

EL SUICIDIO EN LOS HOSPITALES GENERALES DE COSTA RICA (SISTEMA HOSPITALARIO NACIONAL 1980—1990)

DR. JUAN GERARDO UGALDE LOBO*
LIC. JUAN DIEGO CASTRO FERNÁNDEZ**

REFERENCE: UGALDE-LOBO, J.G. y CASTRO-FERNÁNDEZ, J.D., *Suicide in Costarrican General Hospitals*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1992, vol. 9, Nº 1, pp. 9-14.

ABSTRACT: From the medico-legal and judicial point of view, ten suicidal cases from 1980 to 1990, which occurred at Costarrican general hospital are analyzed. From these ten cases, eight were male; and 75% of these suicides were carried out by jumping; while the two suicidal women, one jumped and the other hung herself.

The first 60% of the cases occurred within the first three days of hospitalization. The 50% of these patients preferred to commit suicide between 10 p.m. and 6 a.m.

The authors consider that in communicating to the patient that he/she has an incurable disease, can cause the patient to commit suicide, and be a violation of the professional secret stated in the Article 203 of the Costarrican Penal Code, and therefore be a hospital responsibility.

It is suggested that an autopsy be carried out as well as a self evaluation of the hospital personnel.

KEYWORDS: Suicide, hospital responsibility.

REFERENCIA: UGALDE LOBO, J.G. y CASTRO FERNÁNDEZ, J.D., *Suicidio en hospitales generales de Costa Rica*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1992, vol. 9, Nº 1, pp. 9-14.

RESUMEN: Desde el punto de vista médico-legal y jurídico, se analizan diez suicidios de pacientes de hospitales generales de Costa Rica, ocurridos en el periodo de 1980 a 1990. De ellos, ocho fueron hombres, quienes en el 75% de los casos recurrieron a la precipitación; mientras de las dos mujeres de la casuística, una se precipitó y otra se ahorcó.

El 60% de los casos se produjo dentro de los tres primeros días de hospitalización. El 50% de los suicidas prefirió para consumar su autoeliminación el intervalo entre las diez de la noche y las seis de la mañana.

Los autores consideran que la comunicación del carácter incurable de una enfermedad, que puede llevar al paciente al suicidio, constituye una violación del secreto profesional a que se refiere el artículo 203 del Código Penal de Costa Rica, y por ello acarrea responsabilidad para el hospital. Se insiste en la necesidad de la autopsia médico-legal de estos casos y de la autoevaluación por parte del personal hospitalario.

PALABRAS CLAVES: Suicidio, responsabilidad hospitalaria.

INTRODUCCIÓN.

El suicidio, en cualquier sociedad moderna, no deja de ser un tema escabroso y difícil de tratar. Se desconocen los motivos últimos que impulsan a un hombre a quitarse la vida y en general también se ignoran las cifras exactas sobre el suicidio en muchos países, incluido el nuestro.

En Costa Rica en el campo de la salud, somos testigos de trascendentales avances que nos colocan a la par de naciones altamente desarrolladas: la baja mortalidad infantil, el prolongamiento de la esperanza de vida y más recientemente, los trasplantes de corazón realizados con todo éxito en dos de nuestros hospitales.

Aparentemente resulta paradójico, que de cara a tales hechos, nosotros hablemos del suicidio en nuestros hospitales generales. Tal vez muchos de ustedes desconocen que esto sucede. Probablemente nos cueste imaginarnos que quien asiste o es llevado a un hospital para restablecer su salud, pueda pensar en suicidarse, una vez internado.

La tendencia al suicidio cala profundamente en nuestra sociedad costarricense, y los centros asistenciales tampoco han escapado de convertirse en un escenario de esos hechos.

Uzel (1) realizó un estudio de suicidio en seiscientos establecimientos públicos de Francia en un espacio de cinco años (de 1966 a 1970), incluyendo todas las disciplinas médicas. Durante ese período los suicidios o tentativas de suicidio representaron del 7 al 10% del número total de declaraciones de accidentes corporales que se produjeron en medio hospitalario.

La totalidad de estas muertes ocurren en hospitales públicos, y no obstante no tenemos referencia en algunos casos por parte de nuestras autoridades competentes médicas o administrativas.

Toda conducta suicida tiene una doble orientación. Hay dos fases indisociables, una orientada hacia la destrucción y la muerte y la otra hacia la vida y el contacto con los otros (2). En medio hospitalario, este deseo de contacto, de querer comunicar lo encontramos en los

expedientes médicos, principalmente en las notas de enfermería, donde algunas veces se anota parte o toda la problemática existencial del paciente, que ha comunicado a enfermeras, a otros pacientes, o a familiares.

La pobre comunicación que existe entre el médico y el personal auxiliar, en relación con los factores de riesgo suicida que presentan algunos pacientes, impide que se tomen a tiempo las medidas adecuadas para prevenirlos (3, 4).

El suicidio de un paciente en un hospital es probable que sea sentido como un verdadero fracaso por parte de los médicos y el resto del personal tratante, por cuanto en el momento en que se aúnan todos los conocimientos para salvar su vida o bien restablecer su estado de salud, él decide quitarse la vida.

La existencia de la responsabilidad médico hospitalaria en relación con el suicidio intrahospitalario ha sido tratada ampliamente por algunos autores en Francia (5, 6).

En Costa Rica la responsabilidad hospitalaria ha sido reconocida categóricamente.

* Médico especialista en Medicina Legal y Medicina Penitenciaria, profesor de la Universidad de Costa Rica, apartado 554 (1002), San José, Costa Rica.

** Abogado penalista, profesor Escuela Libre de Derecho, Costa Rica.

camente, tanto en sede administrativa como penal (acción civil resarcitoria), aplicando correctamente las normas correspondientes de nuestro Ordenamiento jurídico.

El objetivo de este trabajo es conocer los aspectos médico-legales del suicidio que ocurre en hospitales generales, los factores de riesgo y determinar si cabe la responsabilidad hospitalaria en algunas de estas muertes.

METODOLOGÍA.

Se realizó una revisión de los protocolos de autopsia de la Sección de Patología Forense del Departamento de Medicina Legal de San José, de aquellas personas que se suicidaron en hospitales generales de la Caja Costarricense de

Seguro Social en un período de once años, de 1980 a 1990.

Se revisaron los correspondientes expedientes médicos excepto en un caso de la Ciudad de Limón, dado que no fue posible localizar los documentos, debido al terremoto que afectó hace unos meses a esa región.

Contamos con la valiosa colaboración de los departamentos de Estadística del Seguro Social y del Poder Judicial.

Las variables estudiadas fueron las siguientes: distribución de suicidios por año, frecuencia del suicidio por cien mil egresos hospitalarios, sexo, edad, nacionalidad, ocupación, hospital de procedencia, diagnóstico de ingreso, días de estancia hospitalaria y distribución de los suicidios por turno laboral.

Se analizó la normativa aplicable a casos como los que estudiamos así como la jurisprudencia nacional sobre la responsabilidad hospitalaria y la doctrina sobre el tema.

RESULTADOS.

Durante el período de once años de 1980 a 1990 se produjeron un total de 17 suicidios en todos los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social, 10 ocurrieron en hospitales generales (60%) y solamente 7 (40%) en hospitales para enfermos mentales, Hospital Nacional Psiquiátrico y Hospital Chacón Paut. Para determinar la tasa de suicidios por 100.000 egresos hospitalarios en hospitales generales, se estudió un período de cinco años, con los datos disponibles para esos años, de 1983 a 1987.

CUADRO 1

SUICIDIO EN EL SISTEMA
HOSPITALARIO
DISTRIBUCIÓN POR AÑO
CCSS 1980—1990

AÑO	Nº CASOS
1980	1
1981	0
1982	2
1983	4
1984	1
1985	2
1986	2
1987	1
1988	1
1989	1
1990	2
TOTAL	17
Promedio 80/90	1,5

Fuente: Departamento de Estadística del Organismo de Investigación Judicial.

CUADRO 2

SUICIDIOS EN HOSPITALES GENERALES
TASAS POR 100.000 EGRESOS
CCSS 1983—1987

AÑO	NÚMERO DE EGRESOS	NÚMERO DE SUICIDIOS	TASAS POR 100.000
1983	254.369	3	1.2
1984	271.332	1	0.36
1985	291.850	1	0.34
1986	289.572	1	0.34
1987	293.016	0	0
Promedio	280.002	1,2	0.4

Fuentes: Departamento de Estadística de la Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Estadística del Organismo de Investigación Judicial.

ACLARACIÓN Y EXCUSA POR ATRASO EN PUBLICACIÓN Y ENVÍO DE EJEMPLARES

Deseamos aclarar que el atraso en la publicación de la revista de Medicina Legal de Costa Rica, volumen 9, número 1, de mayo de 1992, se debió a variaciones imprevistas en la programación de trabajos de las partes intervinientes, por lo que ofrecemos disculpas a todos nuestros suscriptores por la tardanza en el envío de los ejemplares.

Comité Editorial

TABLA DE RESULTADOS GENERALES

DISTRIBUCIÓN POR SEXO		HOSPITAL DE PROCEDENCIA	
Número de hombres	Número de mujeres	Número de hombres	Número de mujeres
8	2	Hospital México 4	1
ESTADO CIVIL		Hospital Calderón	
		Guardia 1	1
		Hospital Monseñor	
		Sanabria 1	—
		Hospital San Juan	
		de Dios 1	—
		Hospital Tony Facio. 1	—
Número de hombres	Número de mujeres	DIAGNÓSTICO DE INGRESO	
Casado 0	1	Número de hombres	Número de mujeres
Soltero 3	1	Glomerulonefritis crónica 1	—
Viudo 4	0	Cirrosis hepática esquizofrenia 1	—
Ignorado 1	—	Traumatismo cráneo encefálico 1	—
		Herpes zoster —	1
		Espondiloartrosis tumoración cuello 1	—
		Tuberculosis pulmonar EPOC 1	—
		Catarata ojo derecho 1	—
		Enferm. gastrointestinal crónica 1	—
		Esquizofrenia paranoide (dos casos) 1	1
DISTRIBUCIÓN POR EDAD		DÍAS DE INTERNAMIENTO	
Número de hombres	Número de mujeres	Número de hombres	Número de mujeres
16—20 años 2	0	Igual o menor a	
30—34 2	1	3 días 5	1
70 ó más 4	1	4 días 1	—
		7 días —	1
		21 días 1	—
		Ignorado 1	—
DISTRIBUCIÓN POR NACIONALIDAD		TURNO LABORAL	
Número de hombres	Número de mujeres	Número de hombres	Número de mujeres
Costarricense 5	2	06 h—14 h 2	1
Nicaragüense 1	—	14 h—22 h 1	—
Estadounidense 1	—	22 h—06 h 4	1
Taiwanés 1	—	Ignorado 1	—
DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN		MÉTODO UTILIZADO	
Número de hombres	Número de mujeres	Número de hombres	Número de mujeres
Pensionados 5	—	Precipitación 6	1
Ama de casa —	2	Ahorcadura 1	1
Peón agrícola 1	—	Arma de fuego 1	—
Estudiante 1	—		
Sin ocupación 1	—		

CASOS RELEVANTES.

1— L.C.V.: masculino de 80 años, pensionado, con antecedentes de enfermedad gastrointestinal crónica. Había manifestado depresión e ideas suicidas. Se dispara en la cabeza estando en la consulta de gastroenterología, después de que aparentemente se le dijo que tenía cáncer.

2— W.E.B.: masculino de 82 años, pensionado, ingresó con el antecedente de espondiloartrosis y tumoración cervical que por estudio de biopsia resultó ser un linfoma, aparentemente el paciente se enteró de que tenía cáncer. Fallece por precipitación.

3— J.U.K.: masculino de 21 años, con antecedentes de esquizofrenia paranoide, ingresó en estado psicótico. El médico indica un tratamiento el cual no fue administrado por no haber en farmacia. El paciente se suicida por precipitación pocas horas después de su ingreso.

4— E.V.R.: masculino de 76 años, pensionado, ingresó para ser operado por enfermedad ocular. La cirugía se suspendió por hipertensión arterial del paciente, el cirujano lo egresó, sin embargo permaneció dos días más internado durante los cuales no recibió visita médica. Durante esos dos días, el paciente pasó deprimido y manifestó estar obstinado de la vida. Fallece por precipitación.

LA RESPONSABILIDAD HOSPITALARIA.

Si bien en la antigüedad, en el derecho romano y en el canónico, se consideraba que los servicios médicos, como la obra de la inteligencia y del espíritu, no eran susceptibles de medirse en dinero y, por ende, no podían ser objeto de un contrato, ni generaban responsabilidad civil por incumplimiento contractual no ocurre lo mismo en los tiempos actuales (7).

Hoy día, cualquier hospital costarricense, podría ser responsable legalmente, de los suicidios de sus pacientes, debido a las faltas cometidas en la prestación del servicio, como podrían ser: la no administración de un tratamiento médico, la violación del secreto médico, la falta de vigilancia y la falta de atención.

El marco jurídico aplicable a casos como los de comentario, con respecto a la responsabilidad de los hospitales del Seguro Social, viene dado por el artícu-

lo 73 de la Constitución Política, relacionado con las siguientes disposiciones legales: numerales 190 y 191 de la Ley General de la Administración Pública, 70 de la Ley General de Salud, 702 y 1048 del Código Civil y 15 y 16 del Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS.

Así tenemos que, según nuestro derecho:

La Administración responderá por todos los daños que cause su funcionamiento legítimo o ilegítimo, normal o anormal, salvo fuerza mayor, culpa de la víctima o hecho de un tercero (artículo 190 de la Ley General de la Administración Pública).

La Administración deberá reparar todo daño causado a los derechos subjetivos ajenos por faltas de sus servidores cometidas durante el desempeño de los deberes del cargo o con ocasión del mismo, utilizando las oportunidades o medios que ofrece, aun cuando sea para fines o actividades o actos extraños a dicha misión (artículo 191 de la Ley General de la Administración Pública).

Todo establecimiento de atención médica deberá reunir los requisitos que dispongan las normas generales que el Poder Ejecutivo dicte para cada categoría de éstos, en especial, normas técnicas de trabajo y organización; tipo de personal necesario; planta física, instalaciones; equipos; sistemas de saneamiento y de eliminación de residuos y otras especiales que procedan atendiendo a la naturaleza y magnitud de la operación del establecimiento (artículo 70 de la Ley General de Salud).

El Seguro de Enfermedad comprende entre sus prestaciones: la asistencia médica general, especial y quirúrgica y la asistencia hospitalaria (artículo 15 del Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad, así reformado en sesión N° 3140, artículo 6, del 1 de abril de 1964).

La asistencia médica general, especial y quirúrgica, la recibirán los asegurados en las clínicas y hospitales de la Caja, o en los que, por circunstancias especiales, ella designe (artículo 16 del Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad).

El deudor que falte al cumplimiento de su obligación, sea en la sustancia, sea en el modo... será responsable de los daños y perjuicios que ocasione a su acreedor, a no ser que la causa proven-

ga de hecho de éste, fuerza mayor o caso fortuito (artículo 702 del Código Civil).

Obligación de escoger a una persona apta para ejecutar los actos y vigilar la ejecución en los límites de la diligencia de un buen padre de familia (artículo 1048 del Código Civil).

Doctrinariamente se dice que:

"El contrato de hospitalización implica así, en derecho privado, una doble obligación: una obligación de cuidado y una obligación de guarda y de vigilancia. El acuerdo es poco más o menos unánime sobre este punto" (6).

La jurisprudencia costarricense ha resuelto en punto a lo indemnizatorio, tanto en la vía penal (acción civil resarcitoria) como en la administrativa (civil).

A nivel penal la sentencia N° 210-89 del Tribunal Superior de Cartago, dictada a las diez horas con treinta minutos del once de agosto de mil novecientos ochenta y nueve, dispuso:

"La medicina socializada tiene sus ventajas y sus desventajas, una de éstas es la masificación y el debilitamiento de la relación médico-paciente, con lo cual se ha personificado; una de las ventajas es que el Estado asume una de las funciones más importantes como es la salud; llegando con ello a estratos sociales de bajos ingresos económicos que en otras circunstancias les es muy difícil acudir a consulta médica cuando ésta es privada. Pero la burocratización campea en la medicina socializada, descuidándose con ello la calidad de la medicina, tanto a nivel médico como a otras áreas auxiliares; así tenemos hospitales con escasez de medicamentos, de equipos para el diagnóstico y tratamiento del enfermo, escasez de personal médico y paramédico capaz e idóneo, etc. (...). Estas deficiencias inciden en la calidad de la medicina prestada. La institución demandada es responsable civilmente por los daños y perjuicios cometidos por sus funcionarios o empleados con ocasión de las tareas encomendadas, artículo 190 Ley General de la Administración Pública. Ya está bien determinado que en el caso de la muerte de la ofendida se suscitaron errores, omisiones, y descuidos que provocaron ese suceso que en otras circunstancias y condiciones no tenía que ocurrir, y en ello hay cierto grado de culpa de la accionada por no

tener mejores controles y mejor organización para prevenir estos daños".

La jurisprudencia administrativa, según sentencia número 17 de la Sala Primera de la Corte Suprema de Justicia, de las dieciséis horas del catorce de abril de mil novecientos ochenta y nueve, resolvió:

"En relación con la responsabilidad de la Caja, la sentencia de primera instancia hace una serie de consideraciones de las que conviene entresacar las siguientes: (VII) Al asumir una institución del Estado el servicio de la salud como función propia la convierte en un servicio público. Al prestar ese servicio nace una relación que conlleva la obligación implícita de una debida atención médica a cargo de la Caja (institución obligada a dar atención médica a los asegurados y sus familiares, con derecho a los beneficios del seguro social). De allí surge que las responsabilidades del médico y del ente asistencial frente al paciente son de naturaleza legal, responsabilidad directa de la institución respecto del paciente. El deber de las clínicas descansa en una obligación tácita de seguridad; de tal manera, el paciente está constreñido a probar la culpa del médico, para patentizar la transgresión de la obligación de seguridad por parte del ente. Esa responsabilidad de las clínicas es objetiva, circunstancia que les imposibilita demostrar la ausencia de culpa para la exclusión del deber. En consecuencia y con miras a eximirse de responsabilidad, tendrán que probar una causa ajena, es decir la culpa de la víctima, la culpa de un tercero por el que no deben responder, o en fin, el caso fortuito genérico. (VIII) De la constitución de la relación contractual deriva directamente el deber de prestación o de cumplimiento, que debe satisfacerse con la diligencia propia del buen padre de familia. La diligencia que él debe poner, en el cumplimiento de la obligación se valora con mayor rigor."

Entonces, la responsabilidad hospitalaria, que es de carácter objetivo, deriva de las faltas cometidas en la prestación del servicio, incluidas —a nivel solidario— las atribuibles directamente al médico (por culpa in iligendo o culpa in vigilando de la Administración).

Es claro, que como bien sostiene la doctrina francesa, "el régimen jurídico de la responsabilidad hospitalaria sigue muy

cerca el derecho común de la responsabilidad administrativa en lo que concierne al perjuicio indemnizable. El petente de la indemnización debe ante todo, dar prueba de la existencia del perjuicio" (6).

LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO DE HOSPITAL.

La responsabilidad del médico de hospital (y del personal auxiliar), con respecto al suicidio de un paciente a su cargo, de no obedecer a la mera inobservancia del deber de cuidado, puede revestir un aspecto de carácter penal, que aparece al configurarse el delito (doloso) de omisión de socorrer a una persona en peligro (artículo 144 del Código Penal).

El marco jurídico aplicable a situaciones como ésta, con relación a la responsabilidad del médico, lo conforman básicamente los numerales 103 del Código Penal y 1045 del Código Civil.

"Desde este punto de vista, la responsabilidad del médico hospitalario combina tres series de reglas. Unas definen la responsabilidad de los establecimientos hospitalarios. Otras conciernen a la responsabilidad de agentes públicos de orden general. Las últimas en fin, son las reglas en materia de responsabilidad contractual en las relaciones entre personas privadas" (8).

La responsabilidad subjetiva que sustenta la omisión de auxilio médico, dada su categoría dolosa, conlleva la obligación del profesional de indemnizar los daños y perjuicios causados.

Éticamente, rigen para los médicos las disposiciones que a continuación transcribimos por su importante relación con el tema tratado:

Las necesidades integrales del paciente deben ocupar lugar prominente en la conducta profesional del médico (artículo 2 del Código de Moral Médica).

El secreto profesional se impone para todo médico, con las excepciones que establece la Ley (artículo 12 del Código de Moral Médica).

Por secreto se entiende todo aquello que, por razón de su profesión, haya llegado a conocimiento del médico, ya sea porque le fue confiado, o porque lo pudo observar o intuir (artículo 13 del Código de Moral Médica).

Cuando medie petición, el médico debe mantener el secreto, aun con los miembros de su familia, con excepción de los padres o encargados responsables de menores de edad, o cuando la

salud de terceras personas esté involuacrada (artículo 14 del Código de Moral Médica).

El pronóstico grave puede, legítimamente, ser mantenido en reserva al enfermo. Un pronóstico fatal no le puede ser revelado, si no es con la mayor circunspección; pero la familia sí debe ser informada excepto que previamente el paciente haya prohibido, en forma explícita, verbal o escrita esta resolución o haya designado a terceras personas para recibir la información (artículo 29 del Código de Moral Médica).

La comunicación de desgracias terribles como las enfermedades incurables, puede ser un factor determinante para que alguien adopte la resolución de suicidarse, con lo que la violación del secreto profesional (artículo 203 del Código Penal), por parte del médico o de la enfermera, podría convertirse en el fundamento fáctico (delictivo) de la responsabilidad.

CONCLUSIONES.

1.—La incidencia de suicidio en los hospitales generales del seguro social es muy baja, menos de un suicidio por año por cien mil egresos hospitalarios.

2.—Esta conducta predomina en hombres en una relación de 4:1 con respecto a las mujeres, viudos y solteros en su mayoría.

3.—Un cincuenta por ciento de los suicidios ocurrieron en personas mayores de 70 años. En Costa Rica durante un período de diez años de 1981 a 1990, el cinco por ciento de todos los suicidios en personas mayores de 60 años se dieron en medio hospitalario (9). En general se trató de pensionados, afectados por enfermedades crónicas (tuberculosis pulmonar, cáncer, enfermedad gástrica, herpes zoster, catarata). En la mayoría de los casos hubo manifestaciones de síntomas depresivos previos o durante el internamiento. Lo anterior confirma lo observado por otros autores (10) de la importancia que debe de prestar el médico tratante y el personal auxiliar a toda manifestación de síntomas depresivos en el enfermo crónico pues conlleva un riesgo de suicidio. Una adecuada comunicación entre el médico y el personal auxiliar ayudaría a disminuir este riesgo, reforzado aún más por el hecho de que el 80% de todos los suicidios se produjeron en la primera semana de internamiento.

4.—Un tercio de las muertes se produjeron en pacientes con enfermedades mentales, como la esquizofrenia. El alto riesgo de suicidio entre la población de esquizofrénicos se encuentra ampliamente documentado en la literatura (11, 12). Estos suicidios se presentaron en hospitales generales con camas de psiquiatría, de donde cabe preguntarse, si estos hospitales disponen del personal calificado y de la planta física idónea para recibir y atender a estos pacientes.

5.—La precipitación fue el método de elección en hospitales, que en su mayoría tienen más de tres pisos de altura. Fue el método preferido en cuatro hombres y una mujer mayores de 70 años. Este mismo hecho fue observado por Faberow citado por Salmons (13). Si la precipitación es el método más frecuente, también debemos reflexionar sobre las condiciones de seguridad y vigilancia de estos hospitales. A esto último hay que agregar que el 50% de los suicidios se producen en el turno de horas de la noche.

6.—Todo suicidio intrahospitalario debe ser objeto de una autopsia médico-legal. Es conveniente que la autoridad judicial, al apersonarse al lugar de los hechos, realice el secuestro inmediato del expediente hospitalario, practique las pesquisas policiales de rigor (entrevistas a personal médico y auxiliar, pacientes del salón, familiares, etc.) y solicite además al médico forense que se pronuncie en base a los documentos médicos, sobre el tratamiento y los cuidados recibidos por el paciente, a fin de determinar si la atención médica recibida fue la adecuada.

7.—El suicidio de un paciente en un servicio hospitalario debe conducir a todo su personal a la autoevaluación, a un examen de qué pudieron generarlo, con el afán de lograr un mejoramiento de los servicios brindados al paciente (4). Esta autoevaluación nos lleva al concepto de la responsabilidad, una vez ingresado el paciente al hospital está depositando enteramente su vida en las manos del médico y personal auxiliar.

8.—Como se ha observado en ciertos casos la responsabilidad hospitalaria puede estar comprometida en algunas de estas muertes, lo que los franceses han dado en llamar "mal funcionamiento del servicio hospitalario" con faltas como: la falta de atención y tratamiento médico, la falta de comunicación entre el médico

y personal auxiliar, violación del secreto médico, la falta de vigilancia.

9.—En Costa Rica, la Justicia Penal y Administrativa han sido claras en cuanto a los aspectos atinentes a la responsabilidad hospitalaria, aunque no específicamente a casos de suicidio, pero sí con relación a graves hechos derivados de faltas como las anotadas en el punto anterior.

10.—Es indispensable promulgar la normativa, al menos reglamentaria, que coadyuve a la prevención del suicidio intrahospitalario, en aspectos como la seguridad de las instalaciones de los centros asistenciales y la vigilancia de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. UZEL, M., *Les suicides en milieu hospitalier*, *Revue Hospitaliere de France*, Fevrier, 1972, pp. 21-41.
2. VEDRINNE, J.; QUENARD, O., y WEBER, D., *Suicide et Conduites Suicidaires*, Ed. Mason, Paris, tomo 1, 1981, pp. 21-33.
3. CRAMER, J.L., *The Special Characteristic of Suicide in Hospital in Patients*, *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, pp. 460-476.
4. GOH, S.E.; SALMONS, P.H., y WHITTINGTON, R.M., *Hospital Suicides. Are there Preventable Factors? Profile of the Psychiatric Hospital Suicide*, *British Journal of Psychiatry*, 1989, 154, pp. 247-249.
5. MALICIER, D., *La responsabilité medicale hospitaliere. Etude portant sur 600 hopitaux publics*, *Journal de Medecine Legale*, Droit Medical, 1986, t. 29, No. 3, pp. 267-274.
6. MONTADOR, Jean, *La Responsabilité des Services Publics Hospitaliers*, Editions Berger-Levrault, Paris, 1973, p. 103.
7. AUBRY y RAU, *Cours de Droit Français*, 5a. ed., t. V, N° 371, p. 388.
8. BRUNEL, J.P., *La Responsabilité Civile du Médecin Hospitalier*, *Bulletin Medecine Legale, Toxicologie*, 1978, 21, N° 3, pp. 345-352.
9. UGALDE, J.D., *Suicidio en personas mayores de 60 años en Costa Rica*, *Medicina Legal de Costa Rica*, vol. 8, N° 2, dic., 1991, pp. 17-21.
10. KOENING, H.G., et al., *Depression in Elderly Hospitalized Patients with Medical Illness*, *Arch. Intern. Med.*, vol. 148, September, 1988, pages 1929-1935.
11. SCHUARTS, D.D., et al., *Suicide in the Psychiatric Hospital*, *Am J, Psychiatry* 132: 2, February, 1975, pp. 150-153.
12. LANGLEY, G.E., y BAYATTI, *Suicides in Exe Vale Hospital 1972-1981*, *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, pp. 460-476.
13. SALMONS, P.H., *Suicide in High Buildings*, *British Journal of Psychiatry*, 145, 1984, pp. 469-472.

COLPOSCOPÍA EN MEDICINA LEGAL

DR. JORGE MARIO ROLDÁN RETANA*

REFERENCE: ROLDÁN-RETANA, J.M., *Colposcopy in Legal Medicine*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1992, vol. 9, N° 1, pp. 14-16.

ABSTRACT: The colposcope is an instrument that has fulfilled a technical need of Forensic Medicine. Its usefulness is unquestionable in cases of sexual abuse where diagnosis of lesions, evident or uncertain, can be made by using color filters and magnifying lenses. It also allows assessment of other lesions as those caused by firearms and abrasions where it is possible to see foreign materials. Another of its advantages is the possibility to establish photographic files that can be used as evidence in courts and as educational material for the team involved in handling victims and their abusers.

KEYWORDS: Colposcopy, sexual abuse, traumatology, Clinic Forensic Medicine.

REFERENCIA: ROLDÁN RETANA, J.M., *Colposcopia en Medicina Legal*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1992, vol. 9, N° 1, pp. 14-16.

RESUMEN: El colposcopio es un instrumento que ha venido a llenar una necesidad técnica en la Medicina Legal. Con el uso de filtros y por la magnificación permite aclarar lesiones dudosas a simple vista en los casos de abuso sexual. Además facilita la valoración detallada de excoiaciones y de heridas por arma de fuego. Complementada con la fotografía, posibilita la preservación de pruebas y facilita la docencia de profesionales en estas áreas de la Medicina Legal.

PALABRAS CLAVES: Colposcopia, delitos sexuales, traumatología, Medicina Clínica Forense.

* Director académico del Departamento de Medicina Legal, Universidad de Costa Rica. Jefe de la Sección de Clínica Médico Forense del Departamento de Medicina Legal, Poder Judicial de Costa Rica, apartado 470, Zapote, Costa Rica.