

CARTAS AL DIRECTOR

Violencia doméstica

Sr. Director: En el artículo de A. Arroyo Fernández, publicado en su revista¹, se realizan diversos comentarios sobre protocolos de exploración de las víctimas de la violencia doméstica y mujer maltratada, y entre otros se citan el de la Organización Médica Colegial de Madrid, los de las comunidades de Aragón y Canarias y el nuevo diseño de protocolo que se va a difundir en Cataluña. Por las explicaciones sobre el contenido de este último, parece que está influenciado o en consonancia con el protocolo sobre violencia doméstica difundido a principios de 1999 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud². Este protocolo incluye un modelo de parte de lesiones (PL) cuyo contenido es similar al descrito en el artículo, pero se significa un nuevo apartado: antecedentes personales del agredido(a) en relación con las lesiones. Hasta ahora el médico se limitaba a referir las lesiones existentes en el momento de la asistencia y, si era necesario, la posible relación con el estado anterior del lesionado o la antigüedad de las lesiones³. En el modelo que se nos propone, el médico debe registrar en el PL, según referencias del presunto agredido(a), si se dieron episodios anteriores de maltrato, número de veces, secuelas psíquicas o físicas de los mismos, etc. Todo ello con el fin de ofrecer al juez un marco de referencia temporal y personal más amplio que la simple enumeración de las lesiones presentes en el momento del reconocimiento. También para dar a conocer los maltratos sufridos con anterioridad y que no llegaron a traducirse en una asistencia médica con el correspondiente PL.

En el protocolo asistencial también se recomienda adjuntar fotografías de las lesiones, previo con-

sentimiento, si es posible por escrito, de la presunta víctima. La descripción de las lesiones con términos médicos no llega a reflejar el estado real de la víctima; solamente fotografiando las lesiones se puede apreciar la imagen corporal en que se traducen las equimosis, hematomas o erosiones relatadas en el PL⁴. Por otro lado, la fotografía nos ofrece la posibilidad de mostrar las lesiones de las víctimas a pesar del tiempo que pueda transcurrir hasta el momento de la exploración por el médico-forense. Como se menciona en el artículo, por cuestiones burocráticas, cuando llega la víctima al mencionado reconocimiento, generalmente sus lesiones han desaparecido. La cámara fotográfica debería formar parte del equipamiento médico-legal de los centros de salud y de los servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalarios.

J. de las Heras Gómez^a
y C. Sanz Ruiz^b

^aMédico Generalista. Servicio de Urgencia de Getafe. Responsable del servicio.

^bMédico del Servicio de Urgencia de Getafe. Especialista en Medicina Legal y Forense. Servicio de Urgencia de Getafe. Atención Primaria. Área 10. INSALUD. Madrid.

1. Arroyo Fernández A. Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Aten Primaria* 2000; 26: 255-260.
2. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Plan de acción contra la violencia doméstica (1998/2000). Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología (4.º ed.). Barcelona: Salvat, 1991.
4. Jenkins JL, Loscalzo J. Manual de medicina de urgencia, diagnóstico y tratamiento (10.ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.

En torno a la financiación por la industria farmacéutica de cursos de posgrado

Sr. Director: En varias ocasiones, desde la pasada década, ATENCIÓN PRIMARIA ha publicado artículos reflexionando sobre la relación del médico con la industria farmacéutica. Como se decía en uno de ellos¹, cuando se busca el bien común es un imperativo moral escoger los procedimientos profesionales más eficientes, ya que los costes marginales distraen recursos que se podrían dedicar a otras necesidades. Para desarrollar una práctica coste-efectiva, el médico necesita una inversión en formación continuada que no siempre puede asumir su empresa y que, con frecuencia, está dispuesta a cubrir la industria farmacéutica. Pero la industria, al desarrollar su actividad en un régimen de mercado, aplica métodos de marketing y necesita obtener beneficios para subsistir. Las necesidades de propaganda de los fabricantes de medicamentos y las necesidades de formación continuada de los médicos están con mucha frecuencia interrelacionadas, lo que conlleva sus riesgos. Es absolutamente inaceptable que ello conduzca a conflictos de interés que afecten negativamente al cuidado de salud de la población².

Esta reflexión no es aplicable sólo a nuestro país. No existen respuestas cerradas, en el contexto internacional, sobre cómo orientar la relación entre los médicos, los cuales deberían actuar siempre con criterios profesionales, y la industria farmacéutica, para quien, legítimamente, los médicos son compradores en potencia. En 1990³, el Comité de Ética del American College of Physicians publicó en una revista de gran divulgación lo que consideraba pu-