

Su estructura organizativa será:

1. Dirección (médico con master en salud pública o su equivalentes )
2. Departamentos de:

-Medicina: nefrología, reumatología, neurología, gastroenterología, medicina física y rehabilitación.

-Cirugía: urología, ORL, oftalmología y traumatología.

Gineco-obstetricia.

-Pediatría

1. Cada departamento está formado por el jefe del departamento y los respectivos jefes de servicios.
2. Servicios de colaboración.
3. Disponer, por lo menos de 4 nutricionistas y 2 licenciados en enfermería.

Su estructura jerárquica y técnico-administrativa estar conformada por:

1.-La dirección a cargo de un médico con maestría en salud pública.

2.-Un (a) médico (a) adjunto de atención médica con maestría en salud pública.

3.-Un (a) médico(a) adjunto epidemiólogo con su especialidad.

4.-Un (a) adjunto (a) administrativo de nivel universitario con título de economía administrador comercial o sus afines.

5.-Contara además con:

-Un (a) ingeniero (a) electromecánico para la jefatura del departamento de ingeniería y mantenimiento.

-Un (a) farmacéutico (a).

-Un (a) licenciado (a) en bioanálisis.

-Un jefe de la oficina de personal para el área de recursos humanos.

 6.-Cumple funciones de docencia de pregrado de medicina, así como a nivel tecnológico, es sede de residencias programadas de post-grado en las especialidades básicas y cumple funciones de investigación

**CAPITULO II. CONTEXTUALIZACION DE LA SITUACION PROBLEMA**

**El Problema Hospitalario y Responsabilidad Médico Legal**

 Como resultado de los diversos enfoques en ciencias de la salud a nivel hospitalario, se hace necesario concebir la responsabilidad médica como un lugar preeminente. Al desarrollo de la práctica médica ha correspondido una diversa apreciación de responsabilidad ante la ley por faltas cometidas en el ejercicio de una profesión que, por su misma naturaleza, supone un alto margen de riesgos.

A través de las diversas épocas y culturas y de acuerdo con las diferentes concepciones de la medicina ha variado el enfoque o apreciación de la responsabilidad de los médicos (as) por sus errores o faltas y la exigencia de pericia, cuidado y prudencia en el ejercicio de su arte o profesión.

Evidentemente, con el surgimiento de las Universidades y la consolidación de la enseñanza de la Medicina en los siglos posteriores, así como el fortalecimiento de los gremios y el avance de la ciencia en general, ha permitido cambios en la concepción del ejercicio de la medicina y, habiendo quedado descartada la concepción del médico como empírico se puede enfocar en el problema de la responsabilidad con criterios objetivos y razonables.

A pesar de lo señalado, el mismo desarrollo científico de la medicina ha llevado en situaciones determinadas a ocasionar alarma por la creciente oleada de denuncias relacionadas con el ejercicio médico (a) y suponemos errores generadores de daños a las personas, que conduce a una clara o velada irresponsabilidad forense y/o penal de los médicos (as).

Es posible, coincidir con lo expresado por Belbey, J. (1947; p.23) en su texto responsabilidad de los médicos, cuando afirmo que “el ejercicio de la medicina no es un privilegio, no confiere a sus actores prerrogativas de ninguna especie”. Los médicos no deben pretender ser entes separados de las leyes, códigos y hasta criterios de conducta distintos.

En su visión simple, optimizar la asistencia consiste en maximizar una actividad o minimizar una acción en función del proceso hospitalario, eligiendo sistemáticamente criterios, recursos talento humano de entrada para culminar la función asistencial. De acuerdo con la teoría de la optimización en salud, cada servicio debe poseer estándares que permiten categorizar sus acciones en el paciente y obtener de esta forma, técnicas, procedimientos, indicadores y protocolos de asistencia por servicios.

Es lógico suponer que el médico, no puede considerarse sustraído de las obligaciones y riesgos de la atención a las víctimas de delitos y hechos violentos por ser inherentes a su profesión que ha escogido y, por tanto, se debe tomar plena conciencia de la responsabilidad que enfrenta por los actos de su profesión, no solo en el orden moral, asistencial sino también legal, tanto en la esfera civil como la penal.

Esto no significa que se pretenda desde la profesión médica alentar la tendencia que se ha desarrollado en otros países hacia el abuso de las acciones judiciales ante supuestos casos de responsabilidad médica por daños a pacientes. Como es natural, lejos de conducir a un mejoramiento en la atención a los problemas de salud pública, se revierte contra la comunidad, y específicamente, contra el sector de menores recursos que verá agravada su situación al encontrar mayores dificultades para obtener atención medica pública.

Se ha visto en párrafos anteriores, como se ha descrito variables y situaciones de la realidad hospitalaria nacional, caracterizada por criterios que rigen la falta de atención integral a pacientes víctimas de violencia en todas sus formas. Las condiciones de operatividad de la red hospitalaria ha sido motivo de recurrente de quejas y reclamos por parte de la población y de sus trabajadores que demanda servicios de tercer nivel. Los usuarios reseñan casos venezolanos entre 2008-2011, que mueren dentro de instituciones hospitalarias, identificando como causas indirectas la falta de insumos, carencia de quirófanos operativos y por ultimo inadecuada atención especializada.

Por otra parte, en un estudio sobre mortalidad intrahospitalaria por diversas causas de etiología sospechosa en el año 2011 se registró un total de 279 muertes en 9 entidades federales, estadísticamente es un hecho alarmante y sanitariamente inconcebible. Los estados con mayores indicadores de mortalidad intrahospitalaria fueron; Anzoátegui, Aragua, Bolívar, distrito Capital, Falcón, Miranda, Monagas y Trujillo.

Al revisar estudios similares, se identificó una condición similar en 2008, con 154 defunciones intrahospitalarias. En doce Estados del país; Anzoátegui, Aragua, Bolívar, Carabobo, Delta Amacuro, Distrito Capital, Lara, Mérida, Miranda, Sucre, Vargas y Zulia. Esta situación se traduce como un incremento del 45 % de la mortalidad intrahospitalaria por estado.

**Situación Observada; Diagnostico y Pronostico Médico Legal**

 De acuerdo al enfoque anterior, se destacara para la discusión de los hallazgos el impacto de las variables e indicadores en el desarrollo del estudio, tales como atención médica, atención al paciente víctima de un hecho violento y asistir a la familia nuclear asociada a eventos y riesgos de violencia.

 En este caso se advierte un aspecto resaltante producto de la interacción y encuentros académicos y profesionales con médicos recién egresados y en condición de formación, a propósito del incremento de médicos que se citan por un órgano judicial o penal para evaluar casos asociados a hechos violentos. Entre 2011 y 2014 se registró un incremento de 16 médicos citados a declarar en órganos judiciales a 68, correspondiendo en 4 años un aumento significativo del 83,33% de citaciones médicas.

En efecto estas condiciones profesionales obligaron a generar una investigación de tipo operativo y funcional debido al volumen de horas médicas perdidas en otras actividades no directas al paciente (cuadro 1). Importa y por muchas razones destacar la importancia de poseer en la atención hospitalaria asesoría médico forense y médico legal, con la especial mención al equipo interdisciplinario (médico y enfermera forense), debido a su campo de acción común, sin embargo el campo de acción de la enfermera (o) forense constituye un ejemplo de servicio profesional con acción compartida (sinergia equipo de trabajo y coherencia entre fases de estudio), en donde puede desempeñarse realizando actividades específicas de enfermería forense, tales como:

 Actividades generales:

-Examinar a la víctima de ataque sexual y/o de género.

-Enfermera forense investigadora generadora de teorías y praxis investigativa.

-Investigación de data, hora y circunstancias de muertes Inexplicables o por accidentes.

-Asociación profesional y asistencia a los médicos forenses y médicos legales.

 Actividades en departamentos legales:

 -Asistencia en el departamento para jueces de primera instancia.

 -Rol de enfermera(o) forense en centros correccionales.

 -Consultor(a) en aspectos forenses legales.

 -Consultor(a) como enfermera(o) forense psiquiátrica(o).

La enfermera(o) forense además de satisfacer vacíos profesionales de otras disciplinas, se ha ocupado por algún tiempo de cooperar con el sistema Criminal de justicia y el sistema de prestación de cuidado.

En resumidas cuentas, la enfermera forense ha incursionado en primera instancia en diversos proyectos y roles en la corte de administración de justicia, accidentes de todo tipo, departamentos de emergencias, órganos policiales, rehabilitación comunitaria, programas terapéuticos para ofensores sexuales, cuidados de las mujeres y otros grupos poblacionales de alto riesgo. El segundo momento corresponde al auxilio como enfermeras abogadas y enfermeras que trabajan en prisiones. Son estos, algunos campos en los cuales enfermería forense ha actuado en el pasado y ha procurado perfeccionar la actuación profesional.

 En países occidentales movidos por su cultura transprofesional se observan movimientos dirigidos hacia una educación integrada en programas terapéuticos basados en modelos específicos de cuidado como lo es el *"Modelo Duluth de Violencia Doméstica"* que es considerado **"un** **programa para hombres que han golpeado o tenido acercamientos con intervenciones psicosociales".** La meta es poder dar informacióneducacional y enseñar caminos alternosde funcionamiento integrado (proyectos de atención y rehabilitaciónintegral).

Este comportamiento en salud y acompañamiento profesional le permite al pacientereconocer y mantener control sobresus propios comportamientos en una situacióndada.La educación en procesos de rehabilitación puede acompañar sin menoscabo de sus funciones con las actividades terapéuticas y el adecuado manejo de enfermería en situaciones clínicas que aseguren que esto sea posible mantener esta tendencia favorable para pacientes y útil desde el punto de vista práctico para la profesión de enfermería forense (línea de investigación operacional).

**Cuadro 1.***Distribucion de desempeño laboral médico (horas/servicio)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad medica** | **Volumen de pacientes****Servicio final** | **Tiempo destinado****(hora/medico)****Fracciones de tiempo** |
| Consulta Externa | 35-40 pacientes10 Primera consulta (25%)30 segunda consulta (75%) | 4 horas |
| Guardia  | 100- 150 Dependiendo la condición medica | 12 horas/ medico |
| Revista sala medica | 30-50 pacientes hospitalizados | 6-8 horas/medicoSegún contratación |
| 3 actividades  | 240 atenciones/ día | Reprogramación de tiempo |

Fuente; diseño propio del estudio

En contraste, cuando se operacionalizan estas variables sobre atención y tiempo profesional, se puede evidenciar otro problema derivado en cuanto a la perdida de atención y tiempo laboral en 4 años, asumiendo un año-atención medica compuesto por 50 semanas hábiles y 5 días de planificación asistencial, representaría un subtotal de 250 días por año asistencial. Al instrumentar el desempeño laboral por médico-atención-paciente, se obtiene la siguiente relación (cuadro 2). Desde la óptica instrumental, representa un 50% del tiempo sin objetivos ni metas para la atención de pacientes por parte del profesional de enfermería, debido a que la falta de consulta por inasistencia del médico (a) por razones de orden judicial acarrea retraso y perdida de atención directa e indirecta para el usuario o paciente. Por lo que es comprensible el doble costo, sin beneficios por estas causales que se repiten con frecuencia.

**Cuadro 2**. *Desempeño asistencial por año laboral*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Actividad medica****Recurso-hora** | **Desempeño-año****Rendimiento-año** | **Pacientes-año****Productividad-año** |
| Consulta Externa | 250 x 4 sem. | 1.000 |
| Hospitalización  | 250 x 4  | 1.000 |

 Fuente: diseño propio del estudio

Es innegable la relación negativa del desempeño laboral medico (directo) y de enfermería (indirecto) por causa de permisologia para asistir a los casos judiciales o penales. En este contexto se creó una comisión interdisciplinaria para evaluar las **causales profesionales que originan las citaciones a declarar en órganos penales y judiciales**. Un hallazgo interesante identificado se vincula con la falta de información para precisar casos derivados de hechos violentos, así como incongruencias entre el diagnostico de lesiones traumatológicas y el interés médico legal de las mismas, otro segmento de causales se asociaron a violencia de género. Ordenando las causas primarias y secundarias, se obtuvo una primera aproximación bajo análisis de causalidad (Ver esquema 1).

El análisis precedente, permite contemplar la relación diagramática Causa-Efecto *(Diagrama de Ishikawa, 1953),* modificado en este estudio para interpretar las evidencias en el desempeño laboral previo. Mediante esta herramienta gerencial orientada hacia la calidad, relacional y grafica se puede evaluar el problema en su justa dimensión. También se identifican las variables que forman parte del problema mostrando sus entradas y salidas, precisando las causas primarias y secundarias que participan en el Efecto (falta de asesoramiento médico legal a las víctimas de hechos violentos), en su esfera bio-psico-social y en su ámbito asistencial.

**Esquema 1.** *Falta de atención y asesoramiento a las victimas*

**Lesiones**

**Objetos Romos**

**Lesiones**

**Arma de fuego**

**Lesiones**

**Arma Blanca**

**Disparo Próximo**

**Contacto**

**Disparo**

**Contacto**

**Típicas**

**Etiología ML**

**Atípicas**

**Simple**s

**Complejas**

**Disparo a Distancia**

**Extensión en**

**Superficie**

**Mecanismo de producción**

Falta de asesoramiento

 ML a las victimas

**Importancia ML**

**Extensión en**

**Profundidad**

**Evaluación Especializada**

**Femicidio**

**Tiempo de curación**

**Asistencia legal**

**Delito de**

**Lesiones**

**Delitos de género**

**Gestión Institucional**

**Asistencia por organismo**

**Violencia de**

**Genero**

**Delitos sexuales**

**Traumas lesiones**

**Violentas**

 **Causas 1rias y 2rias** **Efecto**

 **(Daño Bio-Psico-Social)**

En atención a la problemática planteada, resulta ser una herramienta diagnostica oportuna para temas de salud en desarrollo situacional. Otra demostración, es la importancia de disponer de conocimientos de otras disciplinas fuera del campo de la salud, que facilita el análisis bajo ambiente *FODA*. Todas las causas identificadas son posibles de suceder y e establecerse en relación difracta con la atención y demanda de pacientes. De manera holística e interrelacionadas y reflejan causalidad propia de salud y otras causas, otorgando un carácter incremental y referencial de atención, asistencia y asesoría médico forense y legal.

Esta representación hace pensar en causas reales de los sucesos, motivos, análisis grupal, ampliar comprensión del problema y visualizar razones para las soluciones viables, una clara invitación a participar a través de otras disciplinas y campos del saber.

Dentro de este análisis, llama la atención el femicidio como causal con 126 muertes femeninas registradas en Venezuela según informe de la Fiscal General de la Republica (Febrero 2016), ubicándose en el segundo grupo de delitos de género, igual tendencia de hechos violentos se asocian al género en especial en áreas rurales del estado Guárico motivo de una profunda y extensa investigación. Debemos recordar la geografía Guariqueña, compuesta por 15 Municipios a los que se le debe atención y asistencia hospitalaria como centro de referencia (ver figura 5). Destacamos una población en referencia entre 135.570 y 168.987 habitantes, en diversos segmentos etarios y causalidad como casuística de morbi-mortalidad. Otro aspecto derivado está asociado a la atención y protección familiar. Importa y por muchas razones este hecho vinculante, que no debe aislarse del análisis familiar. Por el contrario se pretende que sea abordado en su concepción holística, integral y grupal (niños, niñas, adolescentes, ancianos, madre y padre). El delito en materia de género origina retos inesperados, competencias nuevas y cambiantes comportamientos, siempre visualizando la mujer, y derivando en atencion medica directa

**Figura 5**. *Mapa Geopolítico y Georreferencial del Estado Guárico.*

 *Pob. (INE, 2015); 30.825.782 hab.*



**Núcleo**

**Calabozo**

**Hospital I**

**Pob: 152.120 Hab**

**Núcleo**

**Valle de la Pascua**

**VDLP**

**Hospital tipo II**

**Pob: 122.108 hab**

**Núcleo**

**Zaraza**

**Hospital I**

**Pob: 70.195 hab**

**Núcleo**

**Altagracia de Orituco**

**Hospital I**

**Pob: 79.275 hab**

**Hospital**

**Israel**

**Ranuarez**

**Balsa**

**Núcleo SJM**

**Sede Medicina**

**Pob: 146.171 hab**

**Foto-leyenda:** El HIRB funciona como Centro de Rotación Hospitalario para el programa de medicina como sede central y original de la UNERG y se corresponde con la red asistencial del MPPS. Posee un área de influencia de 569.869 hab. (1,85%) de la población nacional. Distancia por carretera: tiempo minino 1 ½ hora, Máximo 4 horas hacia el HIRB. Opera como sede académico y administrativo de los núcleos de extensión en medicina (Valle de la Pascua, Altagracia de Orituco, Calabozo, Tucupido, Zaraza). La densidad demográfica del estado es de 12 hab. /Km2.

Entre todos los detalles analizados, observamos que igual tendencia se presentó con la atención en la red asistencial vinculada a la estructura sanitaria del estado cuando se analizan todas las causas en su totalidad. En su haber sanitario El Estado Guárico posee una infraestructura asistencial con 387 unidades informantes de morbilidad en 15 municipios y 32 parroquias, una capacidad arquitectónica de 817 camas hospital, con 657 camas funcionales y disponibles para atención en condición de hospitalización y el déficit establecido es de 361 camas hospital para satisfacer toda la demanda.

En este sentido evaluamos la atención extrahospitalaria donde se requiere de la presencia de médicos (as) por cumplimiento del artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina (LEM), Gaceta Oficial No. 39.823 de fecha 19 de Noviembre del 2011, requisito indispensable para desempeñar cargos público de índole asistencial (cuadro 3). Como resultado también se observa igual comportamiento al problema descrito en esta fase del estudio.

**Cuadro 3.** *Desempeño laboral por internado rotatorio asistencial.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Desempeño publico asistencial** | **Tiempo promedio****Artículo 8, LEM** | **Porcentaje de citaciones judiciales o penales** |
| **SI** | **NO** |
| Internado rural | 1 año / 50 semanas hábiles / 250 días | 80 | 20 |
| Rotación hospitalaria | 1 año / 52 semanas / 260Servicios básicos (Medicina Interna-Cirugía-Obstetricia-Pediatría) | 60 | 40 |

Fuente; diseño propio del estudio

En su totalidad, en ambas situaciones (intrahospitalaria y extrahospitalaria) para la atención asistencial profesional médica y de enfermería se identificaron nudos críticos inherentes a las situaciones medico forenses y legales presentes, entre las que se precisaron: (a) falta de conocimiento en responsabilidad médico legal, (b) desconocimiento sobre la culpa médica e (c) ignorancia de leyes vinculantes con el deber médico.

En cada situación es evidente que toda aquella condición que afecte el desempeño médico legal impactara negativamente en el desempeño medico asistencial en detrimento de la atención directa al paciente y/o usuario del HIRB, generando obstáculos en el desempeño y productividad hospitalaria, así como intangibles desde el punto de vista de satisfacción e integralidad psicológica de los pacientes (modifica el modelo asistencial cualitativa y cuantitativamente).

Los resultados obtenidos demuestran un comportamiento asimétrico que coincide en teoría y práctica con la realidad estudiada evidenciando una tendencia desfavorable para la atención al paciente expresada en sus indicadores cuantitativos y cualitativos negativos. Con especial interés, este comportamiento puede ser revertido con las posibilidades de intervenir en los factores claves y críticos para el éxito siguiendo las bases teóricas de la propuesta de una **“unidad de asesoría médico legal para las victimas desde la perspectiva académica”.**

Al mismo tiempo los servicios asistenciales representan una dimensión descriptiva de los recursos a las cuales se le asignan para atender usuarios. La categorización se basa en un orden lógico de las actividades y decisiones que hace el proveedor de servicios con los usuarios, no contemplada en el modelo actual de asistencia al paciente, por lo que a partir de este momento nos referiremos al modelo vigente como “*modelo tradicional de asistencia al paciente”,* para distinguirlo del modelo propuesto sobre la base de *“asesoría médico legal”.*

No se quiere presentar la idea de dos modelos separados por límites asistenciales y penales sino por un modelo complementario que se inserta en la estructura organizativa vigente (ver figura 1). En consecuencia retomando el **Capítulo I,** para fortalecer el diagnostico observado, se dispone normativamente de tres categorías de servicios y de clasificación de los recursos en el HIRB:

1. **Servicios finales**. Integrados por la consulta externa, consulta odontológica, consulta de emergencia, hospitalización, urgencia, vacunación y otras.
2. **Servicios intermedios o auxiliares**. Pertenecen a estos servicios, laboratorio clínica, radiología, farmacia, banco de sangre, nutrición y dietética, banco de sangre, farmacia.
3. **Servicios generales o complementarios**. En este grupo se encuentran dirección, personal, finanzas, mantenimiento, comunicaciones, seguridad, lavandería, intendencia.

En lo esencial, **los servicios finales** derivados de la consulta externa se corresponden con las consultas especializadas. **Los servicios intermedios** generalmente son administrados bajo esquema centralizado de la institución hospitalaria para apoyar los servicios finales. **Los servicios generales** apoyan a los servicios finales e intermedios. S necesario precisar que en la totalidad de los servicios la presencia de la enfermera es esencial, en especial la enfermera forense.

Por este comportamiento hospitalario es necesario tocar una y otra vez la expresión de productividad asistencial con **impacto financiero y presupuestario**, ya que la implementación de la propuesta significa una inversión inicial de orden presupuestario y es necesario destacarlo para efectos de implementación y toma de decisión final. Evidentemente el resultado integrado de actividades es denominado **movimiento hospitalario por servicios** y el resultado final influye en el **desempeño asistencial** (cuadros 1, 2 y 3). En el año 2011 el informe sobre memoria y cuenta del MPPS, reporto 17.606 camas-hospital funcionales con los siguientes indicadores de rendimiento:

39.000 días-hospitalización (<27,16 %)

815.000 admisiones (<11,16 %)

11.150 promedio de días-camas-ocupadas (<10,12%)

60 % porcentaje de ocupación en red hospitalaria (<16 ,90%)

29.000 Intervenciones quirúrgicas (<21,07%)

5.000.000 consultas externas (<32,92 %)

6.800.000 consultas de emergencia (<11,86%)

23.000.000 estudios radiológicos (<17,34%)

39.000.000 estudios de laboratorio (<9,18%)

490.000 estudios de anatomía patológica (<26,85%)

En cada nivel de atención intrahospitalaria se aplica la categorización de inventarios de recursos, planta física y equipamiento para la prestación de servicio asistencial. Este informe técnico no incluye las variables de impacto negativa descritas por ausencia de consultas externas y atención en servicios de hospitalización por permisología para atender asuntos con interés médico legal. En base a ello, cada hospital adquiere su tipología.

Cada actividad posee dimensiones cuantitativas medibles y explicaciones cualitativas que permiten un mejor acercamiento si optamos por el enfoque multimetodo para interpretar los resultados obtenidos. En este estudio se trata de un enfoque cuantitativo (integrador) con logros deficientes que pueden complementarse con el enfoque cualitativo (integrado), complementando con los argumentos, teorías y fundamentación que se desarrollara en la propuesta **(Capitulo III).**

Se quiere destacar la visión integral cualitativa, asistencial, médico forense, enfermera forense, médico legal y cuantitativa (visión holística) para abordar desde la programación académica todos los elementos de enseñanza y aprendizaje centrado en el “saber hacer y deber hacer” del profesional de la medicina y de enfermería forense lo que en el corto plazo requiere de profesionales no médicos en la sinergia profesional, inter y transdiciplinaria.

Es fácil comprender que se arrastra serias fallas en los sistemas de formación académica y universitaria (estudio coadyuvante), por lo que en primer lugar se privilegiara en la formación programática la participación del Medico con una segunda profesión (Abogado), de profesionales de enfermería certificadas y también abogados que formen parte del *status y claustro* académico orientado hacia la profesión médico-asistencial. La evaluación prospectiva determinara nuevas necesidades y fortalecerá el modelo asesor médico legal.

Uno de los componentes importantes que debe destacar tanto en el estudio como en la propuesta académica, está vinculado con la carencia de **PROYECTOS DE PROMOCION DE ENFERMERÍA FORENSE,** y que es necesario impulsary abordar.En el futuro tendremos las enfermeras forenses en los roles asociados con las víctimas y sus familiares, estudiosas de programas de salud y educación anti violencia, diseñando programas de salud emocional en escuelas y otros centros educativos, compartiendo programas especiales con el fin de minimizar los efectos de la violencia intra-doméstica, organizando tareas en comunidades con los usuarios y/o detenidos que esperan a ser procesados por Juzgados.

Reconocer la necesidad de programas de educación formal en Enfermería Forense como parte de las ciencias de la salud, mostrando la necesidad de mejorar la calidad del cuidado de la salud y proporcionar acciones conducentes a capacitar el personal profesional en el área de la salud permite alcanzar nuevos objetivos como:

-Optimizar la organización y distribución del trabajo forense entre el equipo interdisciplinario de Profesionales de la salud.

-Desarrollar entre los profesionales en enfermería una actitud crítica, responsable e idónea hacia la enfermería forense.

-Colaborar con el afianzamiento de la justicia.

Los rasgos antes señalados indican que la enfermera(o) forense debe de capacitarse para relacionar el campo de la salud con el área jurídica para brindar información relativa a los problemas de salud de los individuos y para realizar la planificación, implementación, conducción y evaluación de auditorías y peritajes de acuerdo con la respectiva instrucción judicial y/o policial aplicando métodos técnicos y conocimientos clínicos.

El paradigma dominante en enfermería forense se enfoca en conocer las necesidades de las víctimas y los perpetradores de crímenes violentos. Históricamente ha existido una brecha entre la práctica del médico examinador, los órganos policiales policía y las salas de emergencias hospitalarias o de pacientes hospitalizados. La enfermera(o) forense puede superar esta brecha ya que puede evitar el mal manejo u omisión de evidencias forenses, realizar funciones específicas en el reconocimiento y correcta recolección de evidencias forenses en todos los casos de violencia, especialmente en casos criminales complejos. Los expertos forenses son la clave que integran los profesionales en intervenciones preventivas relacionadas a las víctimas de violencia en nuestra sociedad.

Por consiguiente a los servicios antes citados, se le imputan costos por servicios prestados (hospital contable), exigencia que se debe demostrar al momento de presentar los resultados del estudio. Se plantea entonces la triada funcional *“personal en salud; equipos requeridos; insumos de interés operativo”* como característica distintiva para los servicios útiles en la administración y gestión asistencial, si bien es útil considerar las fuentes de financiamiento compartido HIRB-UNERG y el aporte del Talento Humano para consolidar la propuesta.

Es notable que ante toda realidad se imponga un diagnostico económico y financiero, pues en ello subyace siempre la viabilidad de lo planteado en la propuesta, y en otro sentido si resulta positiva la propuesta desde una óptica asistencial, forense, legal y funcional, se planteara a largo plazo instrumentar en 57 hospitales en iguales condiciones en Venezuela, campo de acción denominada Centros Hospitalarios de Rotación (CRH) del programa de Medicina de la UNERG y donde asistimos académicamente a 5.000 estudiantes en diversos años (3ro, 4to, 5to y 6to años de la carrera médica y 4to, 5to de la carrera de enfermería). En función de esta triple relación surgen para los servicios una clasificación complementaria:

1. Nivel de atención centrada en profesión y oficio con un carácter integral (bio-psio-social). Constituida por profesionales con formación universitaria, paramédicos y otros profesionales.
2. **Nivel de atención técnica, jurídica, forense y penal**, como apoyo diagnóstico.
3. Nivel de atención especializada por servicios y patologías (**énfasis Médico forense- Enfermería forense).** Conformada por médicos y enfermeras certificadas de diferentes especialidades (medicina interna, cirugía, pediatría, ginecoobstetricia, y servicios afines a cada especialidad)
4. Cargos de jerarquía y responsabilidad; Departamentos médicos, Departamento de enfermería, Jefes de servicios, **Unidades asesoras** y supervisores.

Con estas características se define el nivel de atención innovador para los usuarios, denotando su complejidad al momento de evaluarse el desempeño por servicio prestado. Sin embargo para efectos de contabilidad de costos asistenciales se debe responder a tres preguntas: ***¿Qué se tiene en existencia como recursos y equipos para la unidad de asesoría médico legal? ¿Cuál es su papel en la organización y nivel de atención la unidad de asesoría médico legal?******¿A qué servicios están destinados la unidad médico legal?*** Nos parece oportuno precisar y aclarar este nivel de interés, pues significa la inclinación por escuchar de los interesados y ofrece una posibilidad de los oferentes de implementarse en una oportunidad planificada para la exposición de motivos en julio 2016, ante consejo universitario e instituciones que puedan sumarse en esta visión.

De acuerdo a la variable eficiencia hospitalaria y su expresión en la productividad, rendimiento y eficacia en el contexto de la gestión asesora de los casos medico forenses se miden principalmente por el aprovechamiento de la cama-hospital, constituyendo el recurso hospitalario básico ***(recurso nuclear),*** respetando los indicadores de atencion y asistencia hospitalaria. Visto de esta manera no se puede obviar ningún elemento que puede retrasar la propuesta, por esto se ha pensado en el paciente bajo la asistencia del servicio de lesionologia que amerita hospitalización, para ofrecer toda explicación que las autoridades sanitarias y universitarias así lo requiera para fundamentar su toma de decisión. Por consiguiente el desempeño cuantitativo de la cama se sumara a los estándares recomendados por el OPS-MPPS y serán expresados mediante los indicadores:

-Porcentaje de ocupación (% Ocupación) por tipo, gravedad y evolución de las lesiones.

-Promedio de estancia o intensidad de uso cama motivado por lesiones de todo tipo.

-Giro de cama en pacientes con lesiones según su evolución.

Entre los indicadores esenciales que consideran la gestión asistencial, estilo gerencial, planificación estratégica hospitalaria, se encuentran los siguientes: días de estadía promedio y rotación de pacientes. La descripción debe hacerse en conjunto para acercarse a un juicio evaluativo sobre el desempeño de un servicio en el movimiento de pacientes (lesionologia-victimologia). La lógica de estos indicadores transita en una relación de cambios permanentes cuya interpretación puede advertirse desde el punto de vista administrativo y de gestión mediante un flujo grama de productividad hospitalaria. El siguiente esquema servirá para aclarar lo dicho y poner en perspectiva el devenir hospitalario (ver esquema 2).

Los indicadores cuantitativos y sus resultados se mueven en dinámica dialéctica de resultados, que pueden ser interpretados de acuerdo a una serie de criterios desde diferentes puntos de vista (médico, de enfermería, técnico, planificador, asesor, legal y directivo). También se pueden advertir sus aciertos y desaciertos, permitiendo correcciones oportunas.

**Esquema 2**. *Interpretación grafica de los indicadores de desempeño cama-hospital.*

Días camas disponibles (DCD) = 365 x No. Camas

 Días Cama Ocupada (DCO)

% Ocupación = ----------------------------------------------- x 100

 Días Cama Disponible (DCD)

 Días Cama Ocupada

Promedio de Estadía = ---------------------------------------

 Egresos

 Egresos

Productividad cama =----------------------

 Cama

Fuente: diseño propio de la investigación.

El esquema 2, explica como la **productividad cama** (indicador total) es el indicador final y expresión del recurso nuclear (cama hospitalización) y depende del comportamiento de los otros indicadores y estos a su vez del funcionamiento de la cama-hospital (partes), operaria como expresión cuantitativa del recurso nuclear y bajo un ambiente sistémico, representando el doble propósito de la cama-hospital como un instrumento y herramienta de decisión hospitalaria clave, el paciente que rota (gira) por la cama de hospitalización traduciría un número de días y horas de atención por servicios y especialización.

En tal sentido, es un indicador que muestra el desempeño real de la cama hospital por patología y servicios básicos, además de ofrecer fracciones de tiempo para otras atenciones en salud (enfermería, bioanalista, laboratorio, odontología, radiología). El número de camas tiende casi siempre a ser constante en periodos cortos por ejemplo un mes o en correspondencia con un año fiscal, por esta razón se habla de **“camas presupuestadas”** en función de los gastos operativos que ameritan ser imputado a un presupuesto determinado por hospital.

Para el estudio se consideró el concepto de **camas instaladas** para los servicios a pacientes o camas dentro de un servicio de hospitalización para uso regular en la prestación de un servicio asistencial durante las 24 horas y que reflejan la distribución de las camas presupuestadas por departamento médico. Por lo habitual esta información es esencial para la decisión final, puesto que en la comisión institucional existe la necesidad de demostrar con fines asistenciales, presupuestarios y beneficios sociales las ventajas y desventajas de la propuesta (matriz costo-beneficio).

Por lo tanto, en una institución hospitalaria, la unidad de servicio médico, la unidad asesora medico legal estaría vinculada con la productividad hospitalaria, dependería del comportamiento del número de egresos y este a su vez de los días que permanece un paciente ocupando camas por causal de lesionologia, lo que en última instancia estaría en una función de la gravedad de la enfermedad y/o complicaciones inherentes al proceso de salud-enfermedad y la historia natural de enfermedad, significando días de hospitalización, días camas ocupadas y porcentaje de ocupación cama hospital y por ende imputación presupuestaria para efectos de políticas asistenciales de calidad (normas clínicas) ofertadas por la institución.

También puede ocurrir, aunque en menor frecuencia una reducción de un número significativo de camas, por ejemplo cerrar o reducir un servicio. La propuesta estaría dirigida en sentido opuesto y en respuesta a una sólida necesidad demostrada y evidente de ampliar y mejorar servicios asistenciales. Fluctuaciones periódicas inconsistentes en el número de camas no ocupadas, induce a dudar del verdadero tamaño de un hospital y aun de un servicio o sala de hospitalización, factor que se reduciría al momento de administrar asesoría a pacientes victimas de hechos violentos. Esta situación por inexperiencia profesional, obligaba a permitir el alta médica con reiterados reingresos por una misma lesión en un mismo servicio. Desde el punto de vista forense es un indicador poco satisfactorio para el desempeño médico con repercusiones en otros servicios (enfermería, odontología).

En síntesis sin ser exhaustivo y descartando los problemas descritos en el capítulo II, se propone una interpretación en base a dos coordenadas: (1) productividad cama-hospital y (2) porcentaje de ocupación cama-hospital en una primera instancia y que involucra variables de tipo gestión asistencial, gestión asesora, estilo gerencial y efectividad por servicios que impactaran en la propuesta médico legal.

Puede afirmarse que el Hospital descrito y estudiado (HIRB) posee servicios básicos con más de 20 camas/servicios para hospitalización y disponibilidad de 5 camas quirúrgicas. El desempeño medido para cada cama-hospital en el sector público según los cuadrantes de productividad y porcentaje de ocupación revelaron lo siguiente (ver esquema 3):

-Cuadrante Superior Derecho (CSD): 27 %

-Cuadrante Superior Izquierdo (CSI): 17 %

-Cuadrante Inferior Derecho (CID): 35 %

-Cuadrante Inferior Izquierdo (CII): 21 %

**Esquema 3**. *Desempeño cuantitativo de la cama hospital.*

|  |  |
| --- | --- |
| I. Cuadrante superior derecho (CSD)**PRO D U C T****I****V****I D A D****Alta**Buen desempeñoIdeal servicios públicoCostos reales. Cama eficienteUso tolerable de cama27% | II. Cuadrante superior izquierdo(CSI)Exceso de ocupación camasHospitalización innecesariaCama improductiva Costos intolerables17% |
| III. Cuadrante inferior derecho(CID)**Baja** Estadía comprometidaVariabilidad de enfermedadBajo desempeño camaPérdida de recursosMala calidad del servicio35%**Baja** | IV. Cuadrante inferior izquierdo(CII)Exceso de estadía y ocupación de camas (mala utilización)Distorsión de la demanda por camasCostos elevados cama**Alta** 21% |

**% DE OCUPACION**

Visto de esta forma se observan las siguientes tendencias: una tendencia marcada en el CID, con estadía comprometida y bajo desempeño para la cama-hospital, un segundo grupo CSD con un 27% para un buen desempeño cama-hospital, una tercera agrupación con 21% en el CII y finalmente un cuarto grupo de hospitales con un 17% de desempeño productividad cama. Al sumar el CSI con el CID se observó un 52% de desempeño desfavorable de la cama hospital (razón cruzada del producto y resultado). Se piensa en un primer momento implementar la propuesta para revertir esta tendencia, adecuando la asistencia profesional con la asesoría médico legal para los pacientes sujetos victimas de hechos violentos, para lo cual el CSD seria el ideal.

**Fundamentación de la unidad de asesoría médico legal**

Además de describir en el diagnostico el contexto problemático en su extensión, otra forma de contribuir a la solución estaría referida a la exposición de las razones que motivaron el estudio en la modalidad de Informe Final para Diplomado (IFD). Este estudio se ha concebido bajo la norma de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV,1999), en sus artículos 83, 84, 85 y 86 Titulo III, Capítulo V, de los derechos sociales, en concordancia con los artículos 141 y 143 sección segunda de la administración pública; Titulo IV, Capítulo I, sobre el Poder Público, donde se establece que la Administración Pública estará al servicio de los ciudadanos y ciudadanas, igualmente tienen derechos a ser informados oportuna y verazmente de todo lo que acontece en el **“*Espacio de los Púbico”*.** Asimismo, el artículo 145 que establece la disposición de los funcionarios de estar al servicio del Estado.

Por otra parte, el artículo 62 de precitada ley, otorga el derecho de todo ciudadano (a), de participar libremente en los asuntos públicos, como lo es, exigir la garantía del **derecho a la salud**, expresado a través de la participación del pueblo, generando en la comunidad organizada el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la **políticas de salud**. Este impacto en la sociedad también garantiza la relevancia social de la investigación y su implicación práctica en la solución conjunta y participativa de problemas en el **área hospitalaria.**

Es necesario justificar este planteamiento con valor teórico-práctico y hacer referencia a la voluntad del Estado de aplicar la Planificación Estratégica según la Constitución vigente en Venezuela, a tenor del artículo 299, en su espíritu y rango constitucional. Esta disposición obliga al Estado y convoca la iniciativa de una Planificación Estratégica, democrática, participativa y de consulta abierta en beneficio de la población. Contribuciones que se enmarcan en otras áreas del conocimiento pero que son de interés para la administración hospitalaria. Su utilidad metodológica podría ayudar a mejorar el análisis de problemas en servicios asistenciales inherentes a los problemas de interés médico forense.

La legislación venezolana recoge en sus leyes las normas que rigen la atención al paciente. La carta magna establece en los Artículos 83 y 84 la salud como **derecho social fundamental,** obligación del Estado, que se garantiza como parte del **derecho a la vida.** Así mismo para garantizar el derecho a la salud “El Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud” (Artículo 84 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela).

Por su parte el Código de Deontología Médica (CDM) establece en su Artículo 15, “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados”. Pedirá su consentimiento para aplicar los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos que consideren indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente

Con respecto a la asistencia médica a un paciente, la Ley del Ejercicio de la Medicina prevé en el Artículo 27, “Si el médico tuviere motivos justificados para no continuar asistiendo a un enfermo”, podrá hacerlo a condición de:

1. Que ello no acarree perjuicio a la salud del paciente.

2. Que comunique su decisión con suficiente anticipación.

3. Que suministre la información necesaria para que otro médico continué la asistencia.

 De igual manera la legislación establece responsabilidad tanto en el campo Penal como Civil. Así el Código Penal Venezolano (CPV) señala expresamente en el:

Artículo 420 del CPV,

**“El que por haber obrado con imprudencia o negligencia, o bien con impericia, en su profesión, arte o industria, o por inobservancia de los reglamentos, ordenes o disciplina, ocasione a otro algún daño en el cuerpo o en la salud, o alguna perturbación en las facultades intelectuales, será castigado”**

Así como en el 421 del CPV;

**“Para aquellas lesiones que no incurran en homicidio en el seno marital, o para lesionados en el seno familiar y que ameritan tratamiento oportuno y monitoreo de daños secundarios”**

El sistema de salud en Venezuela obedece a una estructura estratificada, donde los ambulatorios corresponden al nivel primario de atención (Atención Primaria en Salud) contando con un médico general en el tipo I y servicios básicos; en el nivel de atención secundario se dispone de especialidades (Medicina Interna, Obstetricia, Pediatría, servicio de enfermería y Psicología). En el segundo nivel estarían dispuestos los hospitales generales, materno infantiles y de emergencias con una capacidad limitada de resolución técnica y de disponibilidad de camas hospitalarias. En el último eslabón de la cadena, los hospitales tipo III y IIV de referencia y universitarios, con la mayor capacidad de resolución médica, contando además con todas las especialidades, sub-especialidades y equipamiento especial.

La nueva unidad de asesoría médico legal tendrá entre sus funciones ejecutar las evaluaciones médico legal a las personas que por diferentes causas sean objeto de una investigación forense o se consideren víctimas de delitos por lesiones tipificadas en la ley. A través del reconocimiento médico forense se determinará si las lesiones sufridas por la víctima serían leves, graves, o gravísimas, el tiempo de curación de dichas lesiones y el tiempo en que la víctima deje de realizar sus actividades normales, componente esencial en la investigación forense.

En esta unidad, dirigida por un consejo directivo formado por: médico (a) forense, una enfermera forense, un odontólogo forense y un abogado. Será el espacio profesional donde se realizaran las evaluaciones médico-forenses de personas que, por diferentes causas, puedan verse relacionadas con investigaciones legales adelantadas por los despachos fiscales.

La sección de Peritaje contara con equipos para determinar el estado físico general del individuo y el tiempo de curación de las lesiones que presente, según los artículos del Código Penal Venezolano; **413 (lesiones menos graves), 414 (lesiones gravísimas), 415 (lesiones graves), 416 (lesiones leves) y 417 (lesiones levísimas) del Código Penal venezolano**. El derecho penal venezolano clasifica estas lesiones derivadas del delito contra la persona y ratifica la función primordial de toda norma, sea legal, médica o científica, en los diferentes órdenes jurídicos. Ahora bien, nuestra legislación venezolana acoge como base de categorización y agrupación la naturaleza propia del objeto del delito y dentro de esta sinergia institucional, la asistencia medica contribuye a ser un órgano auxiliar importante.

En la unidad de asesoría medico legal también se colectaran muestras de origen biológico, fluidos corporales, sustancias hemáticas o evidencias físicas que porte el individuo, paciente y/ o usuario que demande atención médica. Con la puesta en marcha de UNAMEL se pretende dar cobertura al 50% de la demanda en cuanto a la atención a víctimas en este tipo de casos, previéndose asistir a 100 personas diariamente (1er año de funcionamiento). Se especificara además que 40 cupos diarios serán destinados a la asistencia y atención de la mujer, mientras que 60 serán asignados a otros delitos, dinámica que variaría interanualmente.

Estas acciones asesoras a victimas ofrecerán la garantía a los guariqueños y usuarios del área de influencia hospitalaria que podrán contar con un sistema de atención público integrado, a los expertos que posible atender a casuística local y que es factible reinventarse aun en situaciones de crisispara adaptarse a las nuevas realidades y exigencias del país.

**Justificación e Importancia de la investigación**

**Análisis Estratégico-Situacional, Matriz FODA**

En la sociedad cambiante de esta época, existen rasgos tendenciales de corto y largo plazo, que interesan al desarrollo de la Planificación Estratégica Hospitalaria y que sirvieron a los fundamentos del diagnóstico *(análisis FODA),* como los que se identifican a continuación: (1) necesidad de organizaciones hospitalarias flexibles, (2) personal orientado a la competitividad y conocedor de la administración de conflictos, (3) urgencia de cambio organizacional para la incorporación informática en sus estructuras de relación y (4) renovada importancia por los métodos de participación y empoderamiento en pro de la cultura organizacional y (5) zonas laborales de conciliación con pensamientos difusos entre centralizar y descentralizar (figura 4).

**Figura 4**. *Análisis estratégico-situacional bajo ambiente y matriz FODA*

|  |  |
| --- | --- |
| **Fortalezas (F)**Estructura organizacional flexible (F1)Acreditación Hospitalaria Calificada (F2)Personal con interés competitivo (F3)Preparación en administración de conflictos (F4)**(Ventajas)****MAXI** | **Oportunidades (O)**Cambio organizacional (O1)Incorporación de tecnología informática (O2)Estructura renovada docencia-Asistencia (O3)Unidad publica de atención especializada (O4)Análisis compartido entre servicios (O5)**(Aprovechan)****MAXI** |
| **Debilidades (D)**Bajo empoderamiento de cultura organizacional (D1)Servicios médicos con pensamiento difuso (D2)**(Desventajas)****mini** | **Amenazas (A)**Centralización administrativa (A1)**(Riesgos)****mini** |

Fuente: Diseño propio de la investigación

Notas explicativas con pensamiento y dirección estratégica a largo plazo:

* La estrategia indicativa dominante para la propuesta seria *MAXI-MAXI* (FO) Vs. *mini-mini (DA)*
* ***Estrategia FO****; estrategia ofensiva, representa el objetivo del estudio, convirtiendo D en F, sorteando A para alcanzar O (punto óptimo)*
* ***Estrategia DO****; estrategia adaptativa, permite desarrollar la propuesta con pensamiento racional. Aprovecha O, vence D.*
* ***Estrategia FA****; estrategia defensiva, uso de TTHH para racionalizar propuesto*
* ***Estrategia DA****; estrategia de supervivencia, riesgo compartido que se debe evitar en los epígrafes de la propuesta (punto crítico)*
* ***Evaluación Factores Internos (EFI);*** F+D
* ***Evaluación Factores Externos (EFE);*** O+A

Es evidente que desde estas consideraciones estratégicas se deduce la importancia de justificar teoría, praxis y métodos de gerencia y gestión centrados en la planificación estratégica, particularmente dada la vigencia de sus principios en el mundo globalizado y convulsionado de estos tiempos. Nos anima el pensamiento de tomar posición en el debate sobre reforma hospitalaria local y trabajar por la estabilidad asistencial del usuario y el bienestar de los ciudadanos Venezolanos desde todos sus aspectos vinculantes con la atención médica y legal.

En consecuencia este estudio contribuye a fortalecer en forma metódica, técnica y científica, sumando la casuística en medicina legal apoyada en las disciplinas científicas forenses, todas contribuyentes al órgano jurisdiccional mediante los dictámenes de hechos en pro de una contribución correcta, sana y pronta en la administración de justicia a todo paciente que acuda a nuestros servicios asistenciales.

Por consiguiente es imperante expresar una idea que justifique el “*Hospital como Institución Pública en administración de atención y justicia*” al servicio de la sociedad para satisfacer tanto las necesidades extra e intrahospitalarias. Todo hospital debe cumplir su misión primordial de promoción para la salud a través de estrategias oportunas, pertinentes, enmarcadas en los principios de corresponsabilidad, solidaridad, honestidad permitiendo la participaron protagónica; en sí, buscar cambios basados en un nuevo modelo, que permita desligarse de un administración autocrática, centralizada, ceñida a épocas clásicas tradicionales, fragmentada por especialidad y atención, donde se proporciona mayor interés a lo económico y no a lo humano. Para tal fin, se concatenan una serie de criterios que incluyen conveniencia operativa y asistencial, planteando un nuevo equilibrio entre el saber ser y el hacer; entre el atender y asistir desde el punto de vista médico legal.

Frente a ello, se alude el artículo 19 de la CRBV, adscrito al título III de los Derechos Humanos y Garantía del Estado para todas las personas, conforme al principio de progresividad sin discriminación alguna en ejercicio omnisciente de la población. En este orden de ideas, el personal interdisciplinario en salud, en concordancia con la comunidad organizada, debe integrarse para buscar soluciones a situaciones inherentes a la atención hospitalaria.

Con la propuesta de modelo de unidad de asesoría médico legal para optimizar la gestión asistencial de los hospitales, se pretende alcanzar un sistema de prestación de servicio de atención integral al usuario y/o paciente, familia, entorno comunitario y mantener intacta la relación equipo de salud, además debe servir para reforzar las actividades de promoción de la salud y permitirnos aproximarnos a la prevención, y de alguna manera a la participación protagónica tanto del equipo de salud como de la comunidad. Se quiere con ello significar la importancia de la participación del equipo de salud (Medico Forense, Enfermera certificada y Abogado), en la resolución de problemas en salud-enfermedad.

Si bien es cierto que la participación médica es esencial, también lo es la enfermera forense en la unidad de asesoría médico legal propuesta. Dentro de este marco, se puede mencionar la postura de Sart y Sane (2003), en su texto sobre el equipo de respuesta al ataque sexual, Enfermeras examinadoras de ataque sexual, que destaca lo siguiente:

Entendida la actuación de enfermería forense como la aplicación de la ciencia de la enfermería en procedimientos públicos o legales. Constituye una aplicación especializada en los aspectos forenses y el cuidado de la salud, combinada con la educación bio-psico-social de la enfermera(o) profesional en la investigación científica, el tratamiento del trauma o de aquellas víctimas que fallecen consecuencia de hechos violentos. De igual forma participa con su conocimientos y experiencias en la canalización adecuada de casos donde el actor es un perpetrador de abuso, violencia, actividad criminal y accidentes traumáticos (p. 13).

Se explica como la enfermería forense abarca muchas sub-especialidades y las personas que la practican pueden desempeñar múltiples roles, al proporcionar cuidados de salud en diferentes escenarios del sector público, por esto su versatilidad profesional contribuye a ser relevante en la atención médico forense. Se trata de profesionales de la salud que poseen entrenamiento especializado en enfermería forense, intervienen en aspectos legales de la comunidad, conocen sobre la preparación en la recolección de evidencia de víctimas y en el escenario del crimen y contribuyen en el interrogatorio a víctimas. Pueden actuar en su desempeño como asistente en el proceso para determinar la causa y la hora de la muerte, proporcionando consejería a individuos con antecedentes criminales o a ofensores con disturbios emocionales. La enfermera forense ha sido la mejor opción como respuesta dentro de un enfoque interdisciplinario integral del Sistema Criminal de Justicia y se ha ocupado por algún tiempo de llenar algunos vacíos de este sistema.

Esto implica desde la concepción del estudio, modificar positivamente aspectos éticos, teniendo presente el respeto por la autonomía profesional, social, política, económica, cultural y evitar decisiones unilaterales en los servicios de salud y de esta manera se alcanzara el mayor éxito, prestigio, satisfacción laboral, desarrollo del talento humano y profesional, con una administración contingencial flexible y cooperadora basada en decisiones conjuntas.

De igual manera, con el cambio del modelo tradicional de la administración hospitalaria se lograría un salto institucional en salud para la población fomentando un encuentro entre el equipo de salud y el trabajo en equipo, alcanzaría la sinergia entre la persona, su familia y comunidad, permitiendo así evaluar el proceso de estrategias de control de realimentación a la vez que se promuevan los factores de los procesos comunicacionales, los procesos de toma de decisiones, la administración de conflictos, los procesos de cambios, procesos de socialización, procesos protectores de vida con actividades, hábitos y comportamientos saludables donde la participación de redes de apoyo sociales, institucionales y comunitarias de la sociedad y del equipo de salud organizada serían las principales herramientas del modelo.

Debemos recordar que el tratamiento que posee una red de servicios hospitalarios esta interrelacionada con un servicio público y otros establecimientos que lo hacen necesario para su consecución, adquiriendo un grado de responsabilidad dentro de la integración interinstitucional, lo que genera sin lugar a dudas nuevas alternativas de gestión.

Este precepto se encuentra en relación con la Ley Orgánica de Salud, articulo 1 y 2 contenidos en el Título I y el artículo 26 del Capítulo I y *ejusdem*. Esta ley rige todo lo relacionado con la salud en el territorio de la República de Venezuela, estableciendo las directrices y bases de la salud como proceso integral, con determinada organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de servicios de salud, de acuerdo a los principios de adaptación científico-tecnológico.

En el plano profesional esta investigación proporciona el uso de información actualizada asistencial y legal. Desde el punto de vista metodológico, se considera significativa y relevante, por el hecho de integrar de manera directa y activa a los profesionales o no de la salud y los habitantes de la comunidad, lo que permite una mayor validez científica al obtener los datos desde donde acontece el suceso.

Igualmente la investigación, servirá de orientación a quienes dirigen los hospitales u otras instituciones de salud para cambiar de actitud, condiciones de trabajo, tanto con los trabajadores, directivos y jefes asistenciales, así como con los colaboradores inmediatos, buscando alternativas motivacionales, centrados en liderazgo transformador bajo la concepción de la gerencia y gestión hospitalaria de buen desempeño.

Por otra parte, si se profundiza en las expectativas de los ciudadanos (as), respecto al sistema hospitalario público, podrá observarse que estos expresan sus deseos de una mejor atención en términos de accesibilidad, efectividad, seguridad e información.

Finalmente el estudio, servirá de antecedente a futuras investigaciones que se involucren en el estudio de la Administración, Gerencia y/o Gestión Hospitalaria, especialmente en la búsqueda de modelos innovadores y creativos de desempeño, con pensamiento y dirección estratégica con alcance médico legal, fundamentado en cultura eficiente y actitud cooperativa para la resolución de problemas asistenciales que ameriten administración de justicia, especialmente, si consideramos que el hospital y su contexto local, participa en la mayoría de las líneas políticas estatales destinadas a reformar el sector salud.

De acuerdo con las características y los objetivos de la investigación se presentan los siguientes alcances; (a) en el ámbito geográfico el estudio se realizó en unidades hospitalarias públicos, (b) a nivel teórico, logro recopilar y analizar diferentes temas y estilos de gerencia relacionados con el título de informe, (c) a nivel práctico, la exploración de campo del conocimiento hospitalario y la adquisición de conocimientos, permitió estrategias de análisis compartidos con gerentes de servicios para la comprensión de los fenómenos sanitarios en su totalidad, por último se extrajo un cuerpo de condiciones y recomendaciones producto del análisis compartido de utilidad para el estudio

No obstante la importancia del estudio y la caracterización de la situación problemática, se pretende con esta investigación ofrecer una guía o propuesta de un modelo gerencial innovador, integrador y pensado desde el usuario, abordado con un modelo de asesoramiento médico legal detallado en la fase III (Diseño de la Propuesta), con aportes significativos en los siguientes aspectos:

- Precisar un modelo de propuesta de **UNIDAD DE ASESORIA MEDICO LEGAL** en servicios asistenciales con una visión de optimización hospitalaria clara y estratégica para mejorar la gestión hospitalaria y la atención al paciente en situación de victima (hospital integral).

- Modificar los resultados de productividad y rendimiento cama hospital en los servicios asistenciales existentes desde el punto de vista contable, financiero y presupuestario del hospital en estudio extendiéndose hasta el hospital legal (*fig. 1*).

- Presentar un instrumento practico y metodológico que facilite la recolección y disposición de la información por jefes de servicios disponible para el medico director cuya utilidad sirva para priorizar los problemas de gestión hospitalaria y administración de justicia como órgano auxiliar (hospital legal).

- Buscar una mayor autonomía gestionaría desde los servicios asistenciales responsables de la administración de la atención especializada y atención legal disponibles en los hospitales (hospital autónomo).

Todos estos alcances y alternativas de solución adjudican al estudio (informe de diplomado) un carácter general aplicable a todos los hospitales venezolanos con la configuración presupuestaria y administrativa similar **(proyecto factible),** por ello en interés de conocer las experiencias de otros expertos y sus teorías, se procedió a revisar, los trabajos existentes.

Utilizando como base, las referencias de organizaciones internacionales, regionales, nacionales e incluso locales, se pudo constatar limitaciones y obstáculos en la consecución sobre:

- Estudios que se centren en proceso gerencial efectivo en los hospitales públicos con interés en unidades de asesoría médico legal.

- Descripciones de procedimientos técnicos y/o instrumentos precisos que faciliten potenciar la gestión hospitalaria pero carentes de protocolos de atención a víctimas procedentes de causalidad violenta.

-Métodos de evaluación centrada en indicadores de rendimiento y aprovechamiento hospitalario con estándares propios para la geografía venezolana sin consideración de estándares para pacientes con lesiones de etiología médico legal.

- Teorías que versen sobre procesos administrativos asistenciales en el hospital público, sobre todo cuando se relaciona asistencia con la asesoría médico legal.

Así se ha evidenciado según los aspectos contextuales hospitalario y sobre el objeto de estudio inherente a la gerencia en servicios hospitalarios, que se carece de información teórica y práctica sobre nuevas orientaciones en la medicina legal hospitalaria. Como el estudio lo indica, tiene un propósito de utilización inmediata, la ejecución de la propuesta, que consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una respuesta mediante un modelo operativo y viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades a nivel de los servicios asistenciales hospitalarios.

La propuesta de **“Unidad de Asesoría Médico Legal”** puede referirse a la formulación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos, que sólo tienen sentido de capacitación y formación permanente para médicos y estudiantes. En esencia el proyecto con propuesta médico legal, estaría orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en instituciones hospitalarias en las nuevas líneas de investigación penal con interés médico.

De las consideraciones anteriores se deduce que, siguiendo las bases de un proyecto viable puede ser aplicado en la gerencia hospitalaria la propuesta asesora medico legal, mediante un conjunto de actividades vinculadas entre sí, cuya ejecución permitirá el logro de objetivos definidos en atención a las necesidades que pueda tener las víctimas de hechos violentos o un grupo social en un momento determinado. Es decir, la finalidad del proyecto radica en el diseño de una propuesta de acción dirigida a resolver un problema o necesidad previamente detectada en el medio hospitalario y que involucra al personal de salud.

Con base en las diversas concepciones, el proyecto de asesoría médico legal hospitalaria se desarrolla a través de las siguientes etapas: (a) el diagnóstico de las necesidades en la situación problemática hospitalaria con especial énfasis en los requerimientos médico legal, (b) una investigación de campo para describir la contextualización del problema, (c) un planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta, (d) el procedimiento metodológico, las actividades y recursos necesarios para su ejecución de la propuesta, (e) análisis de viabilidad o factibilidad del proyecto (económica, política, social) y (f) la posibilidad de ejecución en los hospitales seleccionados y de ser posible, diseñar un programa permanente y exportable al restos de las instituciones de salud de tercer nivel de atención (ver fase III).

En consecuencia, se analizará cada una de las etapas que se manejan a fin de evitar confusiones operativas y se propondrá tres enfoques teóricos para sustentar la propuesta de asesoría médico legal (modelo lógico-teórico, modelo epistémico y modelo eulerizado en gerencia). Al iniciar el diseño de solución viable mediante la unidad de asesoría médico legal en hospitales, se plantean muchas interrogantes, que se relacionan con la organización hospitalaria, la participación del personal profesional, con inclusión de la comunidad organizada y estructura gerencial, a saber.

***¿Qué hacer?*** Se determina la identidad, naturaleza y contexto del proyecto factible, que se extiende desde el ámbito hospitalario al entorno social, económico, jurídico y sanitario. Se busca consolidar, definir y explicar los objetivos que guían las acciones para optimizar los servicios asistenciales y evitar desviaciones en su implementación y desarrollo como propuesta.

***¿Para qué hacerlo?*** Para alcanzar un grado de contribución a la solución de un problema hospitalario como órgano auxiliar del derecho y justicia venezolana con jurisdicción en el Estado Guárico y zonas adyacentes y por ende la satisfacción y protección médico legal de usuarios.

***¿Por qué hacerlo?*** Para justificar el proyecto de reforma institucional hospitalaria y consolidar el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en concordancia con los instrumentos legales acorde con la realidad de cada entidad federal y su demanda de morbilidad y mortalidad a través de una explicación sobre su importancia, viabilidad, sustento teórico, beneficiarios, interés, relevancia y motivo.

***¿Cómo hacerlo?*** Incluyendo todas las actividades asistenciales destinas a capacitar a los médicos y estudiantes de medicina durante el proceso asistencial con criterios de planificación integral en salud.

***¿Dónde hacerlo?*** En primera instancia en el Hospital Israel Ranuarez Balsa, hospital seleccionado, donde se procedió a sistematizar las experiencias medico legales y posteriormente con la opción de recomendar un plan que pretenda su implementación general en los hospitales adscritos al programa de medicina de la UNERG.

***¿Qué magnitud tiene la propuesta de unidad de asesoría médico legal?*** Se delimita el alcance cuantitativo del proyecto y su profundidad, el tipo de servicio que prestará o las necesidades que se propone satisfacer. Se otorgara criterio interpretativo a las argumentaciones provenientes de los actores formales con la finalidad de mejorar la propuesta inicial (enfoque cualitativo).

***¿Cuándo se hará?***Se refiere al tiempo que se requiere para llevar a la práctica el proyecto, el cual necesariamente será objeto de un control y delimitación cronológico. El espacio natural para la presentación de la propuesta será el Diplomado en Ciencias Forenses y Criminalística (IFD), en segunda instancia la Sociedad Venezolana de Salud Pública (SVSP), seguidamente el Observatorio Nacional de Salud Pública (ONSP) como miembro activo tanto de la sociedad científica (organización no gubernamental)l, y finalmente ante el colegio médico del Estado Guárico con la finalidad de proponer un órgano calificado y titulado para desarrollar la formación gerencial a nivel de estudiantes de pregrado y postgrado denominado **Unidad de Asesoría Médico Legal (UNAMEL),** que busque un desarrollo seguido de principios, procedimientos legales y criterios sanitaristas, incluyente para profesionales en salud pública para asesorar los principios de la propuesta *ad hoc*.

En este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) adopto la definición siguiente de hospital que para efectos del estudio se mantendrá, y la cual establece:

El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto preventiva como curativa. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación biosocial (p.:8).

El Hospital público tipo III, se adapta perfectamente a las características de múltiples funciones, cuantiosas actividades, gran empleo de personal especializado y no especializado y enorme coste económico. Es fácil comprender que la concepción originaria de la OMS, deja abierta la posibilidad de interpretar una asistencia completa desde órdenes y niveles que surjan en función de nuevas necesidades para los usuarios de servicios asistenciales, en esta oportunidad se inclina por una asesoría médico legal de los pacientes victimas de hechos violentos.

 Debido a estos perfiles sanitarios y al aumento de la deuda externa en muchos países en vías de desarrollo, también se suma la recesión económica de la década de los ochenta en los países industrializados; todo ello permitió que hoy se retome, la inversión en salud con la idea de lograr desarrollo económico. En consecuencia, se empezaron a aplicar programas de ajustes estructurales que llevaron a la introducción de criterios gerenciales, administrativos, económicos y de gestión en las organizaciones sanitarias, con miras a potenciar los servicios de salud, hacerlos más efectivos y obtener resultados satisfactorios centrados en una gestión óptima. La propuesta de asesoría médico legal, representa un avance asistencial en salud pública de alto impacto y bajo costo.

**OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACION**

Creación de la Unidad de Asesoría Médico Legal adscrita al Hospital Israel Ranuarez Balsa. San Juan de los Morros.

**OBJETIVOS ESPECIFICIOS DE LA INVESTIGACION**

1. Describir la organización del Hospital Israel Ranuarez Balsa
2. Revisar la legislación que regula la actividad medica asistencial en Venezuela
3. Proponer la creación de una Unidad de Asesoría Médico Legal en el Hospital Israel Ranuarez Balsa de San Juan de los Morros.

**Bases Teóricas. Modelos teóricos que fundamentan la propuesta**

En lo especial la administración hospitalaria desde una postura abierta sorprende en sus usos y propuestas, también como institución cerrada permite apertura nuevas opciones de atención. De los servicios hospitalarios conocidos y descritos en el Capítulo I, la especialización hace fácil la reconversión del talento humano. En consecuencia solo así es posible sostener sus bases teóricas y aplicaciones prácticas para lograr programas y financiamiento fijos. Para algunos hospitales es una política insostenible, para otros una oportunidad, haciendo especial mención a la premisa hospitalaria que establece que *“ningún hospital es igual a otro en su funcionamiento; pero su administración puede asemejarse si utilizamos lo mejor da cada uno, mejor dicho el Benchmarking hospitalario”*. Por consiguiente, el Benchmarking como proceso sistemático y continuo servirá para evaluar comparativamente servicios y procesos de trabajo, para extraer las mejores prácticas que contribuirían con la unidad asesora médico forense y legal.

A título indicativo, señala Casadesus (2005: p. 34) en su texto “Calidad Practica” lo siguiente *“el benchmarking es una técnica para mejoras prácticas en servicios”*, tenemos pues una herramienta para lograr un comportamiento eficiente a través de la métrica de las variables, e indicadores de otras organizaciones que administran justicia con interés médico legal. Otra tendencia negativa derivada de prácticas ineficientes, está definida por la concepción del servicio “*hospitalcentrico*”, donde la mayor demanda por camas se mira con el prima de la atención al adulto y dentro de esta categoría las enfermedades agudas y crónicas, obedeciendo a una postura limitantes y reduccionista. El benchmarking podría revertir esta tendencia, en especial en organizaciones del sector público, donde otras experiencias han demostrado su eficiente uso como instrumento que agrega valor a la institución.

Si bien es cierto que las políticas estratégicas de la propuesta se consideran reglas o guías que orientan el pensamiento para la toma de decisiones y la conducción de las operaciones del hospital en el logro de objetivos, es necesario nuevas nociones para sustentar ideas-fuerzas que surgen a juicio de los investigadores y se presentan como (1) modelo sintagmático, (2) modelos lógicos, (3) modelo epistémicos y (4) modelo eulerizados. Señalaremos los macroaspectos categorizables y estratégicos de la propuesta y que es necesario describir en cada uno, para la comprensión lectora y aplicable desde la perspectiva de los actores interesados.

**Modelo sintagmático como núcleo de la propuesta**

El conocimiento y la apertura hacia nuevos horizontes en el deseo de mejorar nuestras organizaciones este definido por la integración de paradigmas en un proceso creativo de [carácter](http://www.monografias.com/trabajos34/el-caracter/el-caracter.shtml) sintagmático. Debe señalarse que por [paradigma](http://www.monografias.com/trabajos16/paradigmas/paradigmas.shtml#queson) a juicio de los investigadores se entenderá; *“toda* [*estructura*](http://www.monografias.com/trabajos15/todorov/todorov.shtml#INTRO) *de* [*pensamiento*](http://www.monografias.com/trabajos14/genesispensamto/genesispensamto.shtml) *o posición epistémica bajo los cuales es apreciada una realidad cualquiera, en la perspectiva de y referida a una manera determinada de ver la realidad, una forma de actuar o una particular manera de ver el todo (el holos)”.*

En lo esencial los sintagmas son procesos de investigación, de indagación y de creación abiertos hacia interacciones permanentes, de carácter novedoso. Sus componentes están definidos por; (a) el núcleo sintagmático, (b) la comprensión sintagmática y, (c) la explicación sintagmática. El sintagma exige estudio, investigación, apertura y comprensión, pero permite al trabajador, al intelectual, al investigador, al docente y al científico, estar abiertos a las posibilidades de percibir la complejidad con más naturalidad y proveerse de un recurso para la generación de mayor conocimiento.

Se observa que el sintagma es la *“integración de paradigmas”.* Constituye la vinculación creativa de experiencias y saberes, los cuales mediante la condición relacional da origen a una comprensión integrativa, trascendente, compleja, sujeta a su vez al contexto y a las relaciones que surgen entre situación problemática y soluciones oportunas.

Esto significa que el sintagma *“integra conocimiento, experiencias, saberes, con posibilidades de generar maneras de percibir la realidad”.* Cuando se trata de integrar paradigmas, el sintagma puede ofrecer la posibilidad de plantear nuevos modelos interpretativos y comprensivos.

Cuando corresponde a la integración de teorías, el sintagma puede emerger como una nueva teoría. Los sintagmas orientan hacia nuevas comprensiones, pues, no pretenden presentar el conocimiento como final y determinante, ya que por concebirse como procesos de investigación, de indagación y de creación abierto siempre estará en interacción permanente con carácter creativo.

Una de las principales estrategias de la propuesta está guiada por el **principio sintagmático** (ver figura 6). Dicho principio alude a la comprensión integrativa del conocimiento derivado de los procesos mediante los cuales se acceden a través de los niveles de complejidad producto de procesos iterativos, de las condiciones lógico abstractiva y de la actividad perceptual.

**Figura 6.** *Representación del principio sintagmático*

**Núcleo**

**Sintagmático:**

**Atención y**

**Asesoría ML**

**Usuario**

La figura 6, es una constructo representacional donde se visualiza un núcleo sintagmático identificado con la atención y asesoría médico forense. En la perspectiva que aquí se adopta, la realidad asistencial hospitalaria parte de los modelos que apoyan la propuesta concebido como una totalidad. El efecto de apreciación y de comprensión del todo ocurre desde la postura de la escuela Gestáltica, dedicada al estudio de la realidad como una percepción total configurada *(Gestalt)* y no mera suma de partes. Su mejor enfoque está orientado hacia la formalidad hospitalaria configurada bajo principios que generan nuevos conceptos en su organización que mejoren su funcionamiento y atención a la demanda. Esta imagen que surge en la mente de estudiosos e investigadores también configura leyes, elementos y componentes regidos por pensamientos, inteligencia y resolución de problemas.

En nuestra experiencia en el medio hospitalario asistencial y legal se configura necesidades con carácter prioritario y urgente sobre la realidad observada. En suma podría llevarnos a la comprensión mental en el Capítulo II (contextualización del problema), respetando el principio de que “el todo es mayor que la suma de las partes”.

Con ello podremos explicar que la organización hospitalaria percibida esta en relación directa con la asistencia pero también debería estar con la asesoría medico legal de las victimas resultado de hechos violentos. Muchos aportes para los modelos mentales de la propuesta lo proporcionaron pioneros y difusores de la Escuela de la Gestalt del siglo XX, entre los que se mencionan; *Max Wertheimer* (1880-1943, pionero de teorías); *Wolfand Köhler* (1887-1967, difusor teórico); *Kurt Koffka* (1887-1941, difusor teórico) y *Kurt Lewin* (1890-1947, pionero moderno), ver figura 7.

**Figura 7.** *Galería de fundadores de la Escuela Gestáltica*

Kurt Lewin (1890-1947)

Ernst Mach

1838-1916

Kurt Koffka

1886-1941

Wolfgang Köhler

1887-1967

Max Wertheimer (1880-1943)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| -Enseñanza global para fortalecer el intelecto.-Responder al significado de lo que se aprende.-Ley del significante de la pregnancia. | -Lugar del valor en un mundo de hechos.-Aprendizaje productivo. | -Aprendizaje temprano.-Aprendizaje sensorio-motor.-Aprendizaje después de una consecuencia.-Aprendizaje por imitación. | -Pensamiento holístico-Fundamentos fenomenológicos.-Psicología y Biología relacional. | -Psicología de grupos y relaciones interpersonales.-Comportamientos influidos por otros.-Variables psicológicas medibles.-Leyes que rigen la convivencia.-Heurística. |

Algunas de las manifestaciones de los fundadores de la Gestáltica se evidenciaron en los modelos de desarrollo en salud, en función del desempeño de las mejores prácticas (Benchmarking asistencial) y se extendieron a la propuesta a través de las propiedades de: (a) semejanza entre actividades, (b) proximidad de categorías, (c) simetría en las actuaciones, (d) continuidad de funciones, (e) dirección común, (f) igualdad de trato y (g) experiencia al servicio de la demanda.

Cada autor proporciono referentes teóricos comprensivos sobre comportamientos psicológicos de pacientes y personas relacionados con hechos violentos. Sin embargo un filósofo mostro otra perspectiva de las percepción sensorial, las cualidades y propiedades de organización en la conciencia para explicar problemas puntuales a saber desde la óptica de; (a) pensamiento holístico, (b) fundamentos fenomenológicos, (c) sucesos de la vida y (d) procesos psicológicos y biológicos. Sobre estas bases argumentativas se desarrollaran los modelos de la propuesta.

El acercamiento al proceso asistencial y forense, el requerimiento de recursos médico legal, el desempeño hospitalario orientado a la victima de hechos violentos, la asistencia al usuario de forma integral, la administración de servicios por profesionales de salud, permiten hacer abstracciones que justifican la percepción común de un problema. De esto trata el principio sintagmático (*syn y tagma*), que significa por esta vía sincronismo de formación estructural, orden y proceso. El sintagma por ende es percibido como integración de paradigmas y está en relación con el *holos.* El proceso sintagmático es dinámico y el núcleo sintagmático es el foco de atención y las interrelaciones constituyen el contexto del evento. De esta forma indica coincidencias de factores capaces de generar formas estructurales nuevas.

La figura 6, es una constructo representacional donde se visualiza un núcleo sintagmático identificado con la atención y asesoría médico forense y legal del usuario, integrando conocimientos de distintos paradigmas para comprender la propuesta de unidad asesora y gestión asistencial integral.

Los sintagmas se logran por convergencia de paradigmas. También mediante el desarrollo de presupuestos conceptuales de generación progresiva de una matriz epistémica basada en la riqueza conceptual de los eventos. Requieren integración teorética y exige trascender paradigmas para integrarse en modelos epistémicos abiertos.

Las políticas que abonaran la propuesta se presentaran a continuación. Fortaleciendo las acciones asistenciales de los componentes médico, de enfermería y forense. Las dimensiones y los ejes articulantes a saber son los siguientes;

1. Revisión continua y periódica sobre la gestión y la gerencia hospitalaria.
2. Analizar de manera racional los pros y los contras de la toma de decisiones administrativas.
3. Capacitar al personal administrativo que labora en el área de administración de medidas forenses y legales en todo lo referente a gestión de recursos y planificación estratégica.
4. Realizar e implementar un sistema de información gerencial automatizado orientado al fortalecimiento de la gestión hospitalaria con la asesoría médico forense y legal.
5. Asignar recursos financieros, humanos, técnicos, materiales y de información para los lineamientos estratégicos.

En este escenario, que plantea la propuesta es indispensable referirse a uno en particular, la prestación del servicio médico forense y la información tecnificada y automatizada. La información puede apoyar la gestión interna de la unidad propuesta, así como permitir la regulación entre entidades, personas, y dependencias que administran justicia. La información como servicio público contribuye a la gestión, aportando datos confiables, objetivos y oportunos que coadyuva la toma de decisión, minimiza las debilidades y mejora la prestación del servicio asistencial (ver factibilidad de la propuesta).

Para cumplir con la implementación y ejecución de la propuesta se requiere de una política clara en la asignación de recursos, dotación de personal, apoyo financiero, material y soporte tecnológico. El fortalecimiento de la gestión depende de los lineamientos y estos de los recursos disponibles. La conformación y distribución de recursos deberá establecerse según los criterios de:

1.-Talento Humano (TTHH): constituido por el personal que labora en el hospital y junta directiva.

2.-Recursos Financieros (RRFF): conformados por activos líquidos, los pasivos y el capital.

3.-Recursos Materiales (RRMM): comprende todos los activos tangibles del hospital, instalaciones, equipos, mobiliario y otros.

4.-Recursos Tecnológicos (RRTT): están constituidos por todo conocimiento, destrezas, métodos y herramientas que permitan al hospital llevar a cabo las actividades, entre ellos se mencionan los sistemas computarizados, contabilidad de costos, presupuestos e información gerencial.

5.-Recursos de Información (RRII): conformados por los datos, estadísticas hospitalarias, indicadores de medición y otros.

Otra de las actividades estratégicas de la propuesta está enmarcada en la **concepción planificadora** del gerente entendido como técnica para el administrador de servicios, como metodología para el gerente médico o como actitud de vida para el trabajador.

 Como técnica recurre a las herramientas propias de esta disciplina para su uso. Quienes recurren a la planificación como técnica encuentran en ella instrumentos de operatividad. La planificación como metodología, implica una mayor inserción por parte de quienes recurren a la planificación, como un accionar de su profesión y como un recurso ideal para precisar tareas y para la actividad rutinaria.

La planificación constituye el ¿*Cómo hacer que*? y el ¿*Qué hacer para*? En esta percepción el planificador se involucra activamente en el proceso, en sus distintas fases deviniendo en una sinergia propia del proceso de su interés, pero esencialmente como recurso metodológico. Debido a su importancia el primer y el segundo objetivo específico de la propuesta se dedica a atender esta necesidad en los jefes de servicios asistenciales. También se dedica especial interés en el segundo taller de capacitación médico legal.

La forma de entender la planificación en gerencia hospitalaria estará muy asociada con el esquema de ideas, de valores, con la tradición y las expectativas del planificador. Según el modelo epistémico del planificador, según el marco referencial, de acuerdo al modelo teórico, a su experiencia cultural y según las circunstancias propias de su devenir, la planificación se manifestara de singulares maneras. Cada modelo epistémico, propicia una manera de entender la planificación, de comprender la realidad e interpretar las circunstancias del contexto auspiciando un tipo de planificación.

Existen diversas maneras de entender la planificación y de actuar según los acontecimientos, sin embargo se insistirá en; (a) la planificación por circunstancias, (b) planificación por contingencias, (c) planificación en perspectiva, (e) planificación por escenarios, y (d) planificación prospectiva o estratégica o de largo plazo para dar cabida a los objetivos específicos de la propuesta.

Los aspectos claves de la planificación por circunstancias atenderán inmediatamente los problemas que se vayan presentando que vinculan lo asistencial con lo legal paa la atención a las víctimas de hechos violentos. Sin pretender asumir la improvisación, se responderá a hechos señalando los acontecimientos, para lo cual se requiere de cierta preparación y experiencia (formación académica). La planificación por contingencias, obedecerá a un grado evolutivo de la anterior, a diferencia de que la contingencia se refiere a situaciones o acontecimientos de magnitud, los cuales obligan a atender las cosas por vía de la urgencia. Cuando los hechos desbordan su cauce normal, o se presentan situaciones graves o de peligro inminente, entonces, se actúa.

La planificación por contingencia no necesariamente implica dejar las cosas para el momento de los acontecimientos ya que se pueden elaborar planes para atenderlas en caso de presentarse. Este es un buen activo para los jefes de servicios asistenciales (planes elaborados para responder a contingencias) concebido en la propuesta y sus objetivos específicos.

La planificación en perspectiva, conlleva una visión hacia el futuro a partir del presente. Requiere claridad con respecto al presente. Exige un profundo conocimiento del presente para orientarse hacia el futuro, en el espacio y el tiempo, precisando las distintas etapas. La planificación por escenarios, tienen relación con la determinación previa de situaciones posibles, llamados escenarios o realidades futuras, una situación cuya progresión de acontecimientos permiten pasar de situación de origen a la situación de futuro.

 Los escenarios responden a cuatro condiciones;(a) pertinencia, (b) coherencia, (c) verosimilidad y (d) transparencia. Cuando el gerente acude a la planificación por escenarios es porque conoce suficientemente el contexto y está en capacidad de orientar la creación de los mismos a partir de los factores fundamentales, de forma tal que el riesgo lo determina el juego de posibilidades con respecto a otros escenarios.

 En este momento, justifica la propuesta su componente planificador ya que se requiere de tiempo, para la formación de equipo planificador guía con carácter permanente y profesionalizado. Por último la planificación prospectiva, proporciona una novedosa vía para planificar, que proporciona ubicación del interesado en los resultados y detalla necesidades para lograr sus objetivos.

Retomando la expresión de un proceso sintagmático la comprensión generada contiene aportes fundamentales de los diversos paradigmas. El sintagma para su mayor valoración debe ser apreciado en su complejidad, pues los distintos pasos como también los variados aspectos del proceso sintagmático son importantes, dependiendo de los propósitos del interesado en el estudio.

Por supuesto que en este acercamiento investigativo a los sintagmas debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, los siguientes; (a) los paradigmas originarios, (b) las relaciones entre los paradigmas, (c) los niveles relacionales de los paradigmas, (d) el núcleo sintagmático, y (e) el efecto gestáltico del sintagma. De nuevo se pone de manifiesto la importancia del núcleo sintagmático y los presupuestos gestálticos para el modelo de propuesta.

 Dentro de la perspectiva *“actuar paradigmáticamente”* significa juzgar y actuar según un [modelo](http://www.monografias.com/trabajos/adolmodin/adolmodin.shtml) teórico determinado, muchas veces en detrimento de otras maneras de ver las cosas, las cuales también tienen validez. Pensar paradigmáticamente, es ubicarse en una perspectiva, sin negar otras opciones.

 En una sociedad tan compleja *“ser paradigmático”* constituye un problema serio sobre todo en contextos donde la realidad debe ser vista desde distintos ángulos, para [poder](http://www.monografias.com/trabajos35/el-poder/el-poder.shtml) tener una apreciación completa. Un mundo paradigmático es un mundo dialéctico, de constantes luchas de opuestos, de tesis en contrarios enfrentado a otros saberes, pues un paradigma por lo regular es visto como opositor, contrario y percibido con recelos y temores.

En el plano de la gerencia asistencial hospitalaria y gestión de organizaciones sociales, la holística propicia la concepción amplia, dinámica e interactiva de diversos paradigmas y mantiene posibilidades de apertura y de desarrollo hacia variados contextos. En holística, la gerencia asistencial debe estar caracterizada por la formación profesional especializada, abierta a comprensiones multidisciplinares, con base en delegaciones de responsabilidades y liderazgos compartidos. Propiciando de esta forma la ejecución de tareas, el ejercicio del poder, la toma de decisiones y la identificación de los factores propios de los contextos en los cuales la gerencia ocurre.

En efecto una gerencia hospitalaria con criterios holista conduce a visualizar el evento en salud, su estructura organizativa, el sistema de atención, la visión de empresa, el organismo enfermo, en su mayor amplitud posible, aprehendiendo en este proceso complejo y dinámico distintos aspectos que lo constituyen (hacia el interior), sin descuidar su relación con otros contextos y proyecciones (hacia el exterior), de forma tal que las decisiones, los hechos y las circunstancias particulares puedan ser apreciadas en mayor magnitud por su propia incidencia de los hechos, por los efectos inmediatos y derivaciones que puedan tener en el marco de sus relaciones.

Aun sin embargo, uno de los aspectos claves de la actividad asistencial holística es reconocer al humano como principio, centro y fin de su gestión y, en ese reconocimiento la aceptación de integralidad. Principios que encajan perfectamente con el modelo de atención en salud médico legal. Esto implica considerar lo humano como prioritario en la atención en salud. Además sugiere no descuidar la condición de integralidad como fundamental, el todo relacional como necesario y la urgencia de potenciar la producción a través del reconocimiento de valores, potencialidades y aptitudes de todos y cada uno de los criterios holistas.

Sin embargo, en la organización hospitalaria que se perfila, es necesario trascender las posiciones paradigmáticas para converger a una manera abierta, participativa, holística de la realidad. El trabajo multidisciplinario, los nuevos desarrollos tecnológicos, los alcances en [ciencia](http://www.monografias.com/trabajos10/fciencia/fciencia.shtml), las innovaciones en técnica y en nuevos avances se logran con el esfuerzo mancomunado, con el trabajo de profesionales de distintas disciplinas quienes desde diversos [modelos](http://www.monografias.com/trabajos/adolmodin/adolmodin.shtml) teóricos interpretan los eventos y en consecuencia sugieren respuestas a los dilemas de la complejidad.

Dentro del marco de la propuesta a desarrollar, persigue con el modelo sintagmático ayudar a superar el reduccionismo antropológico asistencial, que condena a sus integrantes a ejercer una única actividad, metódica, sistemática y rutinaria, en un solo ambiente laboral, para toda la vida profesional. La superación gerencial de este enfoque se logra en la medida que se descubra su sentido multidimensional, la naturaleza integral y las posibilidades de trascendencia que acompañan los propósitos de las organizaciones, lo cual se refleja en vinculaciones laborales determinadas por procesos.

Cabe considerar igualmente la posición sobre holística y sintagmas de la *Sypal,* (1995), en su texto la Importancia del enfoque Holístico. Para comprenderlos, es preciso trascender la posición paradigmática y asumir una actitud abierta, integradora, capaz de reconocer distintos paradigmas para integrarlos en contextos epistémicos más completos. En sentido simple,

**Un sintagma asume la integración de paradigmas, experiencias y saberes, los cuales mediante un proceso relacional dan origen a una comprensión amplia, trascendente, compleja, sujeta al contexto y a las relaciones. Esto significa que un sintagma integra, comprende y aprehende conocimiento y experticias, y genera una nueva manera de percibir la realidad, teniendo en cuenta siempre los aportes de los anteriores paradigmas, pero planteándose el nuevo conocimiento como un modelo emergente válido hasta tanto esa manera de ver las cosas pueda ser integrada en un proceso de conocimiento, esto es, en un nuevo sintagma (p. 54)**

El [valor](http://www.monografias.com/trabajos14/nuevmicro/nuevmicro.shtml) del sintagma no se agota en el sí mismo, sino que vas más allá y orienta hacia nuevas comprensiones, pues no pretenden presentar [el conocimiento](http://www.monografias.com/trabajos/epistemologia2/epistemologia2.shtml) como final y determinante, ya que son procesos de [investigación](http://www.monografias.com/trabajos11/norma/norma.shtml), de indagación y de creación abiertos hacia interacciones permanentes, de carácter creativo. Los sintagmas están integrados en *holos* de comprensión, y éstos a su vez tienen que ver con otros *holos* que también expresan múltiples relaciones de eventos, sinergias y contextos diversos.

Si bien es cierto que en un proceso sintagmático la comprensión generada contiene aportes fundamentales de los diversos paradigmas, el sintagma logrado entendido como nueva comprensión, ofrece una mejor apreciación del proceso. Dicho sintagma, ha de ser visto; (a) desde su propia significación; (b) en el contexto de las relaciones con los paradigmas que lo generaron; (c) en la posibilidad que se genera de percibir potenciales paradigmas emergentes; y (d) en las interacciones de (a), (b) y (c), ya que es necesario tener en cuenta, en un proceso sintagmático y la multiplicidad de relaciones.

Ahora bien actuar holísticamente significa también apreciar el complejo organizacional en toda la amplitud y crear las condiciones para que la estructura relacional se potencie a través de la producción, de los supuestos, pero también por intermedio del reconocimiento de otros ambientes relacionales.

Dentro de este orden de ideas, la propuesta se desarrollara atendiendo los siguientes epígrafes; (a) aspiración de presentar un modelo de integración de lo ontológico, epistémico, gnoseológico, fenomenológico y transdisciplianrio de la ciencia al servicio de la salud; (b) propósito de ofrecer una teoría interpretativa acerca de la praxis asistencial en el contexto de la organización hospitalaria y adecuar la atención de tercer nivel en el sistema de salud venezolano; (c) fundamentación reflexiva desde la organización de salud y el proceso reproductivo en la población direccionada por la acción, identidad personal y niveles de intervención; (d) presentación de modelos de acercamiento vía heurística; (e) reconociendo que la atención en la red hospitalaria es compleja cargada de valores, creencias y cultura y (f) abordaje con un pensamiento volumétrico constituido por un método generador de inventiva impulsado por la indagación, resonancia fáctica y conceptual.

**Modelo lógico proposicional**

Podríamos resumir a continuación la propuesta de UNAMEL-HIRB como una representación esquemática de la realidad ideal, que servirá para organizar y comunicar de forma clara los elementos que involucran un accionar global de la asesoría a víctimas de hechos violentos que consultan a nivel hospitalario. En el plano lógico, la comprensión precede a la explicación, por ende el mejor método para dilucidar el sentido de la acción legal es la comprensión de los eventos. El enfoque de la propuesta mediante modelos lógicos tienen la particularidad de permitir a cada quien, de acuerdo a sus conocimientos, intereses y valores, conocer un evento medico legal desde las manifestaciones propias de un paciente en servicio asistencial.

El juicio derivado es *“la estructura lógica fundamental”,* a la cual se supedita todo lo demás. En el razonamiento surge un ordenamiento de juicios mediados por reglas que dan lugar a conclusiones. El juicio es de orden enunciativo y el concepto de índole presentativa.

Considerando que en este contexto se originaron las disciplinas, técnicas y profesiones a las cuales representamos, no referiremos a los conceptos derivados del razonamiento lógico del modelo para la propuesta. Sin embargo desde una mirada amplia, se puede decir, entre disciplinas, que se aprecian aspectos y nuevas perspectivas del evento médico legal en estudio.

No obstante la importancia del modelo lógico, creamos condiciones para propiciar la integración interpretativa de conceptos, en aras de una manera completa de apreciar el evento médico legal, el cual una vez aprehendido y comprendido de manera gestáltica, es descubierto como evidencia de una totalidad. Esto permite descubrir la condición enigmática de la epistemología, y reconocer que el conocimiento no se agota en sí mismo, pues conduce a más saber. En el fondo de la propuesta se identifica que todo conocimiento está amparado por la posibilidad de seguir aprendiendo.

Las nociones de concepto y categoría desde el método se intenta abordar conociendo la situación problema (Capitulo II) para delinear una ruta a recorrer en su propósito de comprender (capitulo III), de tal forma que configura toda una actividad de indagación o búsqueda de conocimiento conocida como modelo lógico de la investigación (ver figura 8).

 **Figura 8.** *Modelo lógico de la propuesta UNAMEL hospitalaria*.

 ***p***  ***q*** ; ***r***  ***s***

*Dónde:*

***p***; conocimiento existente y dato conocido (antecedente)

***q***; conocimiento no existente, dato desconocido (consecuente)

***r*;** realidad donde se desarrolla la situación objeto de investigación

***s***; solución propuesta

(*p + q = 1*)

En el modelo lógico se aprecian; (1) el juicio y su correlato objetivo, (2) los elementos intervinientes del juicio, y (3) clasificación de juicios según los objetos. Con respecto al primer elemento, el juicio consta de conceptos. En el juicio “el servicio asistencial es atención al usuario víctima de hechos violentos”, el servicio asistencial es el material conceptual y la atención a víctimas de hechos violentos es el juicio ideal o lógico (conocimiento existente y dato conocido -*p*-). El juicio en esta relación se suele definir como una conexión de conceptos. Lo esencial del juicio es la toma de posición y aseveración (positiva o negativa). Los elementos del juicio, se describen como el **concepto-sujeto** (sujeto de juicio).

Desde la perspectiva epistemológica que se adopte para indagar sobre la realidad hospitalaria se plantea un modelo lógico de lo que se enuncia (**objeto-predicado**) que se sigue en una investigación científica, diferenciándolo claramente del concepto metodológico, utilizado en el proceso de investigación que sustenta esta propuesta y donde se abordó el objeto de estudio en el planteamiento del problema.

La representación de la propuesta mediante este modelo lógico-proposicional, de asesoría médico legal para pacientes victimas de hechos violentos, es lograr la elaboración de una escala proposicional a través de un complejo de símbolos, premisas, ideas, preceptos que facilitan la indagación y aprehensión del fenómeno y su aplicabilidad en próximos años. En la dinámica del conocimiento asistencial y médico legal, el sujeto se deja determinar por el objeto, se abre a él, en la acción, se impone la ley.

Conocimiento de la realidad médico legal y acción sobre los resultados son, pues, dos actividades de signo contrario. Al conocer, abordando lo no conocido (*q*), procuramos que la realidad venga a nosotros, al obrar, vamos hacia la realidad (*r*) para modificarla. Surge una regla lógica *“todo conocimiento es una recepción, toda acción es modificadora”.* Aquí surgen las dos direcciones contrarias en el modelo lógico; la del conocer y la del hacer.

La vía del conocer esta dirigida al pasado, porque la situación conocida es fatalmente anterior al saber de ella, que en nosotros se organiza, con la única excepción de los objetos o situaciones intemporales. El hacer, en cambio, se proyecta hacia el futuro, porque la modificación que es su resultado, es posterior a la acción modificadora, y está asociada al propósito que la configura a la decisión de la voluntad.

Cada método posee una lógica que establece principios y procedimientos para abordar los objetos de conocimiento, en tal sentido, cada investigador diseña su propio métodos procurando comunicarlos y volverlo intersubjetivo para consolidarlos y validarlo en la comunidad científica. Partiremos según el modelo de la visión general de la asistencia hospitalaria hasta alcanzar un modelo particular que lo represente (razonamiento deductivo), ver figura 9.

**Figura 9.** *Razonamiento lógico deductivo mediante silogismo.*

 *p* *C* *q*  **.** *p* *C* *q*

 (*R*) + *C* = resultado

 *p* = antecedente *q* = consecuente

R = razonamiento y conocimiento sobre la realidad contextual (*C*) que permite la condición verdadera (conocido -*p*-) derivada en una afirmación del consecuente (*q*) para lo no conocido. La condición última es el consecuente y el resultado será una nueva condición por conocer. *Todo argumento expresa un lógico.* Este razonamiento termina en una regla con una premisa mayor, premisa menor y la conclusión. El carácter de aplicación de reglas generales a casos particulares.

Retomando la epistemología en este estudio, se permite la dilucidación del tipo de proceso llevado a cabo por cualquier grupo de individuos que utilizaron determinado método para acceder al objeto de estudio (epistemología hipotético-deductiva), entre ellos *Karl Popper* (1934), fundador del racionalismo crítico, cuando presentó su esquema para comprender la operación de la mente humana para enfrentar un problema de conocimiento. A partir de estos estudios un problema se contrasta con una teoría, se elaboran hipótesis y se establecen procedimientos lógicos. La creación de un modelo en grado supremo, trasciende el campo lógico y metodológico, razón por la cual se ofrecen otros modelos complementarios e incluyentes. Los juicios obtenidos por inferencias deductivistas permiten confrontar la realidad, resaltando lo verdadero.

Simultáneamente, las inferencias racionales y representacionales evita que nuestro pensamiento permanezca encerrado en una comprensión dualista que reduce la diversidad a sistemas de coordenadas polares (términos extremos sin un centro de comprensión). Para continuar con la representación particular, nos invita a utilizar la noción de conjunto. La lógica precedida de conjunto considera a todo concepto un conjunto o colección de elementos.

En materia de investigación hospitalaria y siguiendo la necesidad de adoptar una matriz epistémica como generadora de conocimiento científico se presenta el siguiente modelo lógico (ver figura 9). El trasfondo existencial y vivencial de este modelo lógico propuesto es aquel que permite adecuarlo al paradigma cuantitativo ***(p + q = 1),*** o describir el contexto del problema inmerso en un realidad (*r*), incluso proyectando una solución viable *(s*). A tal fin, generando una fuente que rige de modo general una forma de conocer propia de un determinado periodo histórico, ubicado en una geografía específica, y una organización determinada.

 En esencia, consistirá en el modelo propio y peculiar que regirá los conceptos, leyes y premisas de la propuesta, si esta se generaliza a otros hospitales. Esta investigación, para crear conceptos y asignar significados a los eventos en su capacidad interpretativa y predictiva más allá de una forma de simbolizar la realidad requiere de poseer un modelo que la explique y soporte. Como investigadores, no se intenta imponer un modo de actuar en cada institución hospitalaria estudiada, solo se motiva a pensar desde este modelo lógico una vieja realidad poco atendida, para delinear caminos que contribuyan la a verdad del conocimiento.

Es necesario destacar, que los actos propios que a diario se realizan desde una práctica gerencial, siempre se hacen evidentes en un futuro inmediato, obligante de todo diplomante a construir estructuras mentales para adelantar juicios con pensamiento ágil, sintético, perceptivo y viable. Dicho modelo proposicional de unidad médico legal hospitalaria, es un proceso activo y personal, aprendido por cada profesional interviniente, que en nada responde a leyes o teorías determinísticas pero si requiere de conceptos elaborados, fenomenológicos y constructivistas.

El modelo lógico propuesto apunta a resaltar la noción de que no existen leyes asistenciales únicas, simplemente persisten profesionales en salud que en todo momento toman decisiones. Tanto el modelo lógico como la disposición del profesional de salud se encuentran en la propuesta de asesoría médico legal en un plano inter y transdisciplinario pensado para ofrecer un mejor modo de vida para los usuarios.

Es admisible el planteamiento según el cual cada paso y componente del modelo presente sus propias características dentro de la realidad estudiada según sus estructuras de pensamiento y maneras de percibir y actuar sobre el mundo (cosmovisión hospitalaria).

 Este modelo procura describir y explicar los fenómenos objetos de estudio a partir de información y datos de carácter cuantitativo que se recogen, procesan y analizan sobre la realidad a partir de variables o factores que son susceptibles de adquirir distintos valores. En este sentido la investigación seguirá una postura cuantitativa, sin descuidar atributos inherentes al resultado que se mueven en el paradigma cualitativo.

En razón de lo expuesto, uno de los modelos estudiados durante el ejercicio de las profesiones en administración de hospitales, está determinado por el enfoque de evaluación de servicios de salud propuesto por *Avedis Donabedian (1919-2000) en su texto Calidad Asistencial,* quien ofreció una visión de ordenamiento lógico de la asistencia hospitalaria seguida de un pensamiento socio-sanitario y enfoque pragmático, destacando los componentes de estructura, proceso y resultado otorgando una explicación causal. Además *Donabedian* (*op.cit*., 34) sistematizó el conocimiento de las ciencias de la salud especialmente centrado en la mejora de la calidad asistencial. Propuso una definición de calidad asistencia que es clásica y que fue formulada de la siguiente manera:

Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que puedan acompañar el proceso en todas sus partes (p.23-25).

El trasfondo modelistico incluye una doble visión (lógica y pragmática), creando una teoría que ha sido de gran utilidad en nuestros días para evaluar servicios de salud. La estructura hospitalaria incluye el financiamiento, el talento humano, los planes y normas, las prioridades y programas de salud razón por la cual se denomina también infraestructura de servicios. En los procesos hospitalarios se encuentran identificados el desempeño y atención en salud. Los resultados se advierten en el sujeto (población-usuario), caracterizándose por satisfacción y la disminución de la morbilidad, letalidad y mortalidad.

A partir de ello pueden notarse avances en la integración de modelos (núcleo sintagmático), asumir la realidad y la explicación causal de fenómenos. En los últimos veinte años, estudios orientados al rendimiento hospitalario, se acercan al pensamiento positivista evolutivo de *Hebert Spencer* (1820-1903), naturalista, filósofo, psicólogo, antropólogo, sociólogo, promotor del darwinismo social y positivista. Fue el primero en utilizar los conceptos de estructura y función de forma sistemática. Se dedicó a elaborar una filosofía evolucionista en la que considero la evolución natural como clave de la realidad a partir de la ley mecanico-materilaista. Su pensamiento y mente fue exclusivamente lógico y racional.

Hasta nuestros días, se describe una organización hospitalaria con; (1) estructura en redes mediante su accesibilidad y disponibilidad; (2) procesos hospitalarios a través de su uso, calidad, utilización, desempeño, productividad; y (3) resultados de los servicios, medidos por satisfacción, la cobertura, la eficacia y los costos.

Las acciones en salud pública se consideran de tres tipos; nivel individual, nivel poblacional y nivel ambiental. En el primer nivel se incluyen las intervenciones de tipo preventivo, diagnostica, terapéutica y asistencial. En un segundo nivel las intervenciones requeridas se identifican como prestación de servicios, planeación y organización de servicios, vigilancia de condiciones de salud, regulación sanitaria y control de riesgos. El tercer nivel es el menos abordado, constituyendo una debilidad para el sector y una fortaleza para la propuesta. Se advierte la falta de consideración del componente ambiental que los incluye en la concepción prospectiva de salud bajo el enfoque *“Bio-Psico-Socio-Eco-Espiritual del proceso salud-enfermedad en el orden individual-grupal-familiar-colectivo”,* en síntesis resulta un gran constructo que asegura siempre la presencia de intelectuales e investigadores tratando de justificar y mejorar acciones en estos sentidos (dialéctica sanitaria).

Como sustento del diseño organizacional, las instancias para los niveles se clasifican con; instancias sistémicas, instancia socioestructural, espacios sociales de lo público e instancia individual. Los determinantes también se dividen en básicos, estructurales y condiciones de trabajo. No se pretende dejar fuera ningún aspecto que se requiera para potenciar la propuesta en distintos escenarios de justificación.

En el planteamiento de la propuesta se hizo énfasis en la administración del recurso cama-hospital y su impacto en la atención de la demanda en especial el paciente lesionado o consultante por acciones violentas. Uno de los aspectos resaltantes en la asesoría médico legal mediante los modelos explicativos, es el hecho de rescatar la importancia de la extensión de uso de los servicios hospitalarios medidas por las proporciones; (1) personas que consultan; (2) usuarios que se hospitalizan; y (3) pacientes con soluciones quirúrgicas.

La lógica cuantitativa de la atención hospitalaria traduce la relación del número de personas como población objetivo, usuarios de los servicios, metas a lograr y pacientes que se atienden con necesidades reales. La extensión de uso de los servicios es solo un indicador de atención, de cobertura poblacional y consulta externa. El reordenamiento estructural y asistencial puede extenderse a la propuesta.

La extensión de uso de los servicios hospitalarios es la fracción (*q*) de la fórmula lógica proposicional que puede calcularse dividiendo el número de usuarios entre la población objetivo. La cobertura estaría representada por la realidad (*r*) poblacional conocida representa la fracción (*p*), incluida en la programación de salud en un año calendario, a diferencia de la población objetivo, esta, considera la población total, que hace uso de los servicios. La solución (*s*), al final de la programación está orientada por la intensidad de uso de los servicios. Es necesario precisar, que esta relación es perfectible y aplicable en los momentos actuales a la administración hospitalaria y calza con la propuesta.

La intensidad de uso alude al número de unidades prestadoras de servicios a cada usuario y la concentración de uso representa las veces que un usuario hace uso de los servicios asistenciales. El indicador utilizado para evaluar un servicio asistencial, es equivalente a dividir el número de actividades del servicio entre el número de usuarios obteniendo el número de consultas por servicios. Esta condición sería una fortaleza para los pacientes victimas de hechos violentos registrados, evaluados y con seguimiento médico legal.

La interpretación de resultados posterior a la explicación del modelo lógico es fruto de la asociación de las variables determinadas en los capitulos I y II, su unidad de análisis se proyecta a la muestra de estudio con el fin de llegar al mayor grado de generalización posible a través de inferencias. De acuerdo al modelo, la investigación se realiza en una realidad (*r*) existente de naturaleza compleja asistencial y organizacionalmente donde acuden aspectos fenomenológicos, hermenéuticos, etnográficos y críticos que buscan fundamentación e integración entre sí, más allá de una explicación causal de los fenómenos (descritos más adelante).

Los resultados hospitalarios preliminares se caracterizan por; necesidad de ampliación de servicios de cobertura, incrementar la extensión de uso de servicios e incluir el mayor número de usuarios. La situación problema revelo que se está llegando al menor número posible de usuarios con menor capacidad diagnostica y resolutiva por servicios consultantes en condiciones de lesiones por hechos violentos. Está claro que la utilización cuantitativa de los servicios hospitalarios es una consecuencia organizacional que afecta la productividad, el rendimiento y la extensión de servicios, reproduciendo con exactitud el modelo lógico y proyecta la necesidad del modelo eulerizado (administración de recursos).

Por su parte, utilización y extensión de servicios hospitalarios crean las bases para otra categoría de análisis; el de las camas-hospital ya descrito. Este último recurso mide empleo real de los recursos en servicios, identifica inexistencia de recursos o aquellos que son sub-utilizados. Además define las camas existentes para atención de tercer nivel, las horas médicas dedicadas a cada cama-hospital con pacientes en atención directa (días-camas-pacientes), razón instrumental de uso paa programas según líneas de investigación.

Cada vez que se adentra en el estudio, surge el recurso cama-hospital como un dispositivo clave para la unidad medico asesora. El concepto que utiliza el IFD es ***“usuario en atención por causa de hecho violento en una cama-hospital”*** como equivalente a *“paciente hospitalizado o internado por servicio”, y* su expresión de desempeño es *“paciente lesionado por hecho violento-días-hospitalizado”,* *“camas-hospitalización por servicios” y “días-camas-ocupadas por pacientes derivados de hechos violentos”.* Se destaca el hecho, que resultaría ser una nueva categoría de atención que se incluiría en los estándares asistenciales actuales, lo que imprime una noción de innovación en calidad asistencial.

El recurso cama-hospital es un determinante de gran valor en la unidad asesora médico legal, incluyendo aquellas camas que se encuentran en uso diario y las desocupadas en condiciones de poder ser utilizadas (reparaciones de larga duración, cierre de servicios). Se describen cinco supuestos asistenciales que intervienen para calcular el costo cama-hospital, a saber;

1. Se parte de la premisa de **costo cama-día,** que se obtiene de dividir el presupuesto del hospital entre el número de camas-días-disponibles. De esta manera obtenemos una cantidad ideal en montos monetarios de cuánto cuesta una cama operativa. Este indicador de rendimiento se denomina costo-cama-día. Este valor sirve de referencia para realizar comparaciones interanuales, con respecto a la variación del presupuesto en el hospital en estudio.
2. Se procede a calcular el costo de un paciente que ocupe una cama-hospital. Al final se conoce el **costo dia-hospitalizacion**.
3. A los indicadores anteriores se agrega el porcentaje de ocupación cuya variación es propia de cada hospital (normas según complejidad avaladas por OMS)
4. Con el promedio de estancia más el costo-paciente, obtenemos el costo ideal de un paciente hospitalizado (*p + q = 100%).*
5. Los indicadores propuestos, solo expresan uso de servicios y camas hospital para terapia diagnostica. Si el uso no se corresponde con esta condición, la pérdida es mayor que la atención (se observa en pacientes hospitalizados por condición social).

El interés del cálculo de estos indicadores asistenciales se dirige a determinar que el estudio de la realidad hospitalaria debe ser desde una concepción sintagmática e integradora, nunca dirigida por criterios de desagregación analítica sin menoscabo de la propuesta UNAMEL. Sin renunciar a la indagación sobre las particularidades de los componentes del modelo propuesto, se pretende destacar las relaciones reciprocas entre sus componentes en su totalidad.

Uno de los hallazgos del estudio, fue el ***“costo real de un paciente hospitalizado en un organismo del estado”*** (hospital público), es muy difícil de cuantificar debido a las variadas circunstancias que rodean las variables para el cálculo, que se evidencia en el proceso de atención integral. Con el seguimiento de la propuesta se pretende no crear estas condiciones negativas para los costos asistenciales. Algunas de estas variaciones asociadas a los altos costos que merecen ser consideradas se deben a que:

1. La mayoría de hospitales no poseen un sistema de recolección de información tecnificado, por el contrario operan manualmente. Se consigue data, pero su recolección y clasificación es errática en un mismo periodo de tiempo.
2. La atención hospitalaria transcurre sin ser registrada en muchas áreas de los hospitales. Una condición observada al momento de la encuesta se evidencio por parte del personal, al expresar que era una molestia registrar información de ese tipo.
3. Faltan criterios gerenciales y procedimentales para relacionar datos provenientes el paciente y el departamento administrativo (costos de insumos, gastos de hospitalización, ingresos y egresos de pacientes, media de estancia, rendimiento y porcentaje de ocupación).
4. Los controles son inadecuados a la hora de asignar presupuestos. A pesar de que la asignación del presupuesto esta relacionad a metas, no se han planteado el *status quo* (estado del momento actual*)*, que es la mejor manera de gerencial dichos recursos. No existe disposición por parte del Estado para plantear alternativas de gestión hospitalarios.
5. Existe una visión asistémica de la realidad hospitalaria. El hospital un complejo conglomerado de unidades y servicios. Cada sección trabaja de manera independiente del resto, sin importar de que forma el trabajo o la falta del mismo, puede afectar la totalidad del sistema de atención.
6. Varios son los ejemplos que merecen ser destacados y que deben ser corregidos en la propuesta. El servicio de laboratorio entrega todos los resultados de la mañana al mediodía, sin discriminar si es una emergencia o no. No existe servicios de radiología en las mañanas, porque no hay técnicos disponibles. La farmacia del hospital no suministra medicamentos a pacientes que se hospitalizan posterior a horas de oficina.
7. Esta manera de trabajar dificulta la producción, transmisión y recolección de información, y al mismo tiempo entorpece el rendimiento global de un hospital.

Los registros de los eventos particulares sobre los fenómenos sometidos a estudio mediante el modelo lógico, terminara en categorizaciones y un despliegue de actividades, que requerirán técnicas de análisis de contenido, análisis de discurso, observación participante, dejando abierta la posibilidad de continuar una investigación cualitativa. Se piensa que al ser conocidos como factores intervinientes del problema facilitan su ubicación y se podrían minimizar.

Es evidente que desarrollando el modelo lógico, las dificultades se reducen por el encuentro de paradigmas (cuantitativo y cualitativo) en forma de integración científica como lo planteo *Eduardo Bericat* (1998, p. 31-36), en su obra La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. La ciencia social contemporánea agrega *Bericat* (*op.cit*., p.18), apuesta claramente por la superación de las dualidades. Las ciencias sociales son multiparadigmatica, asumen todo aquello que lo afecta no solo las posiciones ontológica, metateorica y epistemológica, sino que también a las técnicas empíricas, vale decir la metodología. Todo ello conduce al investigador social a extremar el cuidado, respecto a la coherencia en los tres niveles, matateorico, teórico y empírico.

La búsqueda y aplicación de pruebas complementarias, desde escenarios de cruce o convergencia de posturas epistemológicas y metodológicas, incrementa la diversidad de perspectivas sobre un mismo fenómeno, superando dos categorías presentadas por *Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.), filósofo y científico griego sistematizador del conocimiento y fundador de la lógica y de la biología*, también se deja claro el extenso campo de investigación sobre las ocho categorías *Aristotélicas* restantes, que espera por descubrir y abonar saberes.

El modelo lógico, es un diseño metodológico presentado en esta investigación para abordar paradigmas de interés científicos, que van desde el análisis descriptivo, multivariado, hasta grupos de discusión. El estatuto epistemológico de la asistencia hospitalaria, además de los resultados y textos de referencia, pretenden redactar conocimiento en redes hospitalarias, inventarios de recursos intelectuales para ponerlos a disposición de los profesionales que hacen vida en la red de atención terciaria del sector salud.

 Para los investigadores no existen fronteras entre ciencia y las actividades del pensamiento y cuando se asume la filosofía de la ciencia, la reflexión sobre los presupuestos y supuestos se convierten en una tarea científica incansable. El estudio de los modelos, propicia mayor coherencia en la comprensión de la propuesta, ofreciendo una interpretación integrativa asociado a teorías e ideas en el ámbito de la gerencia hospitalaria.

**Modelo epistémico sustentado en la gerencia**

A continuación podríamos resumir el tercer modelo, partiendo de la disposición intelectiva de producir conocimiento científico que pueda ser objeto de reconocimiento por parte de otros investigadores y de comunidades académicas. La comprensión de la organización hospitalaria y la sociedad como usuario de servicios y destinatarios de sus esfuerzos producen sistemáticamente hechos y acontecimientos teniendo en cuenta contextos de descubrimientos (heurística asistencial).

Conviene destacar que fue en 1969 cuando se introduce en la organización de salud pública venezolana el derecho otorgado con la creación de normas y cargos de administración y clasificación de la de infraestructura para establecimientos de salud del subsector público.

Otra de las acepciones es la noción de modelo, entendida como un recurso intelectual, un referente, una manera mediante la cual se remite al conocimiento de algo. La expresión epistémica está vinculada con *episteme* que se interpreta como conocimiento revelado, sostenible y fuente del saber. En consecuencia la expresión ***“modelo epistémicos”*** se refiere a la representación del conocimiento sobre los eventos e ideas de la práctica asistencial hospitalaria.

Conocer el modelo epistémico significa tener una visión completa de la propuesta y las claves de su conocimiento inicial. Reconoce que en todo evento subyace una miríada de eventos y en cada mirada surgen nuevos enfoques y cada significado representa un conjunto de interpretaciones. Cada descubrimiento constituye una invitación a seguir la investigación en servicios asistenciales hospitalarios. El estudio de los modelos epistémicos relaciona el conocimiento y sus representaciones, con *“aquello que se ve”,* en el paradigma *“a partir del cual se ve”.*

El modelo epistémico presenta características que expresan argumentos de logicidad, coherencia, ilación, relaciones, estructura, contexto y teorías. Al coincidir varios aspectos se puede pensar en un modelo epistémico con una propuesta de actitudes y valores capaz de proponerse como representación para mejorar la realidad observada. Para alcanzar el nivel de modelo epistémico se ha dispuesto de la concepción originaria del conocimiento (El Realismo, ver figura 10).

La visión del Realismo, orienta su comprensión hacia la acepción de que *episteme* surge del *factum*. En consecuenciala realidad existe independientemente del cognoscente. Los hechos, estados de los eventos, correlatos ontológicos proveen de un nuevo conocimiento. A partir del estudio de los hechos, se desprende la propuesta. La postura realista centra su atención en los hechos, en el devenir de las circunstancias, independientemente de que dichas circunstancias se conozcan gracias a la racionalidad, la cual permite acercarse a la realidad y aprender de ella. Para un *“realista”* los hechos son los que cuentan y estos son anteriores a las ideas, la realidad enseña y de ambos aprendemos.

 La verdad en este contexto, está determinada por la adecuación de la idea con el hecho. Para el realismo el método por excelencia es la observación, de la que deviene la información en correspondencia con una presentación del hecho en el intelecto. Por tanto, es conveniente destacar el esfuerzo de recuperar el proceso asistencial hospitalario que ha seguido la ciencia en la historia, sus desarrollos y revoluciones. Las circunstancias que han enmarcado el quehacer científico de la gerencia hospitalaria, ha producido un despertar en los modelos explicativos y su esencia cosmovisional.

Debe señalarse que el método del realismo consiste en observar, tomar notas para precisar y verificar. De esta forma se conoce y obtiene experiencia. En este razonamiento se reconoce la noción de realidad, y durante el proceso también me informo. Es una conveniente percepción mediada por los sentidos como acercamiento directo, recordando la premisa de que todo lo que llega al intelecto, primero pasa por los sentidos.

**Figura 10**. *Modelo epistémico para sustenta la propuesta UNAMEL*

***Franz Brentano***

***Husserl***

**Penetra la esencia, lo percibido**

**Encuentra el fundamento de realidad**

**Fenomenalismo**

**Lo que aparece o se muestra**

***Hume/ Kant***

**Fenomenismo**

**Experimentalismo**

**Eclecticismo**

***Augusto Comte***

***John Stuart Mill***

**Pragmatismo**

**Positivismo**

**Experiencia/ Percepción**

***Bacon Francis***

***Isaac Newton***

***John Locke***

**Investigación acción**

***Barrera M.***

**Empirismo**

**Experiencia**

**Realismo:**

“El *episteme* surge del *factum*”

Realidad independiente del cognoscente

Adicionalmente a la postura del realismo que se basa en hechos, circunstancias, situaciones, eventos y fenómenos que ocurren en la realidad se agregan otras consideraciones intelectuales que aporta dinamismo ante esta modelistica. Un profesional en salud realista concibe primero el mundo material percibido por los sentidos y luego se remite a los hechos (pragmatismo), y de su comprensión genera conocimientos y ciencia. Su prueba ontológica es la experiencia (empirismo). La actitud asumida en este referente es la adquisición de un saber mediante un conocimiento originario y positivo (positivismo).

En este sentido es un movimiento concreto y va directo al hecho observado. Algunas de sus manifestaciones se convierten en empíricas, derivando el conocimiento desde la experiencia condicionado a la realidad y no al hecho en sí (empirismo).

El empirismo o filosofía de la experiencia según *Barrera, M*., (2010; p.69), acepta que “la forma como se desarrollan las cosas y las maneras de participar de ellas como experiencias constituye la única fuente de saber”

El empirismo es un modelo derivado, pese a su aparente conexión con el escepticismo y su modelo originario es el realismo. Los métodos del empirismo conducen a reconocer la vivencia, la experimentación como paso necesario para acceder a algún tipo de conocimiento, lo que prepara para actividades de experimentación que a su vez requieren de la aplicación de métodos de verificación fáctica y explicación conduciendo a las derivaciones epistémica de positivismo y experimentalismo.

 Uno de los aspectos destacados del profesional empírico es que no se preocupa por el pasado, solo destaca la condición experiencial. Su pensar está fundamentado en la premisa de que todo hecho que se desee tomar como verdad debe ser tomado de la realidad. Se trata de combinar la experiencia y la realidad, aludiendo al experimento para demostrar el conocimiento y fijar los hechos en sí (experimentalismo).

De este modo, se plantea un tipo de proesional hospitalario que obtiene desde la experiencia un grado de perfeccionamiento de la realidad. Como disciplina se apega de algo y lo conduce a la especialización vía de la experiencia. La práctica se perfecciona una y otra vez hasta mejorar y crear algo mejor (especialización y superespecializacion). El pragmático alcanza la práctica; mientras que el empírico siguiendo la práctica alcanza la experiencia. El profesional empírico es una extensión del profesional pragmático.

El positivismo es otro modelo que reconoce la primacía de los hechos ante las ideas, las ciencias experimentales, las leyes físicas y biofisiologicas. En este modelo la experiencia prima sobre las ideas y sobre la razón, pero es la comprobación la que emerge como condición necesaria para determinar la validez de lo conocido y de aquello que esta por conocerse. Corresponde a una forma de abordar los problemas del conocimiento y de la ciencia a partir del realismo. Los hechos superan las ideas, predominan las ciencias experimentales frente a las teóricas.

El experimentalismo como modelo hace énfasis sobre la necesidad de someter los procesos *ad experimentum* para su posterior evaluación y aprobación. Las ciencias de la salud son producto de este propósito. El modelo concibe la realidad como objeto y sujeto de experimentación. El criterio experimentalista impera como valor de verdad y razón epistémica útil para la verdad jurídica. Lo experimental en esta propuesta se asocia con un programa que modifique la conducta práctica y teórica observada.

Para el experimentalismo, el conocimiento debe ser comprobado y la realidad y sus postulados deben ser verificados. El experimentalismo por ende justifica el ensayo y error. La clave para generar un conocimiento acertado consiste en obtener un método capaz de integrar la dualidad teoría–práctica para producir vía experimento un conocimiento dirigido a modificar la realidad.

El pragmatismo, como modelo adopta la postura epistémica soportada sobre la noción de que el valor del conocimiento radica en la actividad práctica que permite conocer y, a su vez, sustentar lo conocido al integrar a este propósito la capacidad explicativa racional. La importancia de este modelo se encuentra en la utilidad que pueda prestar el conocimiento por su valor de uso, por su practicidad, como también por provenir del ejercicio que garantiza su perfeccionamiento.

En términos generales, el pragmatismo reduce los conocimientos humanos a instrumentos de acción y búsqueda de verdad desde las teorías en su éxito práctico. El pragmatismo se expresa a través de variantes de investigación interactiva entre las que se encuentra la investigacion-accion.

El modelo correspondiente al eclecticismo, adopta una postura que exalta el uso de lo mejor y más representativo de cualquier modelo epistémico. Como tendencia es propio aceptar distintas vertientes del conocer y seleccionar de ellas la aplicación más eficiente (practicidad), mejores comprensiones, variadas técnicas y mejores prácticas profesionales. Como método consagra lo mejor de cada ciencia a fin de configurar parámetros de referencia según la intención del investigador.

El fenomenismo es la tendencia que se interesa en la aceptación del fenómeno como fuente de conocimiento (lo que aparece, se muestra). Al ser lo que se muestra de interés, deja de lado la realidad para darle prioridad al efecto proveniente de los sentidos y, en consecuencia, a la experiencia.

En este modelo la percepción es la fuente del conocimiento. La manera como el fenómeno es percibido por el conocedor es determinante, tanto para su conocimiento como para el interés del investigador y para la propuesta. También es conocido como fenomenalismo lo percibido en el contexto.

En resumidas cuentas, a partir de la década de los noventa empezaron a aparecer muchas propuestas para tener personas estables, definidas y organizadas en la administración hospitalaria. Debe señalarse que estos principios alcanzaron los establecimientos de salud y sus servicios.

Esta nueva tendencia ayudo a variar la percepción que se tenía sobre las áreas asistenciales hospitalarias. También influencio el sector salud y el cambio de enfoque se hizo presente como una exhortación para la adopción de buenas prácticas a todo nivel, con compromiso organizacional (benchmarking hospitalario).

La asistencia hospitalaria adquiere diferentes connotaciones según el enfoque epistémico. Se considera la práctica asistencial sintagmática como una acción que precede el desempeño hospitalario incluyente de estos modelos epistémicos, lo que ha determinado gran variedad de estilos gerenciales siguiendo preceptos de los modelos epistémicos. Sin dudas representa una postura empírico-pragmática y lo cognitivo se asume como esencia y disposición para el aprendizaje asistencial. Lo intuitivo (*eidos*), se convierte en un elemento integrador del conocimiento.

En este contexto emerge la propuesta de UNAMEL con carácter sintagmático, transformador como una herramienta que facilita hacer síntesis, permitiendo la creatividad lógica, para abordar los problemas que pueden suscitarse en el futuro. La intuición permite enmarcar la realidad en contextos, que son altamente variables como lo impone la dinámica poblacional, el comportamiento humano y en consecuencia la atención hospitalaria

**Administración y Gerencia hospitalaria. Visión, Misión, Valores, Principios.**

**Visión**. El HIRB será una organización con espacio y oportunidad para mejorar la condición de vida de la sociedad mediante una infraestructura sanitaria adecuada que optimice la situación de salud de la población, a través de la atención especializada y oportuna en el imperativo de consolidar el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), dentro del área de influencia y cobertura de sus comunidades; atendiendo las necesidades sanitarias, epidemiológicas, quirúrgicas y medico legales, respondiendo a su perfil de morbi-mortalidad, dotados de componentes básicos en promoción para la salud, prevención de hechos violentos, curación de enfermedades capacidad diagnóstica, terapéutica e intervenciones resolutivas en servicios básicos de acuerdo a los valores y principios de accesibilidad, universalidad, gratuidad, solidaridad, integración social, participación activa, calidad, calidez, humanismo, intersectorialidad y pertinencia que garanticen el derecho a la salud.

En su tránsito progresista, el HIRB deben ser un centro de referencia de Servicios de Salud para todo el estado Guárico,  de formación profesional humanizada y de investigación aplicada, que ofrezca prestaciones acordes a las más adecuadas tecnologías sanitarias, de educación y de gestión que integre la docencia y asistencia,  orientada a la formación de saberes, valores y habilidades; asimismo ser centro de referencia para la comunidad en actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades dirigidas a la obtención del vivir bien.

**Misión.** Estructurar un sistema de atención hospitalario con capacidad operativa y funcional disponiendo de servicios básicos, auxiliares y diagnósticos así como de camas de observación y hospitalización para atender patología en un nivel de mayor precisión y eficiencia médica, además ofrecer cobertura integral, asesoramiento médico legal fortaleciendo la red asistencial terciaria, canalizando el flujo de pacientes en un sistema de referencia y contra referencia desde una perspectiva del movimiento de morbi-mortalidad como beneficio para la demanda, en una perspectiva de atención Usuario-Estado-Profesional de salud.

El HIRB estará fundamentado en principios sólidos y permanentes para construir un ámbito asistencial destinado a la salud de la población y a la formación de profesionales basada en valores, centrado en la persona desde una perspectiva integral, familiar y comunitaria; fundado en la acción interdisciplinaria y la rigurosidad científica; destacando principios de ética y calidad, articulado al sistema de salud. Entre otras razones principales que explican su filosofía institucional a través de sus:

**Valores disponibles en el HIRB**

-Solidaridad con los usuarios, trabajadores y comunidad.

-Libertad de actuación en la práctica profesional.

-Bondad como principio asociativo.

-Compromiso con la atención del usuario.

-Igualdad de actuación profesional y asistencia oportuna médico legal.

-Lealtad profesional y laboral centrada en el acto médico.

-Honestidad en el acto humano y técnico.

-Generosidad compartida como acción solidaria.

-Respeto por el otro (otredad), por sí mismo (mismidad) y por los sentimientos de los demás (alteridad).

-Justicia en el acto médico y responsabilidad profesional.

-Autenticidad de criterios y razonar.

-Relación interpersonal con calidez.

-Trato humanizado y cercano.

**Principios Rectores del HIRB**

-Eficiencia en el proceso asistencial y el resultado.

-Eficacia en rendimiento de objetivos.

-Efectividad en alcance de metas.

-Integración de pensamientos y acciones.

-Autoevaluación permanente de las actuaciones profesionales.

-Transparencia en el actuar, practicar y comunicar.

-Mejora y capacitación continúa sin perder su humanización.

-Sentido de pertenencia y lealtad institucional.

**Bases Legales**

**Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**

 En el ordenamiento jurídico venezolano la Constitución de la República de Venezuela establece el derecho a la salud, el cual está contemplado en el artículo: 83 que textualmente contempla lo siguiente: “La *Salud es un derecho social fundamental, obligación del estado que la garantizara como parte del derecho a la vida…”* De lo anteriormente mencionado, se desprende que como derecho social y como política de estado la salud es primordial equiparado a la vida misma así como su protección.

Ahora bien para ello, el estado venezolano provee de diferentes centros asistenciales de acuerdo a la atención medica que estos prestan y en este sentido se tiene los Centros de Diagnósticos Integral los llamados CDI, Ambulatorios, Hospitales, estos últimos por la cantidad de especialidades y los profesionales que allí laboran se hace necesario que los mismos estén ilustrados o adiestrados para recibir en sus unidades pacientes que hayan sido víctimas de hechos delictivos; esto con la finalidad de que el organismo encargado de llevar a cabo la investigación como lo es el Ministerio Publico cuyas atribuciones constitucionales están explanadas en el artículo: 285 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela entre las que se destaca en el numeral 3 que es Ordenar y dirigir la investigación penal de la perpetración de los hechos punibles para hacer constatar su comisión con todas las circunstancias que puedan influir en la calificación y responsabilidad de los autores y demás participantes, así como el aseguramiento de los objetos activos y pasivos relacionados con la perpetración.

Ahora bien, toda vez que se ha identificado la génesis del derecho a la salud así como las diferentes actividades que se llevan día a día en un centro hospitalario. Estos como sedes de recepción de heridos bien sea por accidente de tránsito, violencia de género en sus diferentes modalidades como abuso sexual, maltrato a niños, niñas y adolescente, heridos por armas de fuego entre otros. Es por eso, que al llegar a un centro de salud el profesional de la medicina, así como personal de enfermera debe tener un entrenamiento médico-legal, especialmente en el área de la criminalística para poder preservar todos aquellos elementos que estén relacionados con la presunta comisión de un hecho, con el objeto que puedan identificar a los autores o participes del mismo.

**Derecho Penal**

 El derecho penal materializado en el Código Penal en su más estricta expresión se interpreta como el principal sinónimo de represión, en este caso social, no tendría su razón de ser si no lo fuera, pues hasta el momento no se conoce un código penal con fines distintos, con la finalidad irrestricta de una doble vertiente; en la protección de bienes jurídicos y en la prevención de conductas delictivas futuras, bien de carácter especial y general, fundamentales para lograr la sana convivencia social.

El Código penal representa la última razón del Estado para conseguir el restablecimiento social que se vio vulnerado, es decir que para utilizar el código penal, la sociedad representada, tendría que haber agotado todas las instancias civiles y de carácter administrativo hasta llegar a esta última razón que tiene estado de utilizar su fortaleza represiva mediante la implementación de medidas penales que pueden ser desde una multa hasta la privación de la libertad. Por eso se dice que el código penal es la norma secundaria después de la Constitución en la jerarquía de leyes pues está en juego muchos valores intereses, como la libertad, la seguridad la vida, por mencionar algunos, pues la técnica legislativa permite la jerarquización de esos valores, meramente imprescindibles para lograr los objetivos señalados en el marco del pacto social.

 El hombre en sociedad no puede prescindir del derecho y menos del derecho penal pues desde antes de nacer, el *nasciturus*, ya se encuentra protegido por la norma penal (ante una amenaza de aborto ilegitimo), de igual manera la protección penal sobrepasa los límites la existencia humana para seguir protegiendo valores, en el caso de un homicidio la conducta origino la muerte será estudiada bajo un tratamiento penal, para determinar las causas de su deceso y así identificar al responsable o los autores o participes de del hecho o en el los casos de profanación de sepulcros o cadáveres.

En este sentido el código penal se erige como el garante de ciertos derechos fundamentales como legalidad, igualdad y seguridad jurídica, afirmar que la norma punitiva debe asegurar principios básicos que le permiten la legitimidad de castigar estrictamente presupuestos legales con la limitación que de ellos emanan, ya que en ella, se enmarcan los principios y garantías de seguridad penal como el de culpabilidad y proporcionalidad para imponer las penas y medidas necesarias al infractor de la norma, por lo tanto el derecho penal será la limitación punitiva del Estado para no excederse de su omnipotencia. Establecemos entonces que el infractor de la norma tiene derechos, aunque haya violado el pacto social de estabilidad y armonía de la comunidad, no por ello y por más cruel que haya sido la conducta realizada se le aplicaran medidas que exacerban o que no se encuentran en el catalogo de conductas punitivas como el linchamiento, la tortura, la mutilación.

**DEFINICION DE DELITO**

Es importante destacar, la definición de delito término proviene de **delictum**que idiomáticamente significa abandonar el camino prescrito por la Ley, **delinquere*.*** Este concepto se utilizó en la antigua Roma para contraponer el término de crimen y designar los delicta privata. Posición criminológica, desde las primeras civilizaciones se han determinado conductas donde se han identificado con el calificativo de delito.

El código de Hammurabi (1800 a.C.) es un fiel testimonio así como en la Biblia se recogen las conductas que estaban penadas por esos viejos instrumentos jurídicos. Sin embargo las conductas criminales varían según el tiempo y la época en la que se desarrollan las sociedades con sus respectivas culturas. El concepto de delito enmarca las conductas consideradas especialmente dañinas para el conjunto de la sociedad, las distingue y se hacen más visibles. Por lo que el legislador se debe actualizar espacio- temporalmente para definir que conducta merece recibir el cuño de delito, para así establecer una política criminal apropiada, esto es, delimitar, describir y según interese; prevenir y reprimir el drama criminal socializado.

 El concepto de delito parte de la noción jurídica que ofrece el código penal vigente plasmada por el legislador, así el código penal. Para un buen número de juristas el delito se reviste como una acción, típica, antijurídica, culpable y punible, dicho concepto se estructura con ésos elementos, variando insignificantemente por la doctrina especializada, reinando la diversidad de conceptos, en los que se matiza sin ninguna importancia, eso si, varia en relación en sus características y la relación que se guarden entre si.

 El autor Carrara en su programa de derecho criminal estima al delito a; la infracción de la Ley del Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso. A continuación presentamos ese concepto tripartito por la doctrina especializada así; tiene a Lizt, es el acto humano culpable, antijurídico y sancionado con una pena, Beling, delito es una acción u omisión, típica, antijurídica, culpable, punible y satisfaciendo las condiciones objetivas de ayer, estima al delito a un acontecimiento típico, antijurídico e imputable.

Es así que se debe estimar el delito es un acto típico, antijurídico y culpable, Para Delitala delito será una acción u omisión típica, antijurídica y culpable, Mezger, delito es una acción típicamente antijurídica y culpable, Jiménez de Azua, delito es un acto típico, antijurídico, imputable, culpable sancionado con una pena adecuada y conforme a las condiciones objetivas de punibilidad y que se halla conminado con una pena o, en ciertos casos, con determinada medida de seguridad en reemplazo de ella. Para Wolf, delito es una acción típica, antijurídica y culpable, Rodríguez Muñoz, delito es una acción típicamente antijurídica y culpable.

Y por último debemos mencionar a Welzel, quien expresa que el delito es una acción típica, antijurídica y culpable personalmente imputable y conminada con una pena, Bettiol, delito es un comportamiento humano, típico, antijurídico y culpable, Barman, delito es una acción típica antijurídica y culpable, Schrôder, delito es un comportamiento típico, antijurídico y culpable.

**DERECHO PENAL Y LA CRIMINALISTICA**

Toda acción humana produce consecuencias determinadas que se van a reflejar en el medio que los rodea, si la acción es transgresoras de las normas legales establecidas dará lugar al hecho delictivo, produciéndose el correspondiente daño material o moral. El aislamiento de uno de los elementos del lugar del suceso para su estudio y examen más detallado, lo logra el investigador en su mente, pero éste, no se puede dejar impresionar sólo por el acontecimiento sino que debe tener presente en todo momento que el fenómeno que se presenta ante él, es el aspecto externo, que lo que se observa es el resultado de la ejecución de un delito determinado que puede haber variado por diferentes razones Además del hecho en sí, la acción en su desarrollo deja rasgos indicativos de su trayectoria, modo o forma en que se desenvolvió, duración, elementos éstos que conforman las denominadas "huellas y evidencias del delito".

 De lo anteriormente mencionado, en el campo de la investigaciones para el examen e ulterior estudios de las huellas y evidencias del delito; se tiene como técnicas de investigación La Criminalística como ciencia, elaborada sobre los medios y métodos especiales para el descubrimiento, recolección, análisis, investigación y apreciación de las pruebas con el fin de esclarecer las manifestaciones delictivas, estudia procesos, regularidades, fenómenos y hechos punibles desde el punto de vista jurídico, el descubrimiento de los autores de tales hechos , así como la determinación del valor probatorio de determinadas huellas, mediante el análisis integral del suceso para la obtención del esclarecimiento del delito. La Criminalística coadyuva al cumplimiento del principio procesal de legalidad, dado a que sus partes integrantes garantizan la aplicación de los recursos científico - técnicos y las metodologías para la correcta investigación e instrucción de los hechos delictivos. De lo anteriormente expuesto, se puede concluir que la criminalísticas lleva tres aspectos tales como: Reflexionar en torno a la concepción de la Criminalística como ciencia, su proyección social y su incidencia en el Proceso Penal. Demostrar cómo el conocimiento y aplicación de la Técnica, la Táctica y la Metodología Criminalística en el Proceso Penal permite la realización objetiva y exitosa de las acciones de instrucción y demás diligencias de prueba que integran la denominada fase preparatoria del juicio oral.

 El Objeto de la Criminalística es el estudio y conocimiento de las leyes y procesos del surgimiento de las pruebas, su recolección, investigación y utilización, para la lucha contra todo tipo de actividad delictiva, infractora, negligente y antisocial, así como el establecimiento de métodos criminalísticas para esos fines e igualmente de sistemas de recomendaciones para su prevención. Dentro del Objeto de la Criminalística se encuentra además el fortalecimiento del orden procesal y el estricto cumplimiento de la Legalidad en todas sus partes y por todos los ciudadanos, en especial de los funcionarios que tienen a su cargo la investigación del delito.

En la tarea de la prevención, la Criminalística se apoya en los datos estadísticos actuales para establecer los pronósticos criminalísticas, es decir los futuros hechos delictivos que pueden producirse, contribuyendo de esta forma desde el punto de vista social al perfeccionamiento de las medidas de prevención social, ya que los desarrollos sociales futuros deben y pueden ser objeto de un pronóstico que revele todas aquellas situaciones susceptibles de favorecer la actividad delictiva. La Criminalística ha sido definida clásicamente como la ciencia del descubrimiento y la verificación científica del delito, definición de por sí muy general, por lo que en la actualidad existen varias vertientes en torno a su conceptualización:

Otros aspectos importantes dentro del objeto de la Criminalística es lo relativo al descubrimiento, a la investigación y a la prevención de los delitos. Por **descubrimiento** se entiende en Criminalística, al reconocimiento por un órgano de instrucción de un hecho, situación o suceso relevante desde el punto de vista jurídico penal, como posible delito, aún sin tener conocimiento de los detalles relativos a la forma en que se cometió, a la  culpabilidad, los móviles, las formas de participación entre otros.

Otro aspecto a destacar es la **i**nvestigación de un delito, se entiende, "el conjunto de actividades técnico-científicas realizadas por el investigador para saber qué hecho se cometió: dónde, cuándo y cómo se cometió: quién es el autor o cómplice y porqué lo cometió o participó. Es actividad técnica porque utiliza un conjunto de sistemas y de medios de observación, identificación, recolección, conservación, reelaboración y trasmisión de los datos. Tal sistema comprende los instrumentos especiales de observación, medición y análisis. Es actividad científica porque se funda en principios científicos cuya veracidad está reconocida y aceptada. Es además, una actividad que debe llevarse a cabo conforme a determinadas reglas legales.

 Para la investigación y juzgamiento de los hechos ilícitos debe realizarse respetando el debido proceso, lo que conlleva el respeto irrestricto a las garantías fundamentales de toda persona sometido al proceso penal, por ello tiene mucha importancia los medios probatorios y va depender de ello el éxito del proceso penal Es muy lamentable apreciar en los noticiarios, que los miembros de los Cuerpos de Investigaciones aparecen en los distintos medios de comunicación dando conferencias de prensa, mostrando evidencias físicas halladas en el lugar de los hechos, esto sin respetar los fundamentos de la cadena de custodia, por ende restando así toda credibilidad sobre su carácter probatorio, más aun manipulando incorrectamente.

De allí pues, que se inicia la investigación con la llamada Cadena de Custodia que no es más que la aplicación de un conjunto de reglas y métodos con la finalidad de asegurar, embalar y proteger cada elemento probatorio hallado en el lugar de los hechos, para evitar su alteración, suplantación, destrucción, contaminación, lo que afectaría seriamente la investigación de los hechos ilícitos suscitados. En este orden de ideas se puede citar al autor Federico Ocampos, que brinda una definición muy clara acerca de la cadena de custodia de la evidencia, que dice así: *"…*es el conjunto de etapas o eslabones desarrollados en forma legítima y científica durante la investigación judicial, con el fin de evitar la alteración y/o destrucción de los indiciosmaterialesal momento o después de su recopilación, y Dar garantía científica plena de que lo analizado en el*laboratorio forense* o presentado en el juicio, es lo mismo recabado o decomisado en el propio escenario deldelito o en otro lugar relacionado con el hecho*".*

 En el mismo sentido el autor Jorge Badilla, define de la siguiente manera a la cadena de custodia: *"…*es el procedimientode*control*que se aplica al indicio material relacionado con el delito, desde su localización por parte de una*autoridad*, hasta que ha sido valorado por los órganos de administrar*justicia*y deja de ser útil al proceso, y que tiene como fin no viciar el manejo de que él se haga para evitar alteraciones, daños, sustitución, contaminación, destrucción, o cualquieracción que varíe su significado original. En resumen la cadena de custodia implica: Extracción adecuada de la prueba: El procedimiento e instrumentos por utilizar deben ser los idóneos, válidos y recomendados. Preservación: El medio en que es colocado debe asegurar que sus propiedades no se alteren, ya sea por circunstancias naturales o artificiales. Individualización: Debe garantizarse que el indicio este individualizado y registrado debidamente, de manera que no se produzca su combinación o confusión con otros del mismo u otro caso.

Si es factible marcarla para su identificación, deberá hacerse constar la señal omarca que puso, transporte apropiado: Lacalidaddel transporte debe salvaguardar su integridad de manera que no sufra daños o alteraciones, ya sea por elmovimientoo cambios en elmedio ambiente, Eso conlleva a realizar una entrega controlada y supervisada, debe hacerse constar quién la encontró, quién la recolectó, dónde y que circunstancias. La posesión del indicio debe estar a cargo de personas autorizadas y con capacidad técnica para manipularla sin alterar o destruir las evidencias

**METODOS CRIMINALISTICOS**

Los medios y métodos desarrollados por la Criminalística para la prevención pueden ser subdivididos en: los aplicados al estudiar las causas y condiciones del delito o para su ocultamiento, los utilizados para la obtención de información sobre la realización del delito y los empleados para proteger diferentes lugares u objetos de la acción de los delincuentes.Para el descubrimiento, investigación y prevención de los delitos, la Criminalística emplea en la investigación cuatro métodos particulares de obtención de conocimiento:

* La observación
* La medición y descripción
* La comparación
* El experimento

**La observación:** Es la concentración dirigida de la actividad perceptiva del investigador o el perito, en un objeto del conocimiento escogido. La observación: Es la concentración dirigida de la actividad perceptiva del investigador o el perito, en un objeto del conocimiento escogido; los resultados de esa actividad se insertan en el conocimiento y aporta el material inicial para el planteamiento y elaboración de las versiones criminalísticas.

**La medición y descripción:** En el proceso de la investigación con frecuencia se presenta la necesidad de establecer las características cuantitativas de los objetos investigados y las relaciones espaciales y temporales entre ellos; este proceso es lo que conocemos como medición. La medición es la comparación con una magnitud del mismo género que tomamos como unidad de medida.

En la Criminalística la medición no sólo se efectúa en el peritaje criminalística por parte de los peritos, sino además para fijar el lugar del suceso durante las acciones de instrucción; la descripción se auxilia de la medición para dejar constancia escrita de la relación de síntomas del objeto, entendido éste como el lugar del suceso o el objeto específico del delito. La descripción es también utilizada durante el peritaje criminalistico y en la realización de las actas de acciones de investigación. La descripción de lo percibido debe ir de lo general a lo particular, en éste método se aplican los dos anteriormente explicados, es decir, la observación y la medición.

**La comparación**: Es la investigación relativamente simultánea y la valoración de las propiedades o síntomas generales presentes en dos o más objetos. Es un método de investigación de factores, cosas y fenómenos muy utilizados tanto en la Identificación Criminalística, así como en la realización de las acciones de instrucción. La comparación permite establecer semejanzas y diferencias entre los objetos investigados y los comparativos, lo cual permite la identidad, es decir permite establecer la identificación de personas y de objetos.

**El experimento:** Es la repetición insinuada de un fenómeno bajo condiciones semejantes, según los clásicos del maxismo, experimento es un criterio importante de la verdad de un enunciado, y un método para adquirir nuevos conocimientos. El factor empírico del experimento consiste en su papel activo, realmente influyente y transformante y en la observación a él integrada; el factor teórico inherente al experimento consistente en. Además de los métodos anteriormente expuestos la Criminalística ha desarrollado sus propios métodos (especiales) que la caracterizan como ciencia, ellos son:

 De búsqueda, revelación, fijación y extracción de las huellas (a través de medios desarrollados por la Criminalística como polvos reveladores de huellas, placas dactiloscópicas, entre otros

 De filmación (tanto para la filmación del lugar del suceso durante el desarrollo de las acciones de instrucción como para revelar en condiciones de laboratorio por el Perito, huellas latentes, falsificaciones de documentos, ilustraciones de peritajes macro y microfotográficos

 De identificación (mediante el peritaje de las huellas dermatoscópicas, los rasgos exteriores de la persona, el olor, la voz, la escritura, el ADN presente en las secreciones y tejidos humanos y otros. Específicos de investigación de los distintos tipos de delitos mediante la metodología criminalística de investigación a seguir en delitos concretos

**ORGANOS DE INVESTIGACIONES PENALES**

Toda vez que se ha cometido un hecho punible, como ha quedado definido anteriormente, se activa todo un sistema de investigación criminal a los fines de investigar que efectivamente se ha cometido un delito y una vez que se ha establecido de debe establecer la participación o la autoría o la participación de quien lo cometió. De allí pues que se conjugan en una misma dirección el Derecho Penal y la Criminalística; en este sentido se incorporan a la investigación los Órganos de Investigaciones Penales que están encargados de colectar, embalar, etiquetar y posterior envío de todas la evidencias o hallazgos localizados en el lugar del sucesos. De esta manera el artículo: 113 el Código Orgánico Procesal Penal establece quienes son los órganos de investigaciones penales a tenor contempla: Son órganos de policía de investigaciones penales los funcionarios o funcionarias a los cuales la ley le acuerde tal carácter, y todo otro funcionario que deba cumplir las funciones de investigación que este Código establece.”

 Así mismo la Ley de Órganos de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas Se entiende por Investigación Penal, para la Ley de los Órganos de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (2.007), el conjunto de diligencias orientadas al descubrimiento y comprobación científica del delito, sus características, la identificación de sus autores o partícipes, así como el aseguramiento de sus objetos activos y pasivos. En esta investigación penal, por orden de la ley, se deben respetar los principios referentes a los derechos humanos y al debido proceso, con expresa consideración de la presunción de inocencia, derecho a la libertad, y respeto a los procedimientos establecidos.

La actividad e investigación penal será reservada para los terceros. Los funcionarios policiales en la fase preparatoria deben tratar de colectar todas las pruebas necesarias del caso con la finalidad de que el Ministerio Público logre dictar un acto conclusivo. Las pruebas a utilizar deben ser licitas y la valoración o apreciación de la prueba constituye, indudablemente, una operación fundamental en todo proceso y, por tanto, también en el proceso penal. Borrego (2.002) en su obra titulada La Constitución y el Proceso Penal refiere que, Devis Echandia califica de momento culminante y decisivo de la actividad probatoria, el consistente en aquella operación mental que tiene por fin conocer el mérito o valor de convicción que puede deducirse de su contenido.

Mediante la misma se trata de determinar la eficacia o influencia que los datos o elementos probatorios aportados al proceso tendrán en la formación de la convicción de juzgador. El Cuerpo de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas comprueba mediante inspecciones el estado de los lugares públicos, rastros y efectos materiales que existan y sean de utilidad para la investigación del hecho, así como garantizar la identificación de las personas, que pudieran brindar información que contribuya con la investigación. Los funcionarios que realizan la inspección deben elaborar un informe de conformidad con el artículo 19 de la Ley de los Órganos de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas (2.007) en el que se describirán los elementos tomados en cuenta a los efectos de la investigación, informe que se remite al Ministerio Público (art. 19, de la Ley de los Órganos de Investigaciones Científicas Penales y Criminalísticas el Código Orgánico Procesal Penal (2.001) regula la realización de inspecciones por parte de los funcionarios policiales.

Una Inspección Técnica Policial, no es sino el conjunto de actuaciones que la autoridad policial debe practicar en el lugar o área de terreno donde se ha cometido un posible delito. El objeto de la inspección técnica policial es, el reconocimiento personal, por la autoridad policial, del lugar o área de terreno donde se ha cometido un posible delito, la determinación de la modalidad o modus operandi empleado por el presunto delincuente y la preservación de los indicios hallados en la escena del delito.

**ÓRGANOS DE INVESTIGACION**

Para ilustrar la forma en que se debe llevar a cabo este procedimiento de investigación, hay que suponer un hecho punible de los tantos que ocurren a diario en el país, uno de los principales y que son más publicitados por medios de comunicación es el homicidio, las denuncias entre otros medios. De esta forma la policía tiene conocimiento de la comisión de un hecho punible, por lo cual la averiguación, es decir, la fase preparatoria se iniciaría de oficio, por *Noticia criminis,* por lo cual abre la averiguación y se hace la notificación al Fiscal del Ministerio Público.

Al tener conocimiento de que se ha cometido un hecho punible, el Fiscal del Ministerio Público da la orden de inicio de la investigación y debe ordenar la práctica de las diligencias necesarias. No obstante, en la práctica y en la mayoría de los casos cuando la policía es quien conoce del hecho punible, las diligencias que son urgentes y necesarias ya han sido iniciadas, lo cual se hace a la par con la notificación al Fiscal del Ministerio Público.

Es aquí donde los conocimientos y la experiencia del investigador criminal, junto a las técnicas y los métodos de la Criminalística, juegan una vital importancia; una vez iniciada la averiguación, las comisiones de la policía judicial se trasladan al sitio, con la finalidad de:

1. Determinar la naturaleza del hecho para verificar si se trata realmente de la comisión de un homicidio o no.
2. Preservar el sitio del suceso, a fin de evitar modificaciones que puedan perjudicar la investigación y la apreciación de las circunstancias que rodearon al mismo, lo cual traería como consecuencia posibles errores en las interpretaciones de relación de causa y efecto, entre los elementos que forman la Criminalística, es decir, la víctima, el victimario, el medio de comisión y el sitio del suceso.
3. Realizar con la ayuda de los técnicos, expertos y peritos, las inspecciones oculares que sean necesarias.
4. Realizar con la ayuda de los técnicos, expertos y peritos, la colección de las evidencias que puedan contribuir a identificar al autor del hecho, así como, las que nos permitan identificar la forma en que fue cometido el homicidio, el Modus Operandi utilizado, etc.
5. Identificar los presuntos responsables del hecho y su posible aprehensión.
6. Asegurar los testigos presenciales o referenciales de los hechos, así como, a la víctima, a fin de identificarlos plenamente y tomarles sus respectivas entrevistas.

Al llegar las comisiones al lugar y ejecutar los actos mencionados anteriormente, tiene conocimiento de que el autor del homicidio es un conocido de la víctima, y existen testigos del hecho

Las diligencias a practicarse en el curso de la investigación no tienen un orden preestablecido, ya que las mismas varían de acuerdo al delito de que se trate y se esté averiguando, entre estas diligencias podemos mencionar las que pueden ser practicadas por los órganos de policía de investigaciones penales per se, sin la necesidad de una autorización del Juez de Control, es decir, sin orden judicial, y las que para ser practicadas ya sea por funcionarios policiales, expertos o peritos, tienen como requisito sine qua non, que sean autorizadas por el Juez de control respectivo, so pena de ser anuladas por violar el debido proceso. En caso de una víctima que este herido por un proyectil disparo por arma de fuego y que sea asistido medicamente en un Hospital bien sea público o un Centro de asistencia Privado, el médico que recibe a la víctima está en la obligación de prestar los primeros auxilios y de inmediato notificar a los órganos de investigaciones.

 En este sentido dicho profesional deberá realizar un informe de las condiciones tanto físicas internas como externas de la víctima; así como realizar todo cuanto sea necesario, a fin de colectar evidencias de interés Criminalística que sirvan para la demostración del cuerpo del delito.

**CAPITULO III. DISEÑO DE LA PROPUESTA**

***“…Hemos aprendido que un ciudadano solo tiene derecho a mirar a otro hacia abajo, cuando ha de ayudarle a levantarse…” Gabriel García Márquez*.**

**Presentación y justificación de la propuesta**

En atención a la problemática expuesta en fases anteriores se ofrece una solución viable a los problemas medico forenses y legales estudiados respondiendo a necesidades de la demanda hospitalaria de atención en servicios de tercer nivel con actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí. En esta fase se pretende dar respuesta a través de las siguientes preguntas;

**¿Qué aspectos contiene la propuesta?**

**¿A qué componentes hace referencia la propuesta?**

**¿Cuál es la estructura ideal de la propuesta?**

**¿Qué fases integran la propuesta?**

De esta manera persigue impulsar las acciones de cambio dirigidas a configurar un modelo operativo, con liderazgo creativo, reflexivo en correspondencia a los nuevos tiempos y que fortalezca el dominio personal permitiendo la construcción de visiones compartidas y sobretodo que propicie participación del sector salud en su nivel hospitalario en una visión de órgano auxiliar de justicia.

 La propuesta de la Unidad de Asesoría Médico Legal adscrita al Hospital Israel Ranuarez Balsa contempla; (a) presentación y justificación; (b) objetivos de la propuesta, ver anexo A; (c) modelos teóricos que fundamentan la propuesta; (d) plan de ejecución de la propuesta; (f) etapas de implementación de la propuestas; (g) recursos materiales y talento humano para establecer la propuesta; (h) estrategias gerenciales de la propuesta; (i) factibilidad de la propuesta; (j) líneas de investigación de la propuesta.

La concepción original para el estudio de asesoría médico legal hospitalaria se orienta hacia una práctica organizacional sustentable en una realidad dispuesta a atender lo humano, lo existencial, todo asunto forense, lo sanitario, todo asunto penal, lo organizativo vinculados con establecimientos de salud del nivel terciario de asistencia hospitalaria en el Estado Guárico, asumiendo el modo de vida de las personas, los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad, factores de riesgos para la salud, modo de enfermar, morbi-mortalidad aguda y crónica, espectro de enfermedades y el estilo de vida de la población, asumiendo que todo estos aspectos están centrada en el usuario del servicio asistencial, dicho de otro modo el usuario representaría el núcleo sintagmático del estudio y de la propuesta, obedeciendo a los principios del modelo sintagmático de atención hospitalaria. Se trata de un constructo integrado para responder inter y transdisciplinariamente los problemas de salud-enfermedad-asistencia de la población con repercusiones médico legal.

El modelo de unidad de asesoría médico legal hospitalaria es concebido como;

(a) una categoría integradora de disciplinas (sanitarias y no sanitarias) en procura de mejorar estilos administrativos de servicios de atención de tercer nivel a pacientes con repercusiones médico forense y legal

(b) práctica sanitaria transdisciplinaria determinada por alcanzar un bienestar colectivo;

(c) proceso integrativo centrado en el ser humano en minusvalía por la enfermedad y

(d) ciencia que integra conocimientos, paradigmas y saberes en intento comprensivo del proceso lesivo y traumatológico desde una óptica no tradicional.

Para efectos del texto de la propuesta describiremos los componentes médico forense y legal. En términos generales con especial énfasis en el núcleo sintagmático de la **“atención al usuario a nivel hospitalario”** razón de ser de la innovación. Retomando la importancia de un proyecto factible, la propuesta se corresponde con un trabajo especial, tiene un propósito de utilización inmediata, y consiste en la investigación, elaboración, desarrollo y la ejecución de la propuesta. En este sentido, la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2012) define el proyecto factible como un estudio *"que consiste en la investigación, elaboración y desarrollo de una propuesta de un modelo operativo viable para solucionar problemas, requerimientos o necesidades de organizaciones o grupos sociales".* Partiendo de los supuestos anteriores, este será la directriz conceptual que guiara la propuesta.

De este modo la propuesta está referida a la formulación de un **“modelo asesor transformador de gestión académica y asistencia hospitalaria con filosofía gerencial prospectiva”,** incluyendo programas, tecnologías, métodos y procesos, que sólo tienen sentido en el ámbito de sus necesidades detectadas en las fases descritas para apoyar los supuestos medico legales de la medicina en atención a los usuarios del servicio. Al mismo tiempo, ofrece la oportunidad de incorporar un **modelo asistencial de gestión forense integral** con un efecto de realimentación con base a las experiencias de otros hospitales y disciplinas. Representa una opción de avanzada en la relación salud-administración-atención, superando la visión organicista, reduccionista, centrada en el daño fisiológico, biologicista y fragmentada de la atención hospitalaria con el pretexto de atender de forma especializada y aproximarse a una nueva concepción de ***“salud como una entidad Bio-Psico-Socio-Eco-Espiritual”.*** En efecto esta visión parte de comprender un paciente que sostiene una patología que separa el diagnóstico del ser humano en una óptica tradicional de comprender al paciente desde la concepción mecanicista de la medicina.

     De igual manera, se considera que un proyecto factible está orientado a resolver un problema planteado o a satisfacer las necesidades en una institución con propósitos sociales. De las definiciones anteriores se deduce que consiste en un conjunto de actividades vinculadas entre sí, cuya ejecución permitirá el logro de objetivos previamente definidos en atención a las necesidades que pueda tener una institución o un grupo social en un momento determinado. En lo esencial, la finalidad del proyecto factible descansa en el diseño de una propuesta (académica) de acción dirigida a resolver un problema o necesidad previamente detectada en el medio (asistencial), dejando abierta la posibilidad de señalar las pautas para continuar la investigación aplicada en la red de atención hospitalaria del subsector público de salud pública venezolana (medicina forense).

    De forma que, la metodología elegida para la elaboración de una propuesta viable, estará destinada a satisfacer necesidades específicas a partir de un diagnóstico elaborado (Capitulo II). **Se trata en esencia, de una propuesta de acción para resolver un problema forense, práctico, jurídico y legal en instancias hospitalarias**. Es indispensable que dicha propuesta se acompañe de una investigación amplia, con pretensión de seguimiento, que demuestre su factibilidad o posibilidad de realización así como modificaciones sustanciales cuando lo requiera.

La propuesta antes señalada se justifica y fundamenta en la teoría gerencial aplicada a hospitales con sentido auxiliar de justicia. Parte de una visión metateorica y transdisciplinaria de los procesos administrativos modernos, y con ello se quiere significar que los elementos que la comparten deben estar integrados en forma dinámica e independiente. De hecho, con este enfoque se pretende abarcar los presupuestos científicos y epistémicos para fortalecer la propuesta desde una óptica disciplinar.

En este sentido se advierte que los programas contemplados en la propuesta asumirán dos vías; (1) mantener una constante Homeostasis y equilibrio gerencial con instituciones que administran justicia y las que administran salud; y (2) otra vía orientada desde la base de impulso organizativo más allá del modelo tradicional centrado en riesgo sanitarios para proyectarse hasta los riesgos forenses y legales.

 Sin duda alguna nace una nueva sinergia institucional, potenciadora destinada a cooperar y ayudar al usuario. Tal vez, en un futuro a corto plazo nos deparara una postura para la que no estamos preparados y desde este espacio diplomante, vale decir perfeccionando competencias, agregando valor a las profesiones, desarrollando relaciones institucionales desde el ser-hacer y obtener calidad de vida en función de un crecimiento en el proceso asistencial y realimentación jurídica significara un adelanto transformativo en salud corporativa. Este IFD, representa un modelo de transformación del conocimiento asistencial en salud con premisas de integración, aplicación y validación mediante la creación de una estructura creativa de programas en justificación para la demanda, gratificando el desempeño forense, innovador legalmente y potencial asiento de atención integral en salud.

El modelo de la propuesta se cree que, ejecutara de manera organizada las actividades contempladas y descritas de forma rápido (corto plazo), sencillo con uso de infraestructura asistencial existente y transferencia de conocimientos sobre una realidad social que amerita atención, después de describir los procesos identificados con nudos críticos, elaborar un diagnóstico de situación observada y formular finalmente una solución al problema.

A la vez tenderá a mantener el equilibrio del conjunto de actores profesionales y componentes programáticos que la conforman, donde el valor de cada elemento, estará íntimamente relacionado con los demás, todo en función de todo y cada elemento describirá los restantes, postulados concebidos en la cadena de valor concebida por *Michael Porter* (1985) para la empresa en especial aplicable a la empresa de salud. Siguiendo las bases de la teoría del valor compartido estas consideraciones representaran una oportunidad de renovar los procesos asistenciales desde adentro y hacia el usuario, como un estilo de dirección y filosofía total de calidad, con ideas centrales en la comprensión holística de la organización y pensada en la satisfacción y protección del paciente.

El análisis precedente, emula la cadena de valor en procesos asistenciales y en aquellos casos medico forenses y legales que requieran de atención conjunta. Como propuesta innovadora, cambiante y centrada en resultados, funcionara como una entidad al bienestar colectivo, sumado al propósito de la legislación en materia de código penal venezolano aspira exaltar los cánones de la tutela colectiva por parte del estado. Representa un enfoque forense, legal, clínico y gerencial con enfoque estratégico que maximiza el proceso de atención y minimiza costes de atención en salud y extiende la posibilidad formativa en universidades. Se presenta como justificación emergente apalancando un salto cualitativo, doctrinal y evolutivo en la visión asistencial hospitalaria.

Desde una mirada humanista de la gestión asistencial, la propuesta justifica la persona como centro de quehacer en los servicios asistenciales. En primer lugar como usuario (núcleo sintagmático de asistencia), y luego como miembro de la institución que requiere en determinados momentos administración de justicia por lesiones contra la persona proveniente de un hecho punible tipicado en la ley. Por tanto, el trabajo en salud debe entenderse en su doble significación; (a) como contribución a la calidad de vida de los usuarios de los sistemas de salud y (b) como contribución de quienes esperan justicia en nombre de la salud. De hecho y de derecho, hay que prestar atención a la dignidad de las personas que trabajan en los hospitales (factor crítico de éxito).

Podríamos resumir que en la concepción tradicional en nuestros hospitales, las personas que laboran en sus estructuras operativas son consideradas “*recursos humanos*”, y se limitaban exclusivamente a los temas burocráticos de registro, de uso y abuso de jornada laboral y control punitivo. En este estudio se pretende pensar en “*Talento Humano”* para demostrar la visión integral, profesional y humana de los trabajadores en salud (capital humano). Actualmente el énfasis esta puesto en el desarrollo de políticas propias del establecimiento concordantes con el plan estratégico de salud y planes académicos de universidades. Dentro de dichas políticas resalta la importancia de la definición de perfiles de los cargos, y de poderes de reclutamiento y selección con énfasis en capacitación continua (fortaleza de la propuesta), reconocimiento del personal en salud a través de su esfuerzo por conocer mejor el clima procesal.

El término modelo a lo extenso de este informe final y utilizado en la propuesta guarda una connotación relacionada con varias acepciones. Una de ellas, asociada con el idealismo o perfección de la idea de quienes presentamos opciones validas e integrales de atención al usuario (modelo epistémico). En alusión al realismo indica la manera de presentar un hecho, tal y como se evidencia, como una réplica de las observaciones y de los sentidos. Desde otras perspectivas es concebido como patrón, manera de ser, arquetipo, guía y estructura para mejorar lo evidente contra lo exigente. Lo antes expuesto denota la importancia de la correcta aplicación de esta metodología en la presente propuesta, ya que la misma procura organizar un proceso para la obtención de información conducente a la optimización de la gestión hospitalaria en un contexto actualizado, dinámico y cambiante.

Ahora bien, en estos momentos, operan contradicciones propias de un estudio de esta magnitud, especialmente cuando los nuevos paradigmas postulan adherencia a procesos modernos y transformadores en contraste con contextos inoperantes donde están vigentes nuevas formas de análisis e interpretación de la realidad. Se destaca un discurso con elementos relacionados con el cuestionamiento de autonomía hospitalaria, insistencia en nuevas tecnologías y estrategias de negociación, entre otros aspectos. La realidad de los resultados se presenta prometedora con tales características, y por ende dispuestas al cambio y el aprendizaje, pues en el centro de todo hecho, el fin último lo constituye el usuario o persona que requiera un servicio médico, asistencial, forense incluso legal.

De lo antes expuesto, se desprende un supuesto científico de tipo ontológico (deber ser). A saber el tipo de organización hospitalaria debería estar enfocado al servicio de la sociedad en general, aplicando todo sus procesos técnicos para mejorar la salud del colectivo, respetando al ser humano en todo sus aspectos y adquiriendo compromiso de calidad en la atención, como una forma efectiva para lograr la excelencia operacional que se desea alcanzar (efectividad organizacional hospitalaria humanizada).

En tal sentido se plantea otro supuesto (axiológico) que justifica el modelo propuesto, cuando se adopta una filosofía organizacional con sentido de liderazgo ético, respeto por los derechos de los ciudadanos y centrado en valores hospitalarios. La justificación teórica abona para la propuesta y por ende la fundamentación en conceptos y teorías de diversos autores vinculados al tema tales como “Lineamientos estratégicos” propuestos por García, P. (1991), Rodríguez, F. (1997), Organización Diego Cisneros (1991), Francis, E. (2001) y Hernández, J. (2001). Estos autores en sus tesis plantearon pautas y directrices fundamentales que ayudaron en la orientación de actividades futuras de la empresa hospitalaria.

Asimismo en lo que respecta a la concepción estratégica, la presente propuesta se fundamenta en las teorías de los autores Steiner, J. (1986), Koontz, H. y Weihrich, F. (1990), Mintzberg, H. (1993), Stoner, J. (1994), Trompson, J. (1998), Chiavenato, I. (1999), quienes manifestaron a través de sus obras y pensamientos un conjunto de bases que facilitan interpretar las estrategias organizacionales como un medio para alcanzar los objetivos a largo plazo como curso de acción prospectivo.

Por lo demás, el sector salud, y especialmente los hospitales, están perdiendo identificación con la sociedad y han desnaturalizado sus prioridades, desdibujando sus propósitos, misión y visión. Es obvio entonces, que se requiere explorar otros modelos de gestión cuyos procesos estén liderados por gerentes que posean cualidades personales, estratégicas y de decisión. El motivo de la propuesta apunta a darle un valor agregado a la institucionalidad hospitalaria.

Lo señalado implica un proceso de formación que abarca a los actores involucrados, los cuales han de estar dispuestos a trabajar en las circunstancias concretas de la institución, con las necesidades y potencialidades que están presentes, incorporando las posibilidades reales de recursos y proyectos existentes en la comunidad inmediata.

En razón de lo expuesto, se pretende con la propuesta romper el verticalismo que caracteriza la actual gestión hospitalaria y avanzar en cuanto a participación colectiva se refiere, detener el ir y venir en la conducción para el cambio, con ideas erráticas de que el cambio es una cultura organizacional inalcanzable. Tal como se observa, el reto consiste, en lograr que la organización hospitalaria cumpla con la misión y visión que la sociedad le ha encomendado, mejorando las condiciones de vida de sus diferentes actores, brindando una atención integral y cubriendo necesidades en materia de asistencia social.

**Objetivos de la propuesta:**

 **Objetivo general de la propuesta**

Crear la Unidad de Asesoría Médico Legal adscrita al Hospital Israel Ranuarez Balsa de San Juan de los Morros, para atender las victimas de hechos violentos, periodo 2016-2020.

 **Objetivos Específicos de la propuesta**

Identificar las lesiones de carácter médico forense y legal por servicios hospitalarios con protocolos establecidos y compartidos en la administración de justicia.

Formar al profesional médico y estudiante de pregrado en el dominio y administración de la investigación médico legal.

Establecer principios, normas y procedimientos para la formación profesional en medicina legal con sus diferentes disciplinas en las ciencias de la salud.

Formar asesores expertos con conocimientos especiales para prestar auxilio técnico científico a los órganos jurisdiccionales, mediante peritajes, reconocimientos de los hechos violentos.

Fomentar el aporte de experiencia que ostente conocimientos en salud útil para instituciones que administran justicia.

Fundamentar con conocimiento en salud los procesos fiscales del ministerio público sin menoscabo de la defensa y los derechos del imputado.

Fomentar el liderazgo transformacional en los servicios hospitalarios con una visión institucional y espacio de convergencia de los actores participantes.

 Realimentar las diferentes dimensiones de la propuesta, como manera de impulsar la construcción de nuevos esquemas de asesoría médico legal y gestión asistencial administrativa.

**Plan de ejecución de la propuesta.**

Si bien es útil considerar la propuesta en todos sus componentes es necesario ajustar sus elementos siguiendo una metodología que asegure su puesta en práctica en el corto plazo. En el Anexo A se presenta el cronograma de actividades que se debe cumplir para alcanzar esta meta, siguiendo la visualización de la propuesta en su organigrama (ver esquema 3). Cada vez se ve con mayor claridad como los profesionales en el área de la salud se ven a sí mismos como profesionales que contribuyen con otras profesiones y preparados para trabajar en equipos interdisciplinarios.

Es un hecho que en nuestro medio, el personal de enfermería, estaría ubicado en diversos establecimientos de prestación de servicios asistenciales, realizando actividades implícitas en enfermería forense sin tener la preparación académica que se requiere para un desempeño eficiente. El personal de Enfermería es el cuerpo colegiado y profesional que logra los primeros contactos con las víctimas de trauma y éste a su vez es con el personal que más se identifican, en el que confía y escuchan.

**Esquema 3.** *Organigrama profesional propuesto de UNAMEL.*

**Unidad de Asesoría Médico Legal**

**UNAMEL**

**Unidad de radiología**

**Consejo interdisciplinario**

**Sección de Enfermería Forense**

**CUERPO DE LA VICTIMA**

 **Docencia-Investigación-Extensión Universitaria (Pregrado-Postgrado)**

**Odontología Forense**

**Psicología**

**Psiquiatría forense**

**Patología Forense**

**Medicina Legal Clínica**

**Toxicología Forense**

**Medicina Laboral**

**Histopatología Forense**

**Antropología Forense**

**Cuadro 8.** *Desglose de actividades profesionales*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicina legal Clínica**Evaluación clínica de personas vivasDictamen de lesionesExamen médico (daños)Evaluación de agresiones sexuales | **Patología Forense**Determinar causa de muerteRecolección de indicios (Inv)Necropsia ML | **Psicologia- Psiquiatria Forense**Secuelas dejadas por agresorAgresión a victimasEstados del agredido  |
| **Odontología Forense**Lesiones en cavidad bucalEdad cronológica por cotejo dentalElaboración de ficha dental | **Antropología Forense**Análisis de restos óseosRestauración de perímetro craneal y facialAnálisis arqueológico  | **Histopatología Forense**Estudio de tejidosEstudio celularesBiopsias |
| **Sección de Enfermería Forense**Eje de transversalizacion de las funciones asistenciales en cada actividad y agente de cambio institucional.Cumplirá labores docentes, formativas, investigativas y de extensiónCapacitara personal en diversas áreas de interés médico forense (programad de enfermería UNERG)La Enfermería Forense se ha convertido en un componente esencial. Profesionales que han adquirido mediante su disciplina competencias y habilidades para actuar en diversos campos comunitarios e institucionales ofreciendo servicios de atención en salud y proyectando su trabajo en aspectos médico legales y forenses. |

**Etapas de implementación de la propuesta.**

Para lograr el éxito de la propuesta, se indican a continuación las estrategias secuenciales de acción a seguir para su implementación y que guardan correspondencia con cada uno de los objetivos específicos presentados, así mismos es oportuno señalar que dichas estrategias están estructuradas de acuerdo a las tres grandes fases que se siguen en un proceso de gerencia hospitalaria.

**1.-Fase de participación o de preparación**; donde se informa y convence al personal sobre el proceso de cambio y mejora, también se indica los resultados esperados y la participación deseada en construcción de una nueva visión, cultura y estilo de liderazgo. Requiere de sensibilización de autoridades Universitarias y Hospitalarias.

**2.-Fase de formación y de integración**; desde donde los gerentes hospitalarios, jefes de servicios médicos y personal universitario comparten sus experiencias, brindan su colaboración desinteresada, y oferten libertades potenciales para identificar problemas, desarrollar planes de acción y en consecuencia conformar equipos de trabajo, que promueva el aprendizaje organizacional.

**3.-Fase de evaluación e internalización**; en la cual se conseguirán las metas y resultados más altos, se incrementara la competencia y la autoestima de los colaboradores, y representa el espacio natural donde los líderes se convierten en fuente de consulta.

Para cumplir con la implementación de la propuesta será necesario llevar a cabo una serie de talleres, seminarios, cursos, inducciones dirigidos a los gerentes y jefes de servicios del hospital (programa de capacitación gerencial permanente).

Seguidamente se detalla la estructura de los talleres de capacitación gerencial, diseñados en función de los objetivos específicos, las dimensiones y los ejes articulantes (ver cuadro 4).

Los talleres propuestos, reúnen criterios de acercamiento entre los profesionales en salud, los problemas comunes que surgen de la relación médico-paciente que poseen importancia médico legal y las potenciales soluciones, integrándolos en una dinámica participativa, proporcionándoles ventajas de aplicación en contextos reales (programas gerenciales *in company*). Esta modalidad aprendizaje son fundamentales para fortalecer el modelo asesor (UNAMEL), ya que dotarán a los participantes de todos los conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos que le permitirán adoptar y ejecutar en su praxis profesional el nuevo modelo de gerencia con acreditación gerencial y asistencial y que realimentara a futuros profesionales convirtiéndose en un acervo académico, epistémico y experiencial sobre el conocimiento médico legal de los problemas de salud.

**Cuadro 4**. *Diseño de talleres de capacitación gerencial.*

|  |
| --- |
| **Taller 1**: Promoción y Sensibilización Médico Legal ( 2 sesiones de trabajo / 4 horas c/u) |
| Objetivo general | Objetivos específicos | Contenido | Actividades |
| Promover y sensibilizar a los médicos asistenciales en relación al tema médico legal.-------------Grupos focalizados10-15 profesionales | -Informar sobre modelo médico legal hospitalario ideal-Sensibilizar sobre el cambio y gestión de servicios asistenciales---------Material normativoProtocolos en servicios | -Descripción de modelo tradicional y deseado.-Funciones medico forenses.-Criterios de gestión médico legal.-Servicios claves en ML-El cambio ML y su impacto hospitalario.-Abordaje de problemas ML-La cadena de valor asistencial en ML | -Incorporación de participantes en jornada.-Consenso de modelo de gestión.-Realizar Diagnostico situacional-Destacar el liderazgo para el cambio.-El cambio, la organización y el ser humano.-Video orientador-CD ML |
| Estrategias | Recursos |
| -Foros participativos, conferencias de expertos , *e-learning*-Dialogo de experiencias-Mesas de trabajo – Producto final evaluado-Dramatización  | -TTHH: gerentes participantes –facilitadores.-Materiales: trípticos-video-Multimedia-Físicos: espacio de infraestructura.-Guías de estudio |

|  |
| --- |
| **Taller 2**: Liderazgo Transformacional en Medicina Legal ( 2 sesiones / 4 hs. cada una ) |
| Objetivo general | Objetivos específicos | Contenido | Actividades |
| Formar un medico (a) líder con visión de institución prestadora de servicios como espacio de convergencia de acciones asistenciales y medico legales. | -Conocer nociones de medicina legal-Interpretar las funciones de le ML.-Asumir acciones de ML reflexivas como acción médica integral.-Construir un pensamiento teórico-metodológico en procesos ML.-Fomentar la conducta ética en la praxis médica. | -Descripción de conceptos y nociones ML-Reflexión y acción en tópicos ML-Participación y comunicación médico-paciente-Conducta ética, médica y forense.-Herramientas jurídicas legales en acción médica.-Procedimientos, plan y programa asistenciales con interés ML | -Establecer la práctica organizativa del médico legista.-Capacidad de construir y crear espacios ML-Aprender de las víctimas de hechos violentos-Formar equipos de alto desempeño en ML-Propiciar cultura institucional ML-Definir liderazgos en ML.-Análisis bajo matriz FODA-Diagrama Ishikawa |
| Estrategias | Recursos |
| -Foros, Discusiones criticas reflexivas, *e-learnig*-Mesas de trabajo- Foros interactivos-Dinámicas grupales.-Vivencias experienciales en servicios-Reflexiones, producto evaluable.  | -TTHH: profesionales participantes-facilitador-Materiales: trípticos –multimedia-video-Físicos: espacio de infraestructura. |

|  |
| --- |
| **Taller 3:** Aprender de la Organización Médico Legal (2 sesiones / 4 hs. cada uno) |
| Objetivo general | Objetivos específicos | Contenido | Actividades |
| Desarrollar una actitud proactiva para el aprendizaje organizacional ML | -Caracterizar la institución capaz de aprender en procesos ML.-Lograr acciones comunicativas efectivas. -Fomentar una mentalidad abierta al cambio en servicio. | -Comunicación gerencial.-Capacitación como medio de aprender-Apertura a los cambios-Cambio organizacional-Estandarización de procesos asistenciales-Continuidad asistencial. | -Evaluar las situaciones cotidianas en ML como aprendizaje.-Desarrollar una organización inteligente alrededor de procesos ML.-Establecer situaciones reales potenciales para el cambio en ML.  |
| Estrategias | Recursos |
| -Foros – conferencias de expertos-Mesas de trabajo- foros interpersonales-Reflexiones-Encuentros dialógicos-Dialogo de experiencias -Presentación de estudio de caso | -TTHH: profesionales participantes-facilitadores-Materiales: trípticos-multimedia-video orientador-pizarra-Físicos: espacio de infraestructura. |

**Talleres de capacitación para la propuesta**

Los talleres propuestos, reúnen criterios de acercamiento entre los profesionales en salud, los problemas comunes que surgen de la relación médico-paciente que poseen importancia médico legal y las potenciales soluciones, integrándolos en una dinámica participativa, proporcionándoles ventajas de aplicación en contextos reales (programas gerenciales *in company*). Esta modalidad aprendizaje son fundamentales para fortalecer el modelo asesor (UNAMEL), ya que dotarán a los participantes de todos los conocimientos teóricos, prácticos y metodológicos que le permitirán adoptar y ejecutar en su praxis profesional el nuevo modelo de gerencia con acreditación gerencial y asistencial y que realimentara a futuros profesionales convirtiéndose en un acervo académico, epistémico y experiencial sobre el conocimiento médico legal de los problemas de salud.

El programa de capacitación médico legal, permitirá transformar la gestión asistencial. Posee varios propósitos para elevar el nivel de desempeño dentro de un contexto hospitalario fundamentado en conocimientos, habilidades y destrezas sobre la asesoría médico legal. El método de capacitación profesional adopta métodos complementarios y posee los siguientes alcances:

**A.-Método Informativo:** utilizado para dar al médico(a) una instrucción sobre el cambio organizacional de tipo estructural, sistemático y funcional que impone el componente médico legal de los pacientes sometidos a daño físico-psicológico por violencia.

**B.-Método Educativo**: basado en orientaciones recibidas, experienicas y bajo asesoría técnica o de experto en medicina legal.

**C.-Método del Conferencista:** utilizado cuando se busca la opinión o ideas fuerzas de los asistentes al curso (jurídico, forense, penal). Proporciona situaciones específicas y problemas complejos dentro y fuera de la organización.

**D.-Método de seminario:** se aplica con la finalidad de que los participantes intercambien sus ideas y experiencias sobre el tema que se desarrolla, bajo la dirección de instructores calificados que intervienen para realizar aclaratorias, o corregir conceptos mal utilizados con la base de conocimientos, habilidades y destrezas que se pretenden aportar a los diferentes profesionales en salud.

Los talleres de capacitación tienen un alcance de corto plazo (6 semanas distribuidas en 3 sesiones de trabajo de cuatro horas cada sesión, lo que representa 24 horas presenciales por participante distribuidas en 3 meses continuos). El curso completo agrega 60 horas no presenciales para el cumplimiento de actividades *ad hoc*. El cumplimiento del programa de capacitación y su temporalidad es vital para la implementación de la propuesta ya que posee un estándar de acreditación institucional avalado por autoridades sanitarias superiores, contribuyendo al trazado de condiciones del componente médico legal, ritmo de aprendizajes administrativos en servicios, ejecutorias de tareas médico legales y evaluación de escenarios médico forenses. Esta modalidad es esencial por el cambiante ritmo de las leyes y sus reformas. Que impactan la actuación médica.

El tiempo estimado de ejecución en términos de horas-profesional en salud influye en la formación profesional, experiencia, capacitación y asimilación, por lo que debe ser permanente.

**Estrategias gerenciales de la propuesta**

Las políticas estratégicas de la propuesta se consideran reglas o guías que orientan el pensamiento para la toma de decisiones y la conducción de las operaciones del hospital para el logro de objetivos. Concebidos los modelos lógicos, epistémicos y eulerizados (Capitulo II), señalaremos los aspectos estratégicos de la propuesta.

Por lo comprensible de la propuesta es esencial considerar **la noción de evento** como hecho, circunstancia, principio o fenómeno que en su debido momento es considerado para su estudio. En consecuencia un evento es dinámico, complejo e integral. La denominación evento parte de considerar que lo estudiado, es dinámico integrada a una realidad, fácilmente identificado en le holos.

 El conocimiento del evento constituye una oportunidad para seguir conociendo y acceder a procesos mediante los cuales se llega a comprensiones que remiten a otros eventos, sinergias e indicios. Para esto se debe considerar que el evento es afectado por el observador. El evento expresa la totalidad, hace evidente el holos, contienen el todo, justifica la totalidad por ende cumple con el principio holográfico. Desde la holística se explica la actividad de acercamiento al evento, aludiendo comprensión epistémica según conocimiento variado y complejo que ha de apreciarse de manera amplia interdisciplinaria y transdisciplinariamente. El evento bajo la concepción holística contradice la postura fragmentaria de la administración en servicios de salud y se aleja de la tradición de corte binario en un esfuerzo por separar la realidad sanitaria.

Con la seguridad de que el evento en sí mismo contiene potencialidad suficiente para remitir a la totalidad de la cual puede abstraerse, la holística orienta hacia la comprensión de la realidad, mediante la aceptación de que la realidad se expresa como pluralidad. En lo esencial es un actitud que permite abstraer, investigar, crear, inventar incluso construir condiciones reales para justificar actos creativos.

Otra de las principales estrategias de la propuesta está guiada por el **principio sintagmático**. Dicho principio alude a la comprensión integrativa del conocimiento derivado de los procesos mediante los cuales se acceden a través de los niveles de complejidad producto de procesos iterativos, de las condiciones logicoabstractivas y de la actividad perceptual.

Como la realidad gerencial a partir de los modelos que apoyan la propuesta es concebida como un todo, el efecto de apreciación y de comprensión del todo ocurre gestálticamente. El acercamiento al proceso gerencial, el requerimiento de recursos, el desempeño hospitalario, la asistencia al usuario, la administración de servicios permiten hacer abstracciones que justifican la percepción común de un problema. De esto trata el principio sintagmático (*syn y tagma*), que significa sincronismo de formación estructural vía formación, orden y proceso. El sintagma es percibido como integración de paradigmas y está en relación con el holos. El proceso sintagmático es dinámico y el núcleo sintagmático es el foco de atención y las interrelaciones constituyen el contexto del evento. De esta forma indica coincidencias de factores capaces de generar formas estructurales nuevas.

Otra de las actividades estratégicas de la propuesta está enmarcada en la **concepción planificadora** del gerente entendido como técnica para el administrador de servicios, como metodología para el gerente médico o como actitud de vida para el trabajador.

 Como técnica recurre a las herramientas propias de esta disciplina para su uso. Quienes recurren a la planificación como técnica encuentran en ella instrumentos de operatividad. La planificación como metodología, implica una mayor inserción por parte de quienes recurren a la planificación, como un accionar de su profesión y como un recurso ideal para precisar tareas y para la actividad rutinaria.

La planificación constituye el ¿*Cómo hacer que*? y el ¿*Qué hacer para*? En esta percepción el planificador se involucra activamente en el proceso, en sus distintas fases deviniendo en una sinergia propia del proceso de su interés, pero esencialmente como recurso metodológico. Debido a su importancia el primer y el segundo objetivo específico de la propuesta se dedica a atender esta necesidad en los jefes de servicios asistenciales. También se dedica especial interés en el segundo taller de capacitación gerencial.

La forma de entender la planificación en gerencia hospitalaria está muy asociada con el esquema de ideas, de valores, con la tradición y las expectativas del planificador. Según el modelo epistémico del planificador, según el marco referencial, de acuerdo al modelo teórico, a su experiencia cultural y según las circunstancias propias de su devenir, la planificación se manifiesta de singulares maneras. Cada modelo epistémico (ver figura 3), propicia una manera de entender la planificación, de comprender la realidad e interpretar las circunstancias del contexto auspiciando un tipo de planificación.

Existen diversas maneras de entender la planificación y de actuar según los acontecimientos, sin embargo en se insistirá en ; (a) la planificación por circunstancias, (b) planificación por contingencias, (c) planificación en perspectiva, (e) planificación por escenarios, y (d) planificación prospectiva o estratégica o de largo plazo para dar cabida a los objetivos específicos de la propuesta.

Los aspectos claves de la planificación por circunstancias atenderán inmediatamente los problemas que se vayan presentando. Sin pretender asumir la improvisación, se responderá a hechos señalando los acontecimientos, para lo cual se requiere de cierta preparación y experiencia. La planificación por contingencias, obedecerá a un grado evolutivo de la anterior, a diferencia de que la contingencia se refiere a situaciones o acontecimientos de magnitud, los cuales obligan a atender las cosas por vía de la urgencia. Cuando los hechos desbordan su cauce normal, o se presentan situaciones graves o de peligro inminente, entonces, se actúa.

El tercer objetivo de la investigación, se dedica a atender el proceso de planificación en situaciones de contingencia en los hospitales venezolanos. En este sentido se identifican tres tipos de contingencias para la propuesta; una es la situacional, producidas por la acumulación de circunstancias que no fueron percibidas o atendidas debidamente, como por ejemplo el deterioro de infraestructura asistencial, el incremento de ingresos de paciente y la dotación de insumos asistenciales insuficientes para la demanda de pacientes.

 Otro tipo de planificación por contingencia es de carácter natural, difíciles de predecir pero siempre con probabilidades de que ocurran, frente a las cuales hay que reaccionar imperiosamente (desastres naturales, accidentes masivos). Las contingencias sociales corresponden a otro tipo de evento que se ha incrementado resultado de insatisfacción social y requieren atención del planificador (protestas masivas)

La planificación por contingencia no necesariamente implica dejar las cosas para el momento de los acontecimientos ya que se pueden elaborar planes para atenderlas en caso de presentarse. Este es un buen activo para los jefes de servicios asistenciales (planes elaborados para res poder a contingencias) concebido en la propuesta y sus objetivos específicos.

La planificación en perspectiva, conlleva una visión hacia el futuro a partir del presente. Requiere claridad con respecto al presente. Exige un profundo conocimiento del presente para orientarse hacia el futuro, en el espacio y el tiempo, precisando las distintas etapas. La planificación por escenarios, tienen relación con la determinación previa de situaciones posibles, llamados escenarios o realidades futuras, una situación cuya progresión de acontecimientos permiten pasar de situación de origen a la situación de futuro.

 Los escenarios responden a cuatro condiciones;(a) pertinencia, (b) coherencia, (c) verosimilidad y (d) transparencia. Cuando el gerente acude a la planificación por escenarios es porque conoce suficientemente el contexto y está en capacidad de orientar la creación de los mismos a partir de los factores fundamentales, de forma tal que el riesgo lo determina el juego de posibilidades con respecto a otros escenarios.

 En este momento se justifica la propuesta en su componente planificador ya que se requiere de tiempo, para la formación de equipo planificador guía con carácter permanente y profesionalizado. Por último la planificación prospectiva, proporciona una novedosa vía para planificar, que proporciona ubicación del interesado en los resultados y detalla necesidades para lograr sus objetivos.

La factibilidad estará determinada por la posibilidad de concreción real que tienen todos y cada uno de los elementos expuestos en el modelo gerencial propuesto. En este sentido, se presenta el análisis de la factibilidad, tomando en consideración los aspectos humanos, sociales, económicos, políticos, técnicos e informáticos, en que se sustenta la ejecución de la propuesta, que como resultado del estudio se plantea.

La propuesta se considera factible de implementación y ejecución, por cuanto se dispone de la aprobación de estrategas, con la disposición de resolver problemas de gerencia hospitalaria y adjudicación de recursos, y de apoyo para enrumbar la gestión hospitalaria. En este sentido si se realizara un análisis costo-beneficio, costo-impacto, coto-efectividad, la presente propuesta se podría decir, resultaría ser menos costosa en comparación con los gastos que se generan para resolver un sinnúmero de problemas que están supeditados a un comportamiento gerencial previsto y proyectado.

 En esta investigación se determinó que el modelo de la propuesta reúne las características de un proyecto factible *per se* , por la búsqueda de solución centrada en una unidad de gerencia y gestión hospitalaria (unidades asistenciales productivas), que garantizaran una información confiable, íntegra, oportuna, y de igual manera agilice las actividades y procesos referidos a la gerencia hospitalaria. Todo esto conduce a determinadas características que deben estar presentes el modelo de la propuesta tales como:

**Factibilidad de la propuesta**

**Factibilidad técnica**

Se pudo observar durante la investigación que el personal encuestado en el HIRB, no dispone procedimientos para la implementación adecuada del sistema de información médico legal. Todo conduce a considerar que parte de la situación problemática puede ser resuelta desde el ámbito forense, aludiendo lo técnico y lo humano. Esta factibilidad equivale a una capacidad resolutiva y operativa en el contexto médico legal que le es propio, condicionada por otros factores como la factibilidad política, económica, organizacional y socio comunitario.

La factibilidad técnica exige una aproximación cercana al hospital tecnológico con lo que facilitaría la atención médico legal de pacientes que acuden a consulta. Se trata al final de la propuesta operativa derivada en parte para sustituir la mecanización y manualizacion inadecuada de pacientes cuyas evidencias para la resolución del caso judicial se ven comprometidas con la atención medica directa. La propuesta contempla actividades por la recolección, etiquetado y resguardo de la evidencia con interés la crimina listico. La tecnificación y digitalización en los servicios seria el siguiente salto tecnológico.

Para efectos de la investigación la que más se destaca en la exigencia gerencial, es la determinación de mejorar el hospital técno-operativamente. En cuanto a la propuesta, se trata de un proyecto especial orientado a resolver problemas reales y potenciales en el corto plazo desde el punto de vista médico legal, seguida de la factibilidad sociocomunitaria, factibilidad económica y por ende de la factibilidad política en el largo plazo.

 Es necesario agregar quepara la implementación del sistema automatizado, cada servicio deberá tener acceso a Internet e intranet para poder suministrar la información y posterior acceso de los usuarios. El tema más exigido fue el de digitalizar información clínica de historias e interconectividad intraservicios. Esta disponibilidad de usar y aplicar la tecnología necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la propuesta conduce a otro tipo de factibilidad asociada como lo es el socio comunitario, ya que requiere disponer de data organizada y autenticada de la zona de influencia del hospital.

El análisis precedente comporta no solo la capacidad de operacionalizar lo concebido, sino también una disposición por abandonar las ideas que se revelan como obsoletas e inútil basada en los procesos manuales de información. Un sistema de información que sea capaz de dar respuesta adecuada a problema puntual no significa que se debe separar la planificación, la organización y la ejecución del proyecto.

En síntesis es una sistematización del sentido común, pero con un paso de avanzada tecnológica que alude a explicaciones técnicas y operativas. El inventario de equipos, stop, accesorios y consumibles formara parte del cronograma de inversión por cada servicio.

 El estudio trata de un conocimiento y reconocimiento a las cualidades innatas de estar informado en temas médicos legales en tiempo real a lo largo de desarrollo de la actividad hospitalaria, en concordancia y de acuerdo a la política gubernamental significa entrar en el Gobierno Electrónico. Aquí se evidencian aspectos de sensibilidad para percibir y tratar los problemas inherentes al sistema propuesto; flexibilidad y estabilidad en la direccionalidad de las acciones; adaptabilidad; sinergia y realimentación del sistema.

**Factibilidad Socio comunitaria**

Esta factibilidad está condicionada por la existencia o no, de barreras socioculturales propias de los ritmos de vida de las comunidades o colectivos. Barreras que pueden en determinado momento crear falsas creencias en la realización de cualquier tipo de proyecto tecnológico que se pueda adelantar en función de mejorar en los servicios de salud. Básicamente están referidos al comportamiento que hace la comunidad de sus servicios de salud en redes (primaria, secundaria y terciaria). Los hospitales responden a una política de salud de nivel terciario con una organización y equipamiento para tales fines, en consecuencia el salto comunitario de las redes de atención provoca desajustes en la prestación de servicios.

La tendencia, poco clara de que la tecnología, suplantara las acciones del ser humano, crean desconfianza especialmente si existe ruido informativo y comunicacional entre los habitantes, por esta razón es necesario afianzar y aclarar las dudas al respecto en el campo tecnológico y digital del ciudadano, que fortalezca luego sus creencias, valores y modos de ser de la población, traduciendo otra oportunidad de presentar esta idea-fuerza como un proyecto de beneficios en la atención hospitalaria.

Estas consideraciones influyen también en el grado de aceptación o consenso social y comunitario (ciudadano electrónico), que es requerido como parte del aval de los sectores comunitarios ya que son actores fundamentales en el acontecer sociopolítico actual, creando la necesidad de una factibilidad económica cónsona con las aspiraciones comunitarias.

**Factibilidad Económica**

En caso de requerir equipos tecnológicos y talento humano especializado adicional, bajo las categorías de asistencia para *hardware y software* los servicios del hospital deben contar con el apoyo de las autoridades para aprobar los requisitos, requerimientos y recursos necesarios para la adquisición de la plataforma tecnológica adecuada.

Para que todo proyecto sea rentable, en especial la sistematización operativa de servicios, redes con historias clínicas y estadísticas vitales, se requiere de un factor que juega un papel fundamental, como lo es lo referente al Costo-Beneficio del proyecto y su Impacto-Beneficio en el nivel de vida de los habitantes objeto de estudio. Otros de los indicadores a evaluar en esta factibilidad es la matriz de costo-eficacia, coso-rendimiento, costo oportunidad y costo-productividad.

Esto adjudica una doble vía al proyecto, viabilidad y operatividad. Los objetivos y metas para ser alcanzado, deben disponer de medios e instrumentos jurídicos legales adecuados y oportunos. Esto quiere decir que el estudio para que sea realizable dentro del marco de posibilidades que ofrece el contexto social, político, institucional y humano, debe ser concebido por consenso sociocomunitario.

Un hecho casi tácito, cuando se habla de viabilidad y factibilidad de un proyecto, se hace referencia únicamente a las cuestiones financieras y económicas, sin embargo, en los programas de trabajo social, lo que cuenta realmente es la viabilidad y factibilidad sociocomunitaria.

En esta propuesta se observa que ciertos proyectos que buscan expresamente cambiar la estructura de participación y decisión, implican de hecho, o en forma potencial, un choque de intereses de grupos, sectores o clases e implican también cambios mentales, actitudinales y de conducta.

Por tanto la factibilidad está determinada, primero por la sociocomunitaria quien le proporciona la aceptación y luego la política quien le otorga la viabilidad de realización y por último la técnica quien representa la puesta en marcha del proyecto final.

Hasta este momento es necesario destacar que la factibilidad así como la viabilidad no se pueden ni deben separar y que los planificadores deben acordar en conjunto las decisiones a la luz de la factibilidad integral. En términos generales, el modelo propuesto no amerita grandes sumas de dinero que abultarían el presupuesto ordinario del hospital para su implementación, solo exige una programación en corto plazo para incorporar cambios tecnológicos debido a que lo que se busca es mejorar acciones, funciones y procesos.

**Factibilidad política**

Para que las anteriores factibilidades tratadas sean realizables, se necesita de factibilidad política, del oficio político como instrumento asistencial, en otras palabras la voluntad y decisión de hacerlo, se trata del apoyo decidido de la más alta autoridad política de quien depende que se realice o no el proyecto.

No se elaboran planes, programas, y proyectos para redactar documentos con buenas intenciones, sino para llevarlos a cabo. Ahora bien, para que se dé una mayor articulación e integración entre la formulación de un proyecto y la decisión de realizarlo, es necesario desarrollar una racionalidad que pasa por ser política después de explorar otras dimensiones de la factibilidad definitiva. Todas estas cualidades agregan valor a la eficiencia y eficacia operativa.

 **Factibilidad Humana**

 Otro tipo de factibilidad es la humana, de igual manera, el personal que labora en las diferentes servicios hospitalarios tienen doble rol; son usuarios directo de dicho sistema de información, y además estarán en la disposición de adquirir el conocimiento necesario bajo entrenamiento para manejar efectivamente el sistema, así como impartir conocimiento científico-tecnológico a los usuarios externos e internos que hagan uso del mismo a la hora de realizar una consulta o solicitar una cita. Se propone que esta factibilidad depende del talento humano empoderado y consciente de la importancia del servicio hospitalario a tiempo con calidad y calidez.

Por ser una propuesta realista en la acción, no hay que confundir lo posible, lo probable y lo deseable. Siempre hay que adecuar lo deseable a lo posible en cada coyuntura y lo posible de cada circunstancia debe apuntar a hacerlo realidad, lo probable en el mediano plazo y lo deseable como el objetivo estratégico. Lo posible, está condicionado por el talento humano, financiero, técnico, social y cultural de que se disponen y por el contexto político y social donde tales objetivos se pretenden alcanzar.

**Líneas de investigación para la propuesta.**

A título indicativo las líneas de investigación son imperantes desde los objetivos específicos de la propuesta y percibidas durante el desarrollo del estudio. Desde la perspectiva de **pregrado** es necesario identificar con los estudiantes los temas esenciales objeto de investigación (Trabajo Especial de Grado o TGE), que se inicia en el 4to año de la carrera médica. A nivel de **postgrado** se incorporaran previsiones para direccionar investigación con docentes y tutores expertos en temas medico legales.

Habida cuenta, la propuesta entenderá por línea de investigación todo esfuerzo institucional, académico realizado por un conjunto de actores en salud, para resolver problemas derivados de la demanda asistencial, asociados con el bienestar bio-psio-social, calidad de vida y de los problemas de salud-enfermedad.

De allí pues, que una línea de investigación estará en conexión con el contexto antes descrito y será innovador desde el punto de vista de la propuesta (pregrado-postgrado). En consecuencia implica el reconocimiento de áreas temáticas para el estudio, siguiendo los siguientes preceptos:

1. Son posibilidades para potenciar conocimiento médico legal.
2. Perfeccionar el quehacer metodológico, técnico y profesional con el hacer médico, forense, legal y jurídico.
3. Son oportunidades históricas para descubrir nuevos enfoques, teorías y argumentos propios de la localidad y área de influencia del hospital en estudio.

Visto de esta forma, se retomara en el estudio y la propuesta la visión compartida de Barrera, M. (2001; p. 8), en su texto Líneas de Investigación, cuando expone que “*la línea de investigación denominada integrativa, se vincula con el área temática, comparte las fases, los estadios y tipos de investigación”.* La propuesta se identifica con esta postura y sostiene que la línea de investigación para la Unidad de asesoría Médico Legal, posee un conjunto de problemas, dispone de un equipo de investigadores, se cuenta con una bases de información y se adjudica una normativa a los proyectos (ver cuadro 5)

**Cuadro 5.** *Líneas de investigación para la propuesta, UNAMEL-UNERG*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Líneas de Investigación (LI) | Pregrado(TEG) | PostgradoInvestigadoresTutores (PIT) |
| 1. Impacto ambiental en procesos abióticos tempranos sobre el cadáver venezolano | Motivar por la investigación médico legalEstimular el interés por temas de investigación en estas líneas.Sensibilizar al estudiante con temas médicos y legales | Categorizar los temas de interés médico legalPriorizar la temática de investigación Fortalecer la teoría de la temática presentadaDesarrollar ontológico y epistémico de las categorías medico legales.Crear banco de proyectos con tutores expertos |
| 2. Enfermedades asociadas a procesos abióticos tempranos |
| 3. Fauna cadavérica venezolana |
| 4. Traumatología y Lesionologia forense y atención a las víctimas de hechos violentos |
| 5. Los traumatismos como delito de lesiones |
| 6. Agentes vulnerantes en lesiones |
| 7. Sexualidad Forense |
| 8.Examen de la presunta víctima de delito sexual |
| 9. Delitos contra la libertad sexual |
| 10. Diagnóstico médico legal del embarazo |
| 11. Síndrome de niño maltratado |
| 12. Lesiones genitales, anales y extra genitales |
| 13. Aspectos éticos del examen genital |
| 14. Atención a víctimas de la violencia de género |
| 15. Secreto, Responsabilidad y Culpa medica |
| 16. Estudio médico legal de la muerte |
| 17. Signos ciertos e inciertos de la muerte |
| 18.Trascendencia médico legal de la historia clínica |

Debe señalarse que la justificación de las líneas de investigación para determinar los cambios en los procesos abióticos tempranos es una necesidad, debido a que en la actualidad las referencias para el cadáver venezolano no han sido registradas en sus modificaciones tempranas (enfriamiento, lividez, rigidez cadavérica) en este sentido, es obligante tener referencias mediante estándares foráneos. Dentro de este marco de prioridades se recoge el interés mostrado por la docente Albarrán, Y., (2016), médico forense del CICPC y que concuerda con las motivaciones de los investigadores cuando asegura que *“las transformaciones cadavéricas poseen un interés médico legal común ya que conducen en la investigación criminal a la aproximación de data de muerte y las circunstancias de la muerte”.*

Los estándares venezolanos sobre la medición de fenómenos cadavéricos tempranos estarán orientados en la duración del tiempo de cada proceso cadavérico en una asociación consecutiva, y modificaciones físico-químicas en el cadáver. También se destacaron la necesidad de precisar los lapsos entre las diversas fases durante el proceso de putrefacción cadavérica (colorimétrica, enfisematosa, colicuativa y de reducción esquelética). Interesa la tasa de descomposición cadavérica, tiempo estimado y evolución de fenómenos destructivos tardíos. Se puede decir que esta línea de investigación es de precisión forense y médico legal postmortem.

En cuanto a la línea de investigación de sexualidad forense, se pretende abordar desde varios aspectos que incluyen fisiología, anatomía y sexualidad, así como la psicología de la sexualidad. Es apropiado incorporar los diversos delitos sexuales de interés médico legal, en función de un sistema de vigilancia epidemiológica temprana y preventiva. Por su complejidad investigativa requiere de un equipo profesional multidisciplinarios compuesto por Medico, Enfermera Certificada, Abogado, Sexólogo, Trabajadora Social y Psicólogo y retomaría los lineamientos contentivos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del MPPS.

El espacio de educación superior (EES) exige metodologías docentes activas centradas en el aprendizaje del estudiante entre las que destaca la conocida en el mundo anglosajón, en cuyo seno nació, como *Problem Based Learning* o aprendizaje basado en problemas (ABP).

El ABP nace en 1969, en la nueva facultad de medicina de la universidad canadiense de McMaster, como respuesta a la escasa efectividad de los métodos tradicionales para la preparación profesional ante la dificultad de asumir nuevos problemas. En consecuencia se replanteó la formación tradicional basada en el conocimiento sistemático y potenció las competencias y habilidades necesarias para el trabajo

La presente contribución lleva al campo penal y a las ciencias jurídicas el ABP ante la necesidad de capacitar a los futuros profesionales para que trabajen en equipo, en un mundo de creación del conocimiento constante y rápidos cambios tanto tecnológicos como legislativos, técnica que consigue la motivación mediante el planteamiento al estudiante de situaciones familiares que contienen en sí la semilla del interés. La comunicación aborda en el campo jurídico y penal las ventajas del ABP, por ejemplo, el aprendizaje más significativo, el desarrollo de las habilidades de comunicación y trabajo en equipo, el pensamiento crítico o la motivación, aunque también afronta sus desventajas, *v. gr*., resistencia al cambio en el método tradicional de trabajo, ansiedad inicial de los alumnos, grupos grandes, no mejoría en los exámenes estandarizados, renuncia a dar todos los contenidos en formato ABP o mayor tiempo para lograr los aprendizajes.

 Se trata de llevar a las ciencias jurídicas, en general, y al campo penal, en particular, el ABP con el objetivo de que el estudiante cambie la forma de adquisición de conocimientos por el aprendizaje de competencias mediante la teoría constructivista, cuya vertiente social afirma que el aprendizaje resulta especialmente efectivo cuando se realiza en colaboración con otros, y la psicología cognitiva, que promueve la motivación del alumno, *conditio sine qua non* del aprendizaje significativo.

Es por ello que se plantean retos a corto plazo, tales como (a) formación en la docencia pregrado y postgrado, (b) identidad de los estudiantes con temas medico forenses y legales y (c) credibilidad comunitaria en la fundamentación médico legal. Asimismo a largo plazo, poseer un modelo de asesoría y asistencia médico forense, legal creíble, confiable sin ánimo de equivocaciones y una relación universidad-sociedad integrado. El tiempo concebido para las líneas de investigación es de transición, de alianza estratégica, de dialogo permanente, de reciprocidad social y de consenso compartido.

Las líneas de investigación, vienen a constituir la propuesta metodológica y organizacional que orienta el trabajo investigativo y la condición que permite visualizar la actividad científica con criterios de continuidad, coherencia en perspectivas inter y transdisciplinarias.

**SINTESIS FINAL Y CONCLUSIONES**

Las conclusiones obtenidas mediante el desarrollo de la fase del estudio están dirigidas a dar respuestas precisas y de esta forma establecer la situación actual en materia médico legal de la realidad estudiada. Desde este punto de vista, la Gerencia Hospitalaria pública está experimentando nuevas formas de impulso por diferentes factores y actores sociales. Entre ellos nos encontramos con la participación de los investigadores en salud para lograr propuestas enmarcadas en modelos operativos, administrativos, de gestión y gerenciales que evolucionen a la par de los contextos globalizados.

En síntesis, se ha puesto de manifiesto la necesidad de nuevos enfoques y paradigmas explicativos referentes a cambios en las instituciones hospitalarias y en la forma de gerencial la prestación de servicios asistenciales o especializados, con los cuales se busca mejorar la gestión integral asistencial hospitalaria, cuya finalidad última es afrontar los desafíos y oportunidades que estos cambios generan.

No obstante la importancia de los hallazgos del estudio, la investigación tiene como propósito la presentación de un modelo de **Asesoría Médico Legal adscrito al Hospital** como centro especializado en salud, ente transformador para optimizar la gestión asistencial integral y así poder competir para entrar en la concepción de administración postmoderna de hospitales, en consecuencia, se ofrecen un conjunto de reflexiones finales tipo conclusiones, a saber:

**PARA EL CAPITULO II, SITUACION PROBLEMA:**

**Alcanzar** una atención forense y legal oportuna, justa para las víctimas de hechos violentos, respetando principios de igualdad entre los ciudadanos como órgano auxiliar del derecho penal.

**Persistir** en un servicio integral (medico, enfermera, abogado, forense), para el usuario administrado con principios de justicia acorde con la realidad social y comprometido académicamente.

**Predicar** desde las ciencias de la salud la importancia del sujeto víctima de hechos violentos como sujeto vulnerado en sus derechos humanos y que alguien infringe una norma primaria siendo penalmente responsable.

**Conformar** un equipo profesional de alto desempeño, con conocimiento de juricidad y el poder de advertir la peligrosidad objeto del hecho violento.

**PARA EL CAPITULO III, LA PROPUESTA:**

**Reconocer** que la víctima de un hecho violento posee una anormalidad Bio-Psico-Social y que requiere de una motivación para la denuncia ante la norma penal de quien causo el daño, en especial en pacientes con enfermedades mentales, minoría de edad y miedo insuperable.

**Motivar** desde la atención hospitalaria, las consecuencias y exigencias del principio de igualdad de los ciudadanos, evitando un trato desigual, en definitiva asumir “igual motivabilidad, igual trato legal y viceversa”.

**Asumir** desde la atención médico legal, que quien actúa sumido en un delito, hecho violento tiene una motivación. Que esta sea baja o alta requiere ser sometida a la norma y a una evaluación médico forense, médico legal para determinar la causa inherente al sujeto actuante.

**Considerar** los términos de interés médico legal para establecer grados de imputabilidad personal, en lógica coherencia con la etiología de las lesiones, daño y/o alteraciones biológicas, psicológicas, sexuales, de género que evidencian en tiempo de curación causales de justicia.

**RECOMENDACIONES**

Con base a las fases antes descritas en el estudio y el planteamiento de la propuesta, asumiendo las conclusiones de la investigación, se puntualizan las siguientes sugerencias:

**PARA EL CAPITULO II, SITUACION PROBLEMA:**

**Prevenir** mediante programas de asistencia y programas de formación académica la tendencia criminológica desde una adecuada atención hospitalaria.

**Alinearse** con el determinismo médico forense y médico legal para asumir que una persona regida por sus miedos no puede actuar de forma integral, aunque los demás crean que sí. El fundamento del reproche debe ser medido y evaluado por el médico, la enfermera certificada y el perito experto en concordancia con el proceso de salud-enfermedad desde los bio-psico-social.

**Actuar** conforme al conocimiento médico forense y de acuerdo a causas biológicas, psicológicas, ilícitas y hechos violentos de conformidad a la protección de las víctimas que acuden a establecimientos de salud (3er nivel).

**Aprender** más de la complejidad de las víctimas de hechos violentos, estudiando las contradicciones sociales y no perder el tiempo en identidades inexplicables por sí mismos.

**Entender** que en los actuales momentos, la población demandante de servicios de salud, está sumergida en responsabilidades y desmotivada por la norma.

**PARA EL CAPITULO III, LA PROPUESTA:**

**Reducir** las contradicciones entre contexto, texto y propuesta de asesoría médico legal en hospitales y centros de formación universitaria.

**Conciliar** ciencias de la salud, ciencias forenses, ciencias penales con la visión de contener la nueva criminología aceptando los factores socioculturales de todo sujeto.

**Destacar** el apoyo de las disciplinas y perspectivas científicas del derecho penal, criminológico, sociológico, psicológico, comunicacional y psiquiátrico, encaminado a demostrar la desigualdad existente entre Sociedad-Asistencia médica y Justicia como activo social.

**Profundizar** en las perspectivas de aquellas disciplinas que consideren principios rectores en la salud, en lo penal y en lo forense.

Establecer espacios de discusión con entidades formadoras de profesionales en el área de la salud, para hacerles ver la necesidad de ofrecerle al país médicos (as) y enfermeras (os) que puedan obtener un grado de maestría en Enfermería Forense.

Sensibilizar en cuanto a salud mental, las potenciales instituciones empleadoras como lo son, Organismo de Investigación Judicial, Instituciones que regulan la Infancia, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Justicia, Instituto Nacional de Seguros u otras instituciones gubernamentales, sobre la importancia y recomendaciones de las Clínicas de Reposo mentales.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**BARRERA, M. B., (2001).** *Líneas de Investigación.*Ed. Sypal. Caracas. ISBN 980-6306-26-0.

### BARRERA M., M., FIDEL. (1995). *“La importancia del enfoque holístico”. Revista Medio Internacional*. Nº 8. Caracas, Venezuela: Sypal.

**BARRERA M., MARCOS F. (2013).** *“Desarrollo de teorías. Investigación y plataformas teóricas”.* *Abstracción*. En: <http://marfibamo.blogspot.com/2013/12/desarrollo-de-teorias-investigacion-y.html>

**CARRARA, F., (1.997).** *Derecho Penal*. México. Editorial Harla. Primera edición.

**CASADESUS, M.; MERINO, J., (2005).** *Calidad Práctica; Una guía para no perderse en el mundo de la calidad.* Ed. Prentice-Hall.

**COURSON, Sara. (2003).***The Investigative Specia/ty Of Forensic Nursing*. Disponible: htpp:www.ForensicNursing.htm.

**DEL GIORGIO, S., (2012)** *Benchmarking en el Sector Publico; Aportes y Propuestas de Implementación.* Ed. Villa Elisa. ISBN; 978-987-33-2236-5.

**DONABEDIAN, A. ;(1990).** *Garantía y Monitoria de la Calidad de la Atención Medica. BD; LILACS. México. Id.; 149599.*

**FRONT, R., (2008*)*** *El uso de las TIC como soporte para el ABP*.

**FRÍAS, J., (1.996).***Teoría del Delito*. Caracas. Editorial Livrosca. Primera Edición.

**GISBERT J., (1992).** *Medicina Legal y Toxicología*. 4ta edición. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. Masson-Salvat Medicina.

**GRISANTI A., HERNANDO (2009**). *Manual de Derecho Penal Parte Especial*. Valencia-Venezuela-Caracas, Vigésimo cuarta edición, Editorial Vadell Hermanos Editores.

**GUTIURREZ, A., (2002).** *Manual de Ciencias Forenses y Criminalísticas*. Ed. Trillas.

**PENCE Y PAYMAR. (1993).** *Education Groups for Men who Batter: The Duluth Model.* New York. Springer Publishing.

**REQUENA, G. (1997).** *Derecho Penal,* Ed. Trillas

**REVISTA DEL ORGANO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA (2001).** *Calidad Asistencial.* Vol.; 16. Ed. Nexus. Barcelona. ISSN; 1134-282X.

**RUIZ P., (1988).** *Lecciones de Patología Forense*. Tomo 1. 2da edición. Ediciones Eyes. Lima, Perú.

**SART Y SANE. (2003*)*** *Equipo de respuesta al ataque sexual: Enfermeras examinadoras de ataque sexual.* Disponible; [www.scc.org](http://www.scc.org)

**SEVILLA, G., (2008).** *La metodología del Aprendizaje Basado en Problemas,* Universidad de Murcia.

**SIMONIN C., (1963).** *Medicina Legal Judicial*. Cap. II. 2da edición. Editorial JIMS. Madrid, España.

**UNERG, (2012).** *Líneas de Investigación*. Trabajo mimeografiado. Decanato de Investigación y Extensión. San Juan de los Morros, Guárico.

**VANDERBOSCH C., (1971).** *Investigación de Delitos*. Editorial Limusa - Wiley S.A. México; 1971.

**VARGAS, E., (1983).** *Medicina Legal. Compendio de Ciencias Forenses para médicos y abogados.* Cap. XVIII. 3ra edición. Lehmann Editores. San José, Costa Rica.

**VARGAS, A., (1991).** *Medicina Forense y Deontología Médica: Ciencias Forense para médicos y abogados.* Ed. Trillas.

**ANEXO A. MODELO TECNO-OPERATIVO PARA LA PROPUESTA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objetivo General** | **Objetivos Específicos operacionales** | **Etapas** | **Estrategias** | **Acciones** | **Recursos** |
| Crear la unidad de asesoría médico legal adscrita al HIRB-SJM, para atender las victimas de hechos violentos 2016-2010 | 1.-**Establecer** principios, normas y procedimientos para la formación profesional en medicina legal con sus diferentes disciplinas en las ciencias de la salud.2.-**Fomentar** el aporte de experiencia que ostente conocimientos en salud útil para instituciones que administran justicia. 3.-**Establecer** principios, normas y procedimientos para la formación profesional en medicina legal con sus diferentes disciplinas en las ciencias de la salud.4.**-Formar** asesores expertos con conocimientos especiales para prestar auxilio técnico científico a los órganos jurisdiccionales, mediante peritajes, reconocimientos de los hechos violentos.5.-**Realimentar** las diferentes dimensiones de la propuesta, como manera de impulsar la construcción de nuevos esquemas de asesoría médico legal y gestión asistencial administrativa. | 1.-Fase de participación o de preparación2.-Fase de formación y de integración3.-Fase de evaluación e internalización | 1.1.-informar-convencer sobre el cambio1.2.-indicar resultados esperados1.3.-Construir nueva visión1.4.-Dinamica grupales2.1.-Comparir experiencias2.2.-Colaboracion desinteresada2.3.-Libertad para identificar problemas2.4.-Acto reflexivo2.5.-Foros de discusión3.1-Orientacion por resultados3.2.-Incremento de competencias profesionales3.3.-Autoestima colaborativa3.4.-Encuentros dialógicos | -Sensibilizar autoridades HIRB-UNERG-Talleres formativos-Inducción dirigida-Plan de acción-Conformar equipo de trabajo-Aprendizaje organizacional-Seminarios-Cursos-Programa gerencial *in company* | TTHH participanteVideosorientadoresMedios multimediaGuías de estudiosForos *e-learning*Dialogo de experienciasMesas de trabajo |

**Leyenda:**

HIRB: Hospital Israel Ranuarez Balsa UNERG; Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos SJM; San Juan de los Morros

*Programa In company*: modalidad de aprendizaje moderno, profesional y pedagógico con dinámica participación en contexto real organizacional.

*e-learning*: modalidad de enseñanza a distancia o no presencial.

