

BUTLLETÍ **mèdic**

Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL)

Número 108

Setembre del 2014



**Els accidents
infantils a la llar**



Assegurança d'AUTOMÒBIL

El millor servei al millor preu



Tercers amb
assistència
des de
161€/any*

100%

**100% DEL VALOR
DE NOU**
els 3 primers anys



**ASSISTÈNCIA
EN VIATGE**
amb distància il·limitada
de remolc del vehicle



**SUBSTITUCIÓ
DE RODA**
en cas de punxada



**COTXE
DE SUBSTITUCIÓ**



**DEFENSA
DE MULTES**



ET TORNEM L'IMPORT
del curs obligatori per
la pèrdua total de punts

* MediMotor (zmp). Cobertures aplicables segons modalitat i paquet contractat. Les condicions generals aplicables estableixen amb detall totes aquestes garanties. Prima anual en funció del perfil del conductor principal i del vehicle assegurat.

Informi-se'n ara



Rambla d'Aragó, 14, 1r. pis.
Lleida



902 195 954



medicorasse@med.es

Accidents infantils

La majoria dels accidents infantils es produeixen als col·legis i a les llars. Les conseqüències són esferidores, ja que suposen la primera causa de mort en nens i nenes d'entre els 5 i els 18 anys a la Unió Europea. És a dir, esdevenen la principal causa de dolor, patiment i discapacitats al llarg de la vida, amb greus conseqüències en el desenvolupament físic, psíquic i social de l'infant. A més, consumeixen un important percentatge dels recursos sanitaris.

Evidentment, la prevenció implica de manera directa les famílies i les escoles. No obstant això, és responsabilitat dels serveis de salut facilitar als adults una bona informació i posar en marxa els tres nivells de prevenció. Per aquest motiu, cal una legislació clara adreçada als centres educatius, a les famílies i a la indústria que fabrica objectes destinats a l'ús infantil.

Com sempre, les mesures legislatives requereixen la bona implicació de les institucions, que han de destinar recursos suficients a la divulgació de les normes per prevenir aquest tipus d'accidents i garantir una actuació ràpida en cas que succeeixin. En aquest sentit, us recomanem l'excel·lent treball que publiquen els membres de la Unitat d'Urgències de Pediatria de l'HUAV en aquest BUTLLETÍ MÈDIC.



Visió multidisciplinària del suïcidi

Debat amb articles de Ramon Camats, Dra. Montse Esquerda i Dr. Josep Pifarré, Simeó Miquel, Dra. Rosa M. Pérez i la Dra. Maria Irigoyen. **05**

Els accidents infantils a la llar

Reportatge elaborat per la Dra. Neus Pociello, Fernando Paredes, Zaira Ibars i Laura Minguell. **19**

Guerra i sanitat a Lleida (1700-1714)

Article d'història escrit pel Dr. Manuel Camps Surroca i Blau Camps Aler. **27**

Edició: Col·legi Oficial de Metges de Lleida. Rambla d'Aragó, 14, altell 25002 Lleida
Tel.: 973 27 08 11 Fax: 973 27 11 41. <http://www.coml.es> · butlletimedic@coml.es

Consell de Redacció:
Tomàs Alonso Sancho
Ferran Barbé Illa
Ricard Batlle Solé
Manel Camps Surroca
Joan Carrera Guiu

Joan Clotet Solsona
Josep Corbella Duch
Montse Esquerda Aresté
Josep Maria Greoles Solé
Maria Irigoyen Otiñano
Aurora López Gil

Xavier Matias-Guiu Guia
Mercè Matinero Tor
Jordi Melé Olivé
Mercè Pascual Queralt
Àngel Pedra Camats
Joan Prat Corominas

Montse Puiggené Vallverdú
Àngel Rodríguez Pozo
Josep Maria Sagrera Mis
Plácido Santafé Soler
Jorge Soler González
José Trujillano Cabello
Joan Viñas Salas

Director:
Joan Flores González

Edició a cura de:
Magda Ballester. Comunicació
Disseny i maquetació:
ÀGORA Comunicació,
Assessoria i Mediació, SL
Correcció: Torsitrad
Publicitat: COMLL
Fotomecànica: Gràfics Claret, SL
Impressió: ImpresPla, SL
Dipòsit legal: L-842/1996 ISSN: 1576-074 X

TARIFES PUBLICITÀRIES Preus per inserció (6 números/any)

| OPCIÓ 1 | | OPCIÓ 2 | | OPCIÓ 3 | |
|-------------------------------|-------------------|-------------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------|
| ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO | ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO | ESPAI CONTRACTAT | PREU PER NÚMERO |
| 1 Contraportada externa | 721,21 € | 6 Pàgines interiors | 300,51 € | 6 Mitges pàgines interiors | 150,25 € |
| 1 Contraportada interna | 480,81 € | Preu total insercions: | 1.803,06 € | Preu total insercions | 901,50 € |
| 4 Pàgines interiors | 300,51 € | | | | |
| Preu total insercions: | 2.404,06 € | | | | |

Els fotolits van a càrrec del client. Aquests preus no inclouen l'IVA

Acords de la Junta de Govern del COMLL

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida, en les seves sessions entre el 20 de maig i l'1 de juliol de 2014, ha acordat i tractat, entre altres, els assumptes següents:

- La Secció Col·legial de Metges Residents ha celebrat eleccions de Junta de Govern, que ha quedat constituïda per la presidenta, Maria Fernanda Ramirez Gallego; el secretari, Mario Sirat Castillo; la tesorera, Cristina Solé Felip, i els vocals Gemma Montagut Fornós, José Manuel Fernández Armenteros i María Eugenia Rivero Arango.

- El Col·legi ha proposat el col·legiat Dr. Oriol Yuguero com a representant del COMLL a la Comissió Tècnica de la Comissió Mèdica de Cooperació Internacional.

- S'ha contractat una administrativa a temps parcial durant la campanya de les declaracions de l'IRPF com a reforç de l'àrea fiscal.

- La Dra. Núria Nadal ha deixat el càrrec de secretària de la Junta de Govern. Aquestes funcions són assumides pel vicesecretari, Dr. Carlos Querol.

- S'ha proposat el Dr. Carlos Querol, en substitució de la Dra. Nadal, com a representant del Col·legi al PAIMM (Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt).

- El Col·legi ha estat convidat a formar part d'una comissió de seguiment, amb els representants dels col·legis professionals, per al procediment d'unificació en un únic ens jurídic de tots els dispositius assistencials gestionats per les entitats proveïdores del sector públic de la Regió Sanitària de Lleida, per tal de participar-hi i debatre-ho.

- S'ha donat el vistiplau a la posada en funcionament d'un programa de gestió documental i un altre programa de gestió de col·legiats.

Moviment col·legial dels mesos de juliol i agost del 2014

El Col·legi Oficial de Metges de Lleida ha registrat 4 altes durant els mesos de juliol i agost de 2014: Estefania Male Cardona, Maria Blanca Palou Papaseit, Horia Calin Salca i Thierry Balmaceda Frasselé.

BAIXES

El Col·legi ha registrat 8 baixes en aquests dos mesos. Entre les baixes, figuren les defuncions dels Drs. Joan Cornet Robles, María Pilar Baillo Faló, Mario Romeo Martínez i Juan Luis Barrio Novoa.

Total col·legiats el 31/08/2014: 1.738

CANVIS DE SITUACIÓ

Han passat a col·legiats honorífics els Drs. Alfonso Moreno Cantos i Luis F. Guerrero de la Rotta.

Suïcidi: abordatge multidisciplinari

BUTLLETÍ MÈDIC aborda en aquest número el tema del suïcidi des d'una òptica disciplinària. Els articulistes ens ofereixen una visió filosòfica, jurídica, ètica, psiquiàtrica i de medicina legal sobre un tema complex que les diferents cultures han interpretat i valorat de formes diferents al llarg de la història.

Plegar de viure

La tendència a la mort voluntària no és una malaltia de la qual hom hagi o pugui ser curat igual com del xarampió o la sífilis. Aleshores, per què escriure aquest paper per al BUTLLETÍ MÈDIC de Lleida? El cert és que la meua primera aproximació

al suïcidi va venir de la medicina. Fa uns anys un bon amic, psicòleg, em va convidar a impartir la conferència inaugural d'un congrés mèdic que tenia lloc a l'Hospital Arnau de Vilanova. El tema general era la salut mental, i l'específic era el suïcidi.

La mort voluntària pot ser analit-

zada des de moltes perspectives: antropològica, sociològica, mèdica, psicològica, legal, filosòfica... i totes són complementàries, per bé que no reductibles les unes a les altres o a una sola. El congrés mèdic on se'm convidava a parlar, en canvi, partia d'un pressupòsit, això és, que el suïcidi és una qüestió mèdica, de salut, física o mental. Probablement existeixen raons per a una tal premissa: constància estadística de la correlació entre malaltia mental i suïcidi, vinculació del tema la cura física del pacient amb l'eventualitat de les cures paliatius i l'eutanàsia, etc. Però també n'hi ha d'altres, més abstractes, com ara el fet de la progressiva medicalització del sistema penal, del tractament de la desesperança i el sentit de l'existència i, finalment, de tot el que té a veure amb el final de la vida humana. Del primer val a mencionar —car aquest no és el tema de l'article— la progressiva incorporació del judici d'experts: metges psiquiatres i psicòlegs que determinen la salut mental dels acusats de delictes i, alhora, la seva llibertat d'actuar, factors crucials a l'hora d'atorgar o treure responsabilitats penals. Del segon, és comú el fet que els principals problemes



Convocat el Concurs de Nades del COMLL 2014

La Junta de Govern del Col·legi Oficial de Metges de Lleida (COMLL) ha convocat el Concurs de Nades 2014, en el qual poden participar fins a segon d'ESO els fills i les filles dels col·legiats i les col·legiades.

Les bases del concurs estableixen que els participants han de dibuixar motius nadalencs amb un format de 21 cm d'amplada per 10 cm d'alçada. Els petits autors i autores poden utilitzar llapis, aquarel·les, oli, etc.

El dibuix original en paper i, si es desitja, en versió digital gravada en un CD, s'ha de lliurar a la seu del COMLL. Cal posar el material en un sobre tancat i identificat exteriorment amb el nom de l'autor, la data de naixement, els estudis que cursa i el nom del pare o de la mare col·legiats.



Paula Escartín, guanyadora de l'edició 2013 del Concurs de Nades

El termini de presentació de les propostes finalitza el dia 14 de novembre, a les 14.00 hores. La Junta de Govern es constituirà en jurat per elegir el dibuix premiat i el seu veredicté serà inapel·lable.

La nadala guanyadora obtindrà un val de 100 euros en material didàctic de la Llibreria Àbacus i, a més a més,

un maletí amb material per dibuixar. El dibuix guanyador s'editarà com a nadala corporativa del COMLL i es publicarà al BUTLLETÍ MÈDIC. Tots els participants rebran un obsequi del Col·legi.

Paula Escartín, d'11 anys, va guanyar el Concurs de Nades de l'edició 2013, que va comptar amb la participació de 53 nens i nenes.



de la vida, frustració, tristesa, etc., en una societat sense recursos emocionals que vol guarir el dolor espiritual com ho fa amb el mal de cap, això és, amb una aspirina, aboquen a una medicalització generalitzada de la desesperança pura i simple, com l'he anomenada més amunt. Del tercer, el fet que s'han lliurat en exclusiva a la medicina els tràmits de la mort, des del determini dels tractaments terminals fins a la certificació de la fi. La societat contemporània, amarada de racionalitat, obsedida amb l'objectivitat científica, ha remès les qüestions més crucials al criteri "objectiu" de la ciència empírica i, en el cas que ens ocupa, de la medicina.

La mort voluntària és, sens dubte, un tema mèdic. La correlació positiva entre malaltia mental i/o física i suïcidi així ho fa veure. Però aquesta relació només es pot mantenir en la mesura que considerem que la malaltia mental priva els individus de capacitat de decidir lliurement, és a dir, que els priva, d'alguna manera, de la seva humanitat. Només en aquest sentit es pot entendre que els individus alienats que cometen intents autolítics puguin ser privats de llibertat o obligats a l'hospitalització vigilada. En aquest mateix espai tenen sentit també les campanyes de prevenció del suïcidi que es fan arreu, equiparables, pel fet que es tracta de qüestions de salut, a totes les campanyes informatives i de prevenció quant a hàbits saludables en general. Però aquí s'acaba la vinculació teòrica entre la medicina i la mort voluntària. N'hi ha una altra de pràctica, però és tangencial. És la que pot establir-se entre la praxi mèdica i l'ajuda a la mort voluntària, també anomenada "suïcidi assistit", especialment en casos de malalts terminals que sol·liciten ajuda directa per morir. En aquest cas, però, el debat no és sobre l'especificitat del suïcidi com a acte lliure o patològic, sinó sobre l'ètica professional del metge, el seu jurament hipocràtic, la qüestió de la legalitat de l'eutanàsia en les seves diverses formes i l'eventualitat de l'objecció de consciència.

He dit més amunt que la mort voluntària és un tema mèdic. Hauria de dir que "també" és un tema mèdic —en determinades circumstàncies—, però no únicament mèdic ni reductible a la medicina. I en absència de malaltia —voler plegar de viure no ho és, necessàriament— no és mèdic en absolut. Al meu entendre, es tracta d'una qüestió ètica i filosòfica —de fet, s'ha

entès sempre així, fins a la publicació del llibre d'Émile Durkheim *Le suicide* (1897), que va introduir la visió sociològica— perspectiva, l'eticofilosòfica, que té a veure amb el sentit que els individus donen a la seva vida i amb la llibertat humana en general.

El suïcidi ha suscitat debat ètic des que en tenim coneixement. I és així perquè l'ètica, que no és altre que l'àmbit de la filosofia que s'ocupa de la reflexió sobre els valors i les normes i sistemes morals, planteja aquí una pregunta prèvia: "La vida té sentit?" o, potser millor, més planejament formulada: "La vida, mereix la pena de ser viscuda?". En el fons, la qüestió no és altra que aquesta. I la resposta pot precedir, eventualment, el gest definitiu.

Després de respondre la pregunta en podem plantejar altres, de filosòfiques, polític-legals, econòmiques, sociològiques... tant se val. Però primer cal respondre aquesta. El suïcida que posa fi, voluntàriament i conscientment, a la seva vida, desafia la "versió oficial" que de la vida tenim, això és, que aquesta té sentit i que és el valor suprem —per a molts és el valor absolut. El suïcida trenca la nostra idea de "normalitat" ètica i psicològica. Com que la majoria no ens suïcidem, els que posen fi a la seva vida voluntàriament cometem una acció immoral (contrària a la moral, que significa "costum" o norma establerta per costum) i alhora una acció anormal, en el sentit psicològic (mèdic) del terme.

Amb aquest condicionant de base es fa difícil la presència d'una reflexió ètica sobre la mort voluntària que no estigui exempta d'algun prejudici. Mai no és un tema neutre i "objectiu", extern a l'individu que reflexiona: sempre es posa en joc la seva pròpia moral i la seva idea del valor de la vida. Ens costa entendre que algú digui —i en conseqüència actui— que en el fons no hi ha diferència entre procurar-se la mort i simplement esperar-la. Està tan instal·lada la lògica de la vida segons la qual, de la mateixa manera que no podem decidir el moment de venir al món tampoc no podem decidir el d'anar-nos-en, que ens costa molt discutir-ne la coherència i la necessitat.

Des d'un punt de vista històric, la reflexió moral sobre la mort voluntària es pot simplificar, és clar, entre els que defensen el dret a posar fi a la pròpia vida i els que el neguen. Entre els segons, proliferen els arguments, que es repeteixen amb



poques variants al llarg de la història del pensament. Afirment que el suïcidi és un atemptat contra l'amor degut a un mateix (i així, un homicidi comès en la pròpia persona) i contra la sacralitat de la vida humana, és un atemptat contra la societat i una usurpació del paper de Déu. La dimensió moral dels tres és clara; dóna per fet que hom té un deure d'estimar-se a si mateix fins al punt de no atemptar en cap circumstància contra la pròpia vida, pressuposa un deure de cada individu amb la societat (familiars, amics) on viu, i pressuposa també que els humans no són amos de les seves pròpies vides, que només tenen en usdefruit. Els tres arguments parteixen de sengles fal·làcies formals: són peticions de principi. Això és, hom ha d'acceptar, sense demostració, els deures que pressuposen com a base del seu argument. No cal dir que el primer i el darrer arguments han estat emprats diversament per tots els moralistes de base religiosa, començant pel mateix Plató en el seu diàleg sobre la mort de

Massada). Però també hi ha qui es mata després d'una decisió lúcida i conscient. Poques persones ho fan per raons estrictament "filosòfiques", normalment sempre hi ha una crisi personal, que no podem jutjar des de fora, la consciència que ja s'ha viscut prou o que el que resta no tindrà prou qualitat o dignitat. L'estoïcisme, contra el qual polemitzarà l'Església Catòlica, va obrir aquesta darrera qüestió, tan actual. Una afirmació de Sèneca és preceptiva: "El savi viu tant com ha de viure, no tant com pot", que ve a dir que no es tracta pas només de "viure", sinó de "viure bé", amb una mínima qualitat de vida, una mínima salut sense la qual no és possible la felicitat. L'estoïcisme, que, tanmateix, postulava l'endurança i la paciència per suportar el dolor i la dissort, afirmava, doncs, que passat un cert límit —que només pot determinar cadascú— hom té dret a plegar de viure. Si llegim atentament el que ens proposa Sèneca, veurem que planteja —en el seu context— el que ara recollim sota el nom d'eu-

No hem decidit nàixer, però podem decidir quan morim. I no es tracta d'una llibertat que hagi d'exercir-se per demostrar-la, sinó d'una opció

Sòcrates: *El Fedó*. L'argumentació la podem resseguir al llarg de la història de l'Església, des de Sant Agustí, passant per Sant Tomàs, fins als documents del Vaticà II. En tots els autors és explícita la consideració prèvia del punt de vista teològic de la sobirania de Déu (qualsevol déu) tant sobre la vida com sobre els valors que la regeixen.

Pel que fa als que defensen el dret humà a decidir sobre la pròpia vida, afirmen, en general, la primacia de la llibertat de l'individu sobre qualsevol altra consideració. Així, aquests admeten la possibilitat que l'individu, lliurement, responsablement, pot prendre, per les raons que sigui, la decisió de posar fi a la seva vida. No podem entrar en detalls perquè les raons per voler matar-se —que no és pas el mateix que voler morir-se— són molt diverses. Hi ha qui es mata per tal d'expressar una protesta (monjos tibetans, posem per cas), hi ha qui ho fa per preservar la pròpia integritat (Santa Pelàgia), altres que ho han fet per evitar l'esclavatge o la humiliació (com els jueus de

tanàsia activa en cas de malaltia terminal, quan a judici de l'individu la vida ja ha perdut tot sentit, es pateix una situació irreversible o el patiment resulta insuportable.

Algú va escriure que "si trio viure, seria horrible que la societat em matés. I si trio morir, és igualment horrosos que la societat em faci viure". Jo ho interpreto en el sentit que hom tria, això és, escull. No hem decidit nàixer, però podem decidir quan morim. I no es tracta pas d'una llibertat que hagi d'exercir-se només per demostrar-la, sinó d'una opció. Pel que fa a la llibertat individual, sóc del parer que hom té dret a fer amb la seva vida el que li sembli millor. Ningú com un mateix per saber què li convé. Prou de tuteles imposades. Hi ha un límit, però, i és el perjudici objectiu que puguem fer a altres persones. I no entra en la categoria d'"objectiu" el fet de ferir la seva concepció de la vida o atemptar contra les seves conviccions religioses. Només ho seria un mal directe a la vida, la salut o la seguretat d'altri. Hom dirà que cap

individu no és una illa i que, eventualment, podem tenir determinades responsabilitats respecte d'ascendents i/o descendents, que hom ha de tenir en compte, però que no constitueixen, al meu entendre, un imperatiu absolut.

La vida inclou la mort. I, tanmateix, volem viure com si no fos així. Només quan haguem dessacralitzat la vida —com fa temps hom va dessacralitzar el cos, permetent les disseccions, i la medicina va evolucionar substancialment— podem progressar en la reflexió ètica sobre el final de la vida. Només així, amb una mica menys de prejudicis i passió, i amb una mica més de serenitat, podem tornar a parlar del jurament hipocràtic, de la despenalització de l'ajuda al suïcidi, de les cures paliatives, de l'eutanàsia activa... de la mort voluntària... Això és, dels múltiples aspectes del debat sobre la mort i el morir, no de la mort en general, sinó de la mort humana.

Ramon Camats

Doctor en Filosofia i assagista

La conducta suïcida. Una visió des de la bioètica

"Si no hemos sabido vivir, es injusto enseñarnos a morir y deformar el final de todo. Si hemos sabido vivir firme y tranquilamente, sabremos morir igual"

Montaigne

Vivim en una societat en què considerem com un valor positiu el dret de les persones a prendre decisions sobre un mateix, a l'exercici de la pròpia autonomia. L'exercici de l'autonomia s'ha anat aconseguint de manera progressiva, en diferents àmbits de la vida, inclòs el camp de la medicina.

Des del punt de vista mèdic, estem vivint un canvi de model. Des de finals del segle XX estem passant d'un model biomèdic basat en la beneficència a un de basat en l'autonomia, on el malalt deixa de ser subjecte pacient per passar a ser part activa en les decisions que impliquen la seva salut, i és qui té, o qui hauria de tenir, l'última paraula per decidir acceptar o rebutjar una proposta diagnòstica i terapèutica.

Davant aquesta nova realitat cultural moltes persones es pregunten per què, dins un model mèdic basat en l'autonomia, no deixem que els



pacients, sense implicar terceres persones, puguin decidir el moment de la seva mort? Per què, enlloc d'ajudar els pacients que vulguin suïcidar-se a aconseguir-ho fem tot el possible per evitar que se suïcidin, i si han fet una temptativa, els reanitem, encara que sigui con-

tra la seva voluntat? O és que les persones amb ideació autolítica no tenen dret a decidir sobre si mateixos, com qualsevol persona? El debat està obert.

Una de les primeres consideracions per fer és plantejar si el principi d'autonomia és un principi absolut.

Una de les grans crítiques que es fan a la bioètica moderna és el fet de considerar-la individualista i utilitarista: "Si a mi em va bé, ja està bé." De fet, no som éssers independents, sinó interdependents.

A diferència d'altres éssers, en les persones el desenvolupament

humà de les pròpies capacitats és un procés no garantit per la nostra herència genètica, sinó que depèn de la interacció i de l'ambient. Sense relacions interpersonals, no hi ha desenvolupament principalment de les capacitats humanes superiors. Esdevenim subjectes morals i, per

tant, autònoms, no independentment, sinó a través del procés de socialització.

L'autonomia no és sols, per tant, l'exercici de la llibertat, sinó també el de la responsabilitat, i aquesta abasta tots aquells que han contribuït al propi desenvolupament, així

com totes aquelles amb què s'està interrelacionat.

Segons l'ètica interpersonal, no hi ha accions morals aïllades completament, sinó que afecten persones diferents a les que les produeixen. La mort produeix greus ferides en les persones properes que resten, i la mort per suïcidi és encara més cruel, ja que produeix molts cops ferides transgeneracionals en les famílies.

D'altra banda, per tal que una persona pugui prendre decisions sobre la seva salut, cal que la persona sigui realment autònoma, i a major gravetat de la decisió, més autonomia cal exigir.

Perquè una persona sigui autònoma calen tres premisses: que sigui competent, que estigui ben informada i que estigui lliure de coaccions. I aquí és on resideix el problema: moltes de les persones amb conductes suïcides no seran realment autònomes, ja que no compliran en el moment de la temptativa alguna d'aquestes premisses.

Hi ha una certa mistificació del suïcidi en la literatura, com a gran acte de llibertat humana. Però en la realitat els estudis mostren que més del 90% de les persones amb conducta suïcida presenten un trastorn mental actiu en el moment de la temptativa, i que la ideació autolítica és un símptoma del trastorn. També es coneix que una vegada controlat el trastorn mental de base, en la gran majoria de casos desapareix la ideació autolítica, i els pacients agraeixen als professionals el fet d'haver-los ajudat a remuntar la conducta suïcida quan es va produir.

Si una persona, en el si d'un episodi depressiu major, presenta tristesa, ansietat, insomni, idees de ruïna i culpa, i en aquest context presenta ideació autolítica, podem afirmar que aquesta persona és realment competent? La ideació autolítica li apareix en el si de la malaltia, o en el si del seu convenciment clar i madurat que el suïcidi (conducta, d'altra banda, irreversible) és la millor solució per a ell/ella? Pensarà el mateix quan la malaltia millori i li desaparegui la simptomatologia depressiva?

Si una altra persona, en el context d'una situació vital puntual molt negativa, amb problemes familiars, deutes importants i ansietat i estat d'ànim deprimat secundari a la seva situació vital puntual presenta ideació autolítica, podem dir que és realment competent i que no està coaccionada per res? Li desapareixeria

la ideació si la seva situació vital es tornés una mica menys negativa?

Tal com diu Bernard Glüber, la medicina implica curar alguna vegada, alleugerir sovint, però consolar, acompanyar i confortar sempre. El maneig mèdic de la conducta suïcida ha d'anar en aquesta línia, tractar la fase aguda evitant les conseqüències d'aquesta conducta, tractar els trastorns de base, tenir cura de la persona en la seva integritat i acompanyar la persona orientant-la i escoltant-la en les seves problemàtiques psicosocials. Només d'aquesta manera farem el millor pels nostres pacients i ajudarem els nostres malalts a recuperar la seva autonomia.

Dra. Montse Esquerda
Dr. Josep Pifarré

Aspectes jurídics del suïcidi

Una notícia de Reuters d'aquest passat mes d'agost advertia que "el turisme de suïcidi a Suïssa es dobla en tres anys". Comentava la dada que, durant els anys 2009-2012, més de sis-cents estrangers van rebre assistència per suïcidar-se en clíniques helvètiques.

Aquest fet serveix per plantejar, de manera efectiva i punyent, la diferència en el tractament que les legislacions estatals donen al suïcidi, diferència que és capaç de provocar aquest curiós i dramàtic tipus de turisme.

Efectivament, la consideració jurídica del suïcidi no és actualment, ni ho ha estat en la història de la

A partir de 1978, el dret deixa de valorar el suïcidi i el considera un acte lícit, com qualsevol altre de decidit voluntàriament per l'individu

humanitat, una qüestió pacífica. Els pobles i les cultures han tractat el suïcidi, des de la perspectiva del dret, de moltes maneres diferents i amb molts matisos. La gamma s'estén des de la consideració del suïcidi com una qüestió de caràcter estrictament individual, irrellevant a efectes legals, fins a la seva prohibició i repressió amb penes severes i conseqüències molt greus per als suïcides fallits, per als seus béns o fins i tot per a les seves despulles.

Una altra qüestió íntimament rela-

cionada amb aquesta és la del tractament jurídic de la cooperació amb el suïcidi, la de la inducció a cometre'l o la del seu enaltiment. I en la problemàtica relativa a la cooperació o assistència al suïcidi, destaca la qüestió de l'eutanàsia.

Però aquests aspectes es refereixen a la qüestió que ens apareix en primer pla quan pensem en el suïcidi des d'un punt de vista legal, és a dir, l'eventual repressió o càstig per al suïcida o els seus eventuals cooperadors o assistents. Però hi ha

altres conseqüències del suïcidi com a acte jurídic. Si el suïcida produeix la seva mort i, per tant, l'obertura d'un procés successori, podem preguntar-nos si aquesta causa concreta de la mort podria provocar alguna mena de conseqüències legals. La mateixa acció del suïcida, que està preordinada a provocar la seva mort, podria produir conseqüències danyoses a tercers, cosa que ha succeït en no poques ocasions. I també hem de considerar que l'autolesió de l'homicida, tant si aconsegueix el seu objectiu com si no, provoca una inversió de recursos per part del sistema de salut o dels mecanismes de protecció pública que caldrà decidir a qui s'imputa.

Proposo, per tant, tres apartats relacionats amb aquests diferents aspectes de les conseqüències jurídiques del suïcidi;

- La repressió de les conductes relacionades amb el suïcidi
- Les repercussions del suïcidi en la successió hereditària del suïcida
- El tractament de les lesions i els danys que el suïcida pugui causar a tercers, així com la imputació dels costos derivats de la consumació del suïcidi o dels intents per evitar-lo

I. La repressió de les conductes relacionades amb el suïcidi

Hem de partir de la base que l'actual legislació espanyola no castiga penalment l'acció d'una persona encaminada a llevar-se la vida. Ni el suïcidi consumat ni l'intent de suïcidi són considerats delictes.

De fet, en el dret penal espanyol modern, el suïcidi sempre ha estat impune. Només algun projecte de codi penal del segle XIX va proposar penes per als suïcides fallits, però una norma d'aquest tipus no va arribar a estar mai en vigor. Aquesta concepció segueix la tònica de l'antic dret romà, que considerava també impune el suïcidi (llevat de determinats casos molt concrets), però s'aparta de la del dret canònic i la doctrina tradicional de l'Església catòlica, que considera indisponible la vida humana, inclosa la pròpia.

De tota manera, el tractament del suïcidi ha canviat a partir de la Constitució espanyola de 1978. Fins aleshores es considerava que el suïcidi no era delictes, però era un acte il·lícit. No es castigava per raons de política criminal i per la inutilitat del càstig, però era considerada una conducta incorrecta en termes jurídics. A partir de 1978, el dret deixa de valorar el suïcidi i el considera un



acte lícit, com qualsevol altre voluntàriament decidit per l'individu.

Tot i així, l'actual jurisprudència espanyola no reconeix encara el dret al suïcidi com un dret fonamental, com una faceta del dret a la vida i a la integritat personal, reconeixement que moltes persones i associacions hem estat reclamant. El dret a provocar-se la mort forma part de l'esfera de la llibertat general de la persona, que no està prohibit per cap norma i que, per tant, l'individu pot exercir, segons l'opinió del Tribunal Constitucional espanyol. Però aquesta facultat no forma part del dret fonamental a la vida i, per tant, segons el mateix tribunal, res impedeix que la legislació pugui limitar i prohibir certes conductes relacionades amb el suïcidi.

I això ens porta a la segona qüestió vinculada a la repressió de conductes relacionades amb el suïcidi: la d'aquelles persones que participen en el suïcidi d'una altra persona. El càstig d'aquestes conductes ha estat tradicional en el nostre dret, associat a la idea que estaven participant en un acte essencialment il·lícit i que no els afectava l'exoneració prevista per al mateix suïcida. Actualment, el codi penal vigent assenyala les dues conductes que considera expressament delictives: i) La inducció al suïcidi d'un altre; ii) La cooperació en el suïcidi d'un altre amb actes necessaris.

La repressió d'aquestes conductes ha estat i és objecte de discussió, tant en l'àmbit social com en l'acadèmic. No tant la primera, és a dir, la inducció a una persona perquè se suïcidi, si més no en la seva acceptació més forta d'anul·lar la llibertat d'actuació del suïcida. El càstig d'aquesta conducta és generalment acceptat, ja que és un supòsit que s'aproxima a l'homicidi.

Però la qüestió de la cooperació necessària en l'execució del suïcidi d'una persona que l'ha decidit voluntàriament és molt més problemàtica. Si es reconeix que la persona pot decidir i procurar-se, lícitament, la seva mort, com és que podem castigar les persones que cooperen en l'execució d'aquesta decisió, adoptada de forma lliure i voluntària?

Aquests interrogants es poden relacionar també amb alguns casos d'eutanàsia, en què la persona reclama el seu dret a morir dignament i sol·licita actes de cooperació necessària per a la seva mort. El codi penal vigent contempla un tractament més benigne per a aquests casos, però continua prohibint-los i



castigant-los com a cooperació en el suïcidi.

Un darrer apunt sobre aquestes qüestions d'ordre penal que també suscita polèmica: hem d'evitar el suïcidi d'una persona si estem en condicions de fer-ho? Ho hem d'intentar, si més no? En la versió que era tradicional en el nostre dret, si el suïcidi era un acte considerat il·lícit, havíem d'impedir-lo. Si, per contra, és una decisió lícita de l'individu, no tenim cap motiu per intentar evitar-lo. Avui, no cal dir-ho, la tesi és aquesta darrera i hi ha sentències clares en aquest sentit: no s'ha considerat delictiu d'omissió del deure de socors deixar morir una persona que s'estava suïciant. Ara bé, el problema que es planteja, és el del coneixement que puguem tenir de la voluntat suïcida de la persona quan nosaltres la trobem. Per exemple, en el cas d'una intoxicació per ingestió de barbitúrics en què el presumpte suïcida hagi perdut ja el coneixement, podríem tenir certs indicis sobre la seva possible voluntat suïcida, però és clar que, si no en tenim

la seguretat, hem d'actuar amb diligència per intentar salvar-la.

II. Les conseqüències del suïcidi en la successió del suïcida

La nostra legislació no preveu conseqüències específiques en la successió, derivades del fet que la causa de la mort hagi estat el suïcidi. Històricament, i també en l'actualitat, en legislacions que prohibeixen i condemnen el suïcidi es poden trobar exemples de represàlies que afecten els béns del suïcida i n'eviten la successió hereditària, com una mena de càstig *post mortem* a l'infractor que ja ha deixat d'existir.

Tanmateix, són freqüents, en la pràctica dels tribunals, els casos en què el suïcidi d'una persona s'utilitza per intentar anul·lar les seves disposicions testamentàries, presentant-lo com una prova del seu estat d'incapacitat o greu trastorn mental. Evidentment, es tracta d'una qüestió estrictament mèdica o psiquiàtrica, que no admet una contesta de caràcter general. De fet, la jurisprudència

ha posat en relleu que el suïcidi, per si mateix, no constitueix cap prova conclouent sobre l'existència d'un trastorn mental que impossibiliti la formació d'una voluntat conscient i plenament eficaç. Sense perjudici, com és lògic, que en un context determinat i amb un conjunt de circumstàncies concordants, es pugui arribar a una conclusió diferent en cada cas concret.

Finalment, íntimament relacionada amb la successió, ens podem plantejar la qüestió de les assegurances de vida en relació amb el suïcidi. La mateixa legislació sobre assegurances vigent ja preveu aquest supòsit i estableix com a regla general que la mort per suïcidi resta coberta per l'assegurança de vida, amb aquestes dues importants excepcions:

i) Que el contracte d'assegurança l'exclouï expressament; ii) Que el suïcidi es produeixi dins de l'any següent a la signatura del contracte. La majoria dels contractes d'assegurança de vida que hi ha al mercat fan ús d'aquesta possibilitat i exclouen expressament la mort per

suïcidi.

No cal dir que les problemàtiques que es poden plantejar són també complexes i no tenen fàcil solució en moltes ocasions. El cas del suïcidi per depressió, o en circumstàncies en què la consciència i la llibertat de decisió de l'individu estan anul·lades o greument alterades, n'és un bon exemple. Ens obliga a plantejar-nos què hem d'entendre per suïcidi, i si la consciència i la voluntarietat de l'acte suïcida en són elements essencials. Aquesta és la regla general i així ho ha recollit fins ara la jurisprudència: si es demostra que la mort no ha estat decidida de manera voluntària i conscient, no es considerarà suïcidi i no constituirà un supòsit exclòs de l'assegurança en cap cas.

III. Lesions, danys o despeses causades a tercers per l'acte suïcida

És evident que la persona que executa un acte suïcida és responsable de les conseqüències d'aquest acte i que, si provoca

danys personals o materials a tercers persones, en respondrà.

Els tribunals han tingut ocasió de pronunciar-se en diverses ocasions sobre conseqüències danoses d'actes suïcides, com, per exemple, explosions de gas, desperfectes en parets, vies de circulació o en instal·lacions ferroviàries. Invariablement, s'han pronunciat per la responsabilitat del suïcida que les ha provocat, si no ha reeixit en el seu intent, o bé per la dels seus successors hereditaris.

Un supòsit relativament freqüent és el dels danys causats amb el cotxe, amb què el suïcida, hi hagi o no reeixit, ha intentat suïcidar-se. En aquests casos se sol condemnar la companyia asseguradora del cotxe a fer-se càrrec de les indemnitzacions dels tercers, sense admetre l'excusa del suïcidi com a causa d'exclusió de la cobertura. Això sense perjudici, com és lògic, de la possibilitat de reclamar al mateix suïcida o als seus hereus l'import de les indemnitzacions. I en el benentès, sempre,

que l'acte es produeixi amb motiu de la circulació viària. S'ha denegat, per exemple, aquesta pretensió quan el suïcida ha col·locat el seu cotxe al mig de la via per provocar el seu atropellament.

El mateix criteri regiria, en principi, per a la imputació de les despeses originades pel rescat del suïcida, pel seu trasllat i, si és el cas, per la seva recuperació.

Està clar que l'assumpte és profund i que, en un article com aquest, només puc aspirar a situar la temàtica general i a suscitar qüestions i dubtes que provoquin la reflexió personal del lector. Si ho he aconseguit (i si heu arribat fins aquí deu ser bastant probable), em sento recompensat.

Simeó Miquel Roé
Advocat

Suicidio y medicina legal

Son múltiples los campos del saber que, históricamente, han estudiado el acto suicida, de la filosofía a la religión, la psiquiatría y la psicología y, como no, desde el campo jurídico y, por tanto, también desde la visión más biomédica, la medicina legal y forense.

La medicina legal y forense es la especialidad médica que comprende el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación práctica de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución. Esta especialidad tiene el estudio médico de la muerte entre sus objetivos principales. La muerte suicida, el suicidio consumado, adquiere una gran trascendencia en la actividad práctica de la Medicina Legal. Los médicos forenses concluyen la etiología suicida del hecho y en los Institutos de Medicina Legal (IML).

El suicidio consumado ha sido durante mucho tiempo el punto de partida de los estudios sobre este fenómeno. Se estudia a partir de la consumación, cuando el individuo ha realizado la acción, no se ha quedado en una simple idea, gesto o intento, sino que la ha llevado a término quitándose la vida.

En estas muertes actúa una fuerza externa, que no corresponde a la fisiopatología natural del individuo. Hay intención del sujeto de generar el hecho y, por tanto, se trata de una muerte violenta y que quedará

encuadrada como suicida. El estudio de estas muertes es propio del núcleo teórico y práctico de la medicina legal y forense. Son muertes de repercusión judicial, que se analizan a partir de la orden que establece la práctica de la autopsia y su marco legal es la Ley de Enjuiciamiento Criminal, en su artículo 343.

Es en la actividad médico-forense, en el desarrollo de la autopsia y de la investigación médico-legal correspondiente, donde quedará etiquetada y registrada esta muerte violenta como "muerte suicida". Esta actividad se inicia por la noticia *criminis*, que recibida por el magistrado-jefe de guardia abre diligencias judiciales penales, o sea, previas. Ordena el inicio del procedimiento, que normalmente comienza con una actividad de gran trascendencia judicial y médico-forense que es el levantamiento del cadáver, para proseguir con las siguientes fases de la autopsia: examen externo, examen interno y pruebas complementarias, que serán químico-toxicológicas, histopatológicas, biológicas o criminalísticas..., según el protocolo de estudio del caso. Todo ello debe estar soportado por un atestado policial y aquellas pruebas testificales o documentales que fueran necesarias, para, finalmente, en el informe de autopsia definitivo establecer en las conclusiones la naturaleza de la muerte y, además, la causa y, en el campo de nuestro interés actual, la etiología médico-legal, que será la suicida.

Aquí nace la trascendencia de la actividad forense en las futuras repercusiones de estas muertes. Inicialmente hay una vertiente judicial que deriva de las investigaciones y procedimientos que el marco legal impone, tanto en el ámbito penal, principalmente, como en el civil u otros. Posteriormente, la actividad médico-forense se convierte en una fuente de información básica y primordial para el estudio del suicidio. El registro de estas muertes, en las estadísticas de mortalidad, cuando se han utilizado los datos obtenidos del trabajo forense en los IML, hace que las cifras oficiales y las reales se encuentren más próximas. Se considera, y así se establece en muchos estudios, que las cifras del suicidio consumado están infraestimadas en las estadísticas oficiales y que suelen tener una mayor cifra en la estimación real de los casos. Y una tercera repercusión sería la aportación que los estudios retrospectivos, epidemiológicos del suicidio, desarrollados, clásicamente,

por médicos forenses ofrecen la valoración de determinadas variables como factores de riesgo y su influencia en la conducta suicida. Con una visión más prospectiva, cabe pensar que ante la repercusión sanitaria y social de estos hechos la posibilidad de estudios multidisciplinarios del fenómeno pudiese repercutir y favorecer estrategias de mejora para la prevención del suicidio consumado.

Suicidio, medicina legal y salud pública

La relación entre el fenómeno suicida, la intervención médico-forense y la salud pública tiene su nexo en el campo de investigación forense del suicidio consumado y la posible repercusión sobre políticas sanitarias y sociales en la prevención y detección del fenómeno suicida.

Los datos de mortalidad por suicidio son utilizados para la planificación y aplicación de estrategias políticas, sanitarias y sociales y, por tanto, el mayor y mejor conocimiento de la dimensión real del problema es una cuestión importante en las medidas futuras a decidir e implantar.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) indicó a principios de este año que el 2012 los fallecidos en España en accidente de tráfico descendieron un 9,5%, mientras que los fallecidos por suicidio aumentaron un 11,3%. Cuando el INE da información sobre la tasa estandarizada por 100.000 habitantes y año, los accidentes de tráfico tienen una tasa del 4,9, mientras que cuando la causa de muerte es el suicidio, la tasa se eleva al 6,2. Es cierto que estamos a distancia de otros países con tasas de suicidio del 33, como Corea, o del 20 en Japón, o de países más cercanos a nosotros, como es el caso de Polonia, con una tasa de 15,1. El Instituto de Estadística de Cataluña (Indescat) señala para el año 2012 una tasa de suicidios por 100.000 habitantes en Cataluña del 6,76, por tanto, mayor por un escaso margen que las cifras que el INE dio para el territorio español.

Ya la OMS, en su *Informe Mundial sobre la salud* del año 2000, anuncia el grave problema del suicidio como una cuestión importante de salud pública y da una tasa mundial de 14,5 casos de suicidios por 100.000 habitantes y año. En 2008 la misma organización dijo que en el mundo se producen un millón de muertes por suicidio al año y que cada suicidio afecta directamente a

unas seis personas.

Ahora bien, en ocasiones no resulta fácil precisar o determinar la etiología suicida de la muerte y en determinados casos resulta complicado establecer diferencias con la posibilidad de que hubiese acontecido de manera accidental. Es cierto que quienes registran definitivamente como muerte suicida las muertes de investigación judicial son los médicos forenses, pero, a pesar de tener al alcance todos los datos que anteriormente se han señalado, se dan circunstancias que dificultan poder llegar a determinar el carácter suicida.

Aunque se caiga en la insistencia, hay que volver a señalar que si estas muertes quedan sin determinar, las cifras de suicidio no pueden ser aseguradas como las auténticamente reales, por tanto, la investigación de la conducta suicida se ve dificultada. Ante esta dificultad y la preocupación de los expertos, se estableció un medio de investigación conocido como "autopsia psicológica".

A mitad del siglo XX, Schneidman, desde el Centro de Prevención del Suicidio de Los Angeles, en Estados Unidos, acuña este término, "autopsia psicológica". Coincide con la aparición de un elevado número de muertes en los que la dificultad de discriminar su etiología accidental o suicida le resultaba muy compleja. Cree necesaria la búsqueda de la información complementaria que pudiese aclarar estas muertes y facilitar la oportuna toma de decisiones. Hay autores para los cuales significa una evaluación psicológica no directa pero, a pesar de ello, mantienen que aporta una gran cantidad y variedad de datos útiles para el proceso evaluador de la conducta suicida.

Itsometsä la define como "método de investigación por el cual se recoge información retrospectiva amplia con respecto a las víctimas del suicidio", y se la considera como el método de elección y de mayor aportación de información recuperada post mortem.

Es un instrumento de investigación que recoge información sobre las personas que han fallecido por suicidio. Es una entrevista con familiares y personas del entorno y se revisa, también, la historia clínica. Se recogen rasgos psicológicos, psicopatológicos, relaciones interpersonales, consumo de tóxicos, notas de despedida, etc. Se valoran los motivos, se recogen datos de la historia familiar, antecedentes suicidas, se reconstruyen los momentos previos al hecho y el posible estado mental previo, entre otros aspectos. La información obtenida después de aplicar esa metodología depende obviamente de la respuesta familiar o el entorno.

Aplicando esta metodología se ha comprobado la mejora en la recogida y registro de casos de muerte suicida.

Por último, como visión de futuro y reflejo de la multidisciplinariedad de los autores de este reportaje hay que decir que la investigación del fenómeno suicidio debería ser un modelo de participación e integración de los diferentes profesionales, médicos forenses, psiquiatras, psicólogos, juristas, salud pública... De esta manera podríamos concretar las tasas de mortalidad por suicidio registradas como ciertamente reales y adecuar así las estrategias y planificaciones sanitarias a la realidad social. Por otro lado, con los datos e investigaciones a realizar sería posible intervenir de manera proactiva en la conducta suicida, sobre todo

en la prevención y el abordaje de los factores de riesgo.

Rosa M. Pérez Pérez

Médico forense

Profesora Medicina Legal. UdL

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Guija JA, Giner L, Marín R, Blanco M, Paejo-Merino JA. Aportaciones de la medicina forense a la investigación de la conducta suicida. Rev Esp Med Leg. 2012; 38:131-6.

Antón-San-Martín JM, Sánchez-Guerrero E., Pérez-Costilla LM, Labajos-Manzanares T, De-Diego-Otero Y, Benítez-Parejo N, Comino-Ballesteros R, Perea-Milla E, Ramos-Medina, López-Calvo A. Factores de riesgo y protectores del suicidio. Un estudio de casos y controles mediante la autopsia psicológica. Anales de Psicología. 2013, vol. 29, 3(octubre), 810-815.

Botello T, Noguchi, T, Sathyavagiswaran L, Weinberger LE, Gross BH. Evolution of the psychological autopsy: fifty years of experience at the Los Angeles County Chief Medical Examiner-Coroner's Office. J Forensic Sci. 2013 Jul; 58 (4): 924-6.

Itsometsä ET. Psychological autopsy studies. Eur Psychiatry 2001; 16:379-385.

Influencia de la crisis económica en la conducta suicida

Cuando se me invitó a participar en este abordaje multidisciplinar sobre el suicidio, me planteé cuál podría ser la perspectiva más actualizada o, al menos, la más contextualizada con el panorama socioeconómico actual. De este modo, intentaré responder a la frecuente cuestión "¿ha aumentado el suicidio en el contexto de la crisis?".

Afortunadamente, la conducta suicida en toda su gradación ha dejado de ser un tema tabú. Se sabe que el suicidio es causa de 163.000 muer-

PAIMM · Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt

Dirigit als professionals de la medicina amb problemes psíquics i/o amb conductes addictives a l'alcohol i/o a d'altres drogues, inclosos els psicofàrmacs

Si tens aquest problema o coneixes algú que el pateixi, el silenci no el resoldrà

Truca ara i t'ajudarem amb tota confidencialitat!

Telèfon directe Catalunya: **902 362 492**

Telèfon Lleida: **973 273 859**

tes anuales en la Unión Europea, siendo la segunda causa de muerte en jóvenes entre 15 y 35 años. Del mismo modo, se acepta que aproximadamente por cada suicidio consumado se producen unos 20 intentos de suicidio.

En nuestro medio, estudios descriptivos realizados por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Santa Maria desde el 2009 hasta la actualidad concluyen que se han registrado, aproximadamente, 965 tentativas de autolisis atendidas en el Servicio de Urgencias del Hospital General. De todos ellos, el 81% presentaban antecedentes psiquiátricos fundamentalmente de la esfera afectiva, el 48% eran reincidentes y el 61,5% escogen la sobreingesta medicamentosa como método autolesivo. La afectación somática fue leve en la mayoría de los casos, salvo en el 21%, que fue moderada-grave precisando hospitalización en planta médico-quirúrgica o Unidad de Cuidados Intensivos. En cuanto a la estrategia terapéutica, el 13% ingresó en la Unidad de Agudos de Psiquiatría y el 66% fue derivado al Centro de Salud Mental con visita preferente (Irigoyen y cols. 2014).

Durante los últimos años de intensa incertidumbre socioeconómica, una de las preguntas habituales que se realiza la población en general y médica es cuál es la influencia de la crisis en la conducta suicida. Mucho se ha especulado sobre esta cuestión. Revisando artículos del Dr. Baca, jefe de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz y experto internacional en suicidio, trataré de responder.

Es innegable la elevada repercusión del suicidio en la economía. La conducta suicida supone el 2,3% de las cargas por enfermedad. El impacto económico de los 30.906 suicidios ocurridos en Estados Unidos en 1990 se cifró en más de 5.000 millones de dólares (Yang B y Lester D 2007). Los 500 suicidios en Irlanda suponían el 1% del producto interior bruto (unos 1.000 millones de euros) (Kennelly B 2007).

En los últimos tiempos, se intercalan en los medios de comunicación términos como *desaceleración* (reducción del ritmo de crecimiento económico), *recesión* (reducción del producto interior bruto dos trimestres consecutivos), *depresión* (caída del 10% del producto interior bruto en un año) y *crisis*. Respecto a los datos sobre el suicidio, proceden de registros de mortalidad cuyos métodos, diagnóstico y definición



han cambiado a lo largo del tiempo y en los distintos países. Se debe actuar con cautela a la hora de establecer relaciones causales y de extrapolar los datos de la población a muestras clínicas y a individuos. Además, la relación y la secuencia temporal entre la aparición de sucesos adversos y la conducta suicida no está claramente definida (Blasco-Fontecilla, H et al. 2010).

La información que se tiene sobre la conducta suicida es parcelada, debido a la escasez de estudios que abarquen todo el espectro de conductas suicidas, e incompleta porque muy pocos estudios tienen el mismo detalle en variables biológicas, ambientales y psicopatológicas. No debemos olvidar tampoco la infranotificación existente. También

se asume como limitación la controvertida validez de las conclusiones extraídas de las investigaciones de un determinado ambiente cultural (p. ej., Europa Occidental) a otro (p. ej., China).

Es importante destacar que las crisis económicas tienen un efecto sobre una variedad de factores determinantes de salud tanto a nivel individual como colectivo. Por ello, las políticas sociales pueden mitigar este efecto. Prueba de ello son las políticas de diversos países ante la crisis y su repercusión sobre la salud de sus ciudadanos (Kaplan GA 2012).

Las vías por las que las situaciones de crisis influyen sobre la salud son el desempleo, la pobreza, la educación, el entramado social, la

vivienda y el efecto directo sobre el sistema de salud. Un estudio reciente en los 26 países de la Unión Europea sobre la relación entre el desempleo y la mortalidad (Suhrccke M et al. 2012) muestra que cuando el desempleo sube el 1% aumenta el riesgo de muerte por suicidio, homicidio e infecciones respiratorias. Si el incremento es del 3%, aumenta el riesgo por suicidio e intoxicaciones alcohólicas, el resto de las causas de muerte no se ven afectadas de modo significativo. De una manera más precisa, en tres años el aumento del 1% de la tasa de desempleo supuso un aumento de 0,79% de la tasa de suicidio de mayores de 65 años, un aumento de 0,79% en la tasa de homicidios y una disminución en los fallecimientos por tráfico de un 1,39%. No se detecta efecto de género en la relación mortalidad-desempleo y sí que existe una relación entre los fallecimientos debidos al abuso de alcohol en mujeres y desempleo (Stuckler et al. 2009). Vuelvo a insistir en que todos estos datos deben ser manejados con cautela, ya que cualquier

investigación realizada con datos agregados no es capaz por sí sola de establecer relaciones causales (Lundin A et al. 2009).

Según la opinión de Émile Durkheim, sociólogo francés, hay dos factores del suicidio que tienen el uno con el otro una afinidad especial, y son el egoísmo y la anomia. El egoísmo supone una falta de integración social (religión, educación, vida familiar y política), mientras que la anomia representa la falta de regulación o control por parte de la sociedad (cambios económicos, desempleo, divorcio). En este sentido, las crisis económicas y los tiempos de exposición son igualmente períodos de riesgo para las tasas de suicidio porque aumentan el egoísmo (bonanza económica) o la anomia (crisis).

Consecuencias de la crisis económica que repercuten sobre la salud mental son la disminución de capacidad adquisitiva (pobreza), el paro, la disminución del presupuesto público y su influencia sobre los servicios públicos (Utela A 2010). El desempleo afecta al bienestar y a la autoestima, se relaciona con la depresión, la ansiedad, la sintomatología psicósomática, etc. De hecho, las personas en situación de desempleo presentan un 34% de problemas psicológicos frente al 16% que presentan los empleados. El efecto sobre la salud mental es mayor cuanto más duradero es el período de desempleo en países en desarrollo con inequidades y en países con escasos sistemas de protección social.

Los efectos de la recesión sobre los pacientes en la Unión Europea entre 2006 y 2010 suponen un aumento de la exclusión de las personas con trastornos mentales, especialmente hombres y personas con bajo nivel educativo (Evans-Lacko S et al. 2013).

En estudios sobre suicidio y estrés económico, figuran los varones de entre 15 y 29 años como la población más afectada, sin olvidar que la depresión y el abuso de alcohol son dos variables de confusión importantes.

El crecimiento económico de los países, medido según la capacidad de comprar ajustado por el producto interior bruto, no supone con certeza la disminución de la tasa de suicidios si el crecimiento económico no está acompañado de una inversión en servicios de salud, especialmente dispositivos para el tratamiento y prevención de las enfermedades

mentales (Blasco-Fontecilla et al. 2012). De hecho, esta relación es diferente entre países desarrollados (las tasas de suicidio disminuyen si aumenta el crecimiento económico) y países en desarrollo (las tasas de suicidio aumentan si aumenta el crecimiento económico).

Podemos concluir que el suicidio supone unos costes económicos y sociales muy importantes para cualquier sociedad. Por el momento, faltan estudios etiológicos para establecer la relación entre situación económica y suicidio; desgraciadamente no se puede excluir de los estudios y de los datos que se manejan la conocida "falacia ecológica" que supone extrapolar datos poblacionales a sujetos. De los factores económicos más estudiados, el índice de desempleo parece ser uno de los más sólidos que afectan sobre todo a varones entre 15 y 29 años. Si bien su impacto sobre las tasas de suicidio depende del índice de desarrollo de la sociedad y de sus recursos sociales. La depresión y el abuso de alcohol son dos factores de confusión a la hora de interpretar la relación entre el suicidio y la situación económica.

Me permito finalizar este artículo rindiendo homenaje a Stefan Zweig, escritor austriaco cuya obra recientemente me fue presentada e identifiqué como uno de mis grandes descubrimientos literarios.

"Creo que es mejor finalizar en un buen momento y de pie una vida en la cual la labor intelectual significó el gozo más puro y la libertad personal el bien más preciado sobre la Tierra" (Stefan Zweig).

Dra. Irigoyen Otiñano

*Psiquiatra. Hospital Santa Maria
Psiquiatría de enlace y consulta
de Prevención de Riesgo Suicida*

BIBLIOGRAFÍA

- Yang B, Lester D. Recalculating the economic cost of suicide. *Death Stud.* 2007; Apr; 31(4):351-61.
- Kennelly B. The economic cost of suicide in Ireland. *Crisis.* 2007; 28(2):89-94.
- Czernin S, Vogel M, Flückiger M, Muheim F, Bourgnon J-C, Reichelt M, et al. Cost of attempted suicide: a retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Med Wkly.* 2012; 142:w13648.
- Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Soc Sci Med.* 2012 Mar; 74(5):647-53.
- Lundin A, Hemmingsson T. Unemployment and suicide. *The Lancet.* Elsevier; 2009; 374(9686):270-1.

El índice de desempleo parece ser uno de los factores más sólidos que afectan sobre todo a varones entre 15 y 29 años



Els accidents infantils a la llar



“Guía de seguridad de los productos infantiles”, realizada per la European Child Safety Alliance i traduïda al castellà pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat


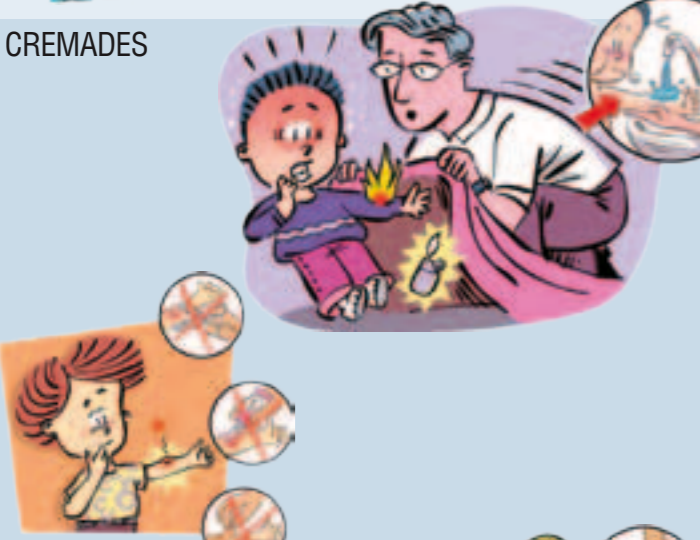
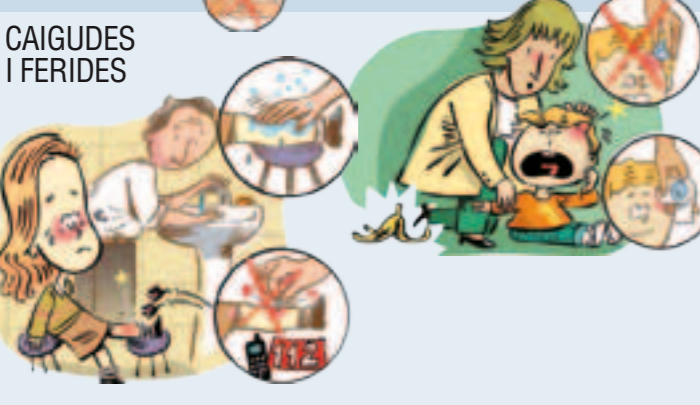

Les lesions constitueixen la primera causa de mort en la infància entre els 5 i els 18 anys a la Unió Europea (figura 1) i, a Espanya, segons dades de l'Institut Nacional de Estadística (INE), se situen entre les tres primeres causes en els menors de 15 anys. Podem veure a les gràfiques obtingudes d'un estudi recent d'accidents infantils (figura 2 i 3) el tipus d'accident més freqüent per edat i la taxa per edat d'hospitalitzacions del 2012. Són també la principal causa de dolor, patiment i discapacitat al llarg de la vida i poden tenir conseqüències greus en el desenvolupament físic, psíquic i social del nen lesionat. A més, també impliquen un important percentatge dels recursos sanitaris i socials. En els darrers anys s'ha reconegut que les lesions suposen un problema que pot

Les lesions són la primera causa de mort entre 5 i 8 anys a la UE

Són també la principal causa de dolor, patiment i discapacitat al llarg de la vida

Poden tenir conseqüències greus en el desenvolupament físic, psíquic i social del nen

Les principals causes d'accident a la llar, les mesures preventives que podem adoptar i les pautes d'actuació si es produeix l'accident

| ACCIDENT | MESURES PREVENTIVES | ACTUACIÓ |
|---|--|--|
| <p>INTOXICACIONS 1. Medicaments 2. Productes de neteja, insecticides, pintures, dissolvents i pegues, combustibles</p>  | <p>No guardeu medicaments innecessaris Guardeu els fàrmacs en llocs no accessibles i a l'envàs original Utilitzeu envasos amb taps de seguretat Eviteu prendre fàrmacs davant els nens No doneu medicació a les fosques No digueu mai als nens que els fàrmacs són caramels Utilitzeu mesuradors específics per als xarops en lloc de culleres Guardeu-los sempre a l'envàs original i fora de l'abast del nen Tingueu el mínim nombre possible de productes Compreu productes amb tap de seguretat No polvoritzeu sobre aliments, persones o animals Ventileu les zones en què hagin estat utilitzats recentment No utilitzeu escalfadors de gas en llocs mal ventilats</p> | <p>Per ingestió Separeu el nen de la substància tòxica Si té alguna cosa sòlida a la boca, traieu-la'n Contacteu amb el centre toxicològic: 915620420 En cas que es recomani anar a l'hospital, porteu sempre el producte ingerit No intenteu provocar el vòmit; no li doneu llet ni oli</p> <p>Per contacte Poseu-vos uns guants Traieu-li la roba Porteu-lo a la dutxa i renteu-lo amb aigua uns 20 minuts</p> <p>Per inhalació Obriu les finestres Traieu-lo a l'aire lliure Si hi ha un incendi, truqueu al 112 Si hi ha gas, no obriu el llum ni engegueu cap aparell elèctric Si respira, manteniu-lo tumbat Si no respira, inicieu la RCP Si ha d'anar a un centre d'urgències, PORTEU-HI sempre el producte</p> |
| <p>CREMADES</p>  | <p>Allunyeu i protegiu tots els objectes calents Eviteu utilitzar estris de cuina sense nanses Tapeu els estris en cocció que puguin escatxigar No cuineu amb els nens en braços Utilitzeu els fogons més posteriors Protegiu les estufes o les llars de foc Comproveu la temperatura de la banyera Eviteu utilitzar mistos, coets, espelmes i encenedors Protegiu els endolls Desconnecteu el corrent en cas d'electrocució</p> | <p>1. Elimineu-ne la causa: Apagueu les flames cobrint-les amb una manta Traieu-li anells, rellotges o polseres Traieu-li la roba si està impregnada d'alguna substància càustica</p> <p>2. Refredeu la cremada Apliqueu-hi aigua fresca durant 10-20 minuts</p> <p>3. Si només veieu la pell vermella, podeu aplicar-hi crema hidratant i observar si hi ha canvis</p> <p>4. Si la cremada és profunda, extensa o afecta mans, cara, orificis naturals, coll, plecs del colze o genoll, genitals, o planta del peu, necessiteu valoració mèdica Què NO hem de fer No trenqueu les butllofes. Si està trencada, netegeu-la amb aigua i sabó, apliqueu-hi un antisèptic i tapeu-la amb un apòsit estèril No hi apliqueu pomades, cremes o pasta de dents Si la roba està enganxada a la pell, no la'n desenganxeu En cas de descàrrega elèctrica, no toqueu el nen fins que no hagi desconnectat el corrent</p> |
| <p>CAIGUDES I FERIDES</p>  | <p>No deixeu els nens sols Cal tenir especial cura amb els canviadors, les trones i els caminadors Manteniu els espais de trànsit lliures d'obstacles Eviteu superfícies que rellisquin i, si cauen líquids a terra, recolliu-los ràpidament Protegiu les finestres amb reixes i tanques de seguretat i no hi poseu cadires ni mobles baixos al davant Poseu baranes a les escales Protegiu les cantonades de taules i mobles Poseu topalls a les portes Tingueu lluny de l'abast dels nens tots els estris que tallin o punxin</p> | <p>Caigudes o cops sense ferida Si afecta una extremitat, aixequem el membre i retireu qualsevol objecte que pugui comprimir: anell, polsera, mitjons Apliqueu-hi fred amb gel, amb la protecció d'un drap o una gasa</p> <p>Ferides Netegeu-vos les mans amb aigua i sabó abans de tocar la ferida Netegeu la ferida amb sabó i aigua a raig per arrossegar possibles cossos estranys Si hi ha algun objecte clavats, no el traieu, perquè podria estar taponant la ferida Si la ferida sagna, pressioneu amb apòsits estèrils Apliqueu-hi antisèptic quan deixi de sagnar i, si és possible, no la tapeu Si la ferida és profunda, no la intenteu curar. Tapeu-la amb apòsits estèrils i contacteu amb el 112 o el centre d'urgències més proper</p> |
| <p>ENNUEGAMENTS I OFEGAMENT</p>  | <p>Compreu joguets adequats a l'edat i les habilitats del nen i que estiguin homologats Eviteu que els nens petits juguin amb plàstics i joguets massa petits i globus Guardeu les piles de botó en un lloc segur No deixeu els nens sols a la banyera Les piscines privades han de tenir tanca per tots els cantons i la porta tancada quan no hi hagi un responsable vigilant El nen ha de ser vigilat mentre estigui a l'aigua</p> | <p>L'objectiu és desobstruir la via aèria Si el nen tos, animeu-lo a seguir tossint Si la tos és dèbil, mireu-li la boca i, si hi veieu l'objecte i és accessible, traieu-l'en Si no el veieu o no és accessible, actueu</p> <p>1. Nen de menys d'1 any: 5 cops a la zona interescaular i 5 compressions toràciques 2. Nen de més d'1 any: 5 compressions abdominals i 5 cops a l'esquena</p> <p>Nen inconscient: mireu-li la boca i, si l'objecte és accessible, traieu-li. Contacteu al més ràpidament possible amb el 112 i inicieu maniobres de RCP</p> |



Atenció als productes de neteja

ser previngut mitjançant accions coordinades de salut pública. Podem classificar la prevenció de les lesions com a primària, que és la que intenta prevenir la lesió en el seu origen (portes de seguretat a les escales per evitar caigudes); secundària, que intenta disminuir la intensitat de la lesió (alarmes de fum), i terciària, destinada a disminuir l'efecte de la lesió o les seves seqüeles (coneixements de primers auxiliis).

Segons un estudi recent de l'Associació Espanyola de Pediatria en Atenció Primària (AEpAP), més de la meitat dels accidents es produeixen en l'entorn quotidià del nen, sobretot a l'escola i al parc, seguits, en freqüència, del domicili. En l'àmbit del domicili, la prevenció ha de ser el primer objectiu, atès que la mortalitat i morbiditat poden ser sempre previngudes. L'aplicació d'avenços tecnològics és molt important per introduir elements de seguretat a les llars: taps de seguretat en productes de neteja i fàrmacs, homologació d'articles de mobiliari i joguines, etc. Recentment s'ha publicat una guia de seguretat de productes infantils realitzada per la European Child Safety Alliance i traduïda al castellà pel Ministeri de Sanitat (foto 1). El fet que la legislació obligui la indústria a homologar els seus productes és un element preventiu important, però ha d'anar acompanyat de la sensibilitat i bona cura dels pares, que seran els responsables que la llar sigui un lloc segur per als nens. El personal sanitari pot influir donant recomanacions, que seran individualitzades segons l'edat

1- Gràfiques obtingudes de l' "Estudio de accidentes en la población infantil española AEPAP y MAPHRE". Maig 2014

Figura 1. Muertes totales por lesiones y por lesiones no intencionadas en niños y adolescentes (Europa, tasa ajustada por edad por cada 100.000 personas de 0-19 años)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del documento "Child Safety Report Card 2012 - Europe, summary for 27 countries", que utiliza la base de datos europea de mortalidad de la OMS, 2010. Chipre, Islandia, Luxemburgo y Malta se excluyen por cifras bajas.

Tabla 1. Tipo de accidente con mayor de mortalidad por lesiones

| Edad en años | Anegamiento y caídas | Apotriciones | Caídas | Corte extraño | Corte objeto punzante | Segu* | Intoxicación | Heridas | Quemaduras |
|--------------|----------------------|--------------|--------|---------------|-----------------------|-------|--------------|---------|------------|
| +2 | 27,3 | 17,2 | 25,7 | 11,8 | 14,9 | 14,8 | 39,1 | 0,0 | 25,2 |
| 2 a 4 | 65,5 | 37,7 | 14,5 | 29,4 | 12,2 | 15,2 | 21,7 | 11,1 | 31,1 |
| 5 a 7 | 18,2 | 24,1 | 17,1 | 23,5 | 39,7 | 21,6 | 21,7 | 55,5 | 14,6 |
| 8 a 11 | 9,1 | 15,5 | 23,4 | 11,8 | 24,3 | 26,1 | 13,0 | 22,2 | 21,4 |
| +11 | 0,0 | 5,2 | 17,4 | 23,5 | 18,9 | 22,3 | 4,3 | 11,1 | 7,8 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

*P < 0,001 *Otras por otros, persona a tierra

Tabla 2. Evolución de mortalidad hospitalaria 2012, lesiones y quemaduras

| | <1 año | | 1-4 años | | 5-14 años | |
|--------------|---------|---------|----------|---------|-----------|---------|
| | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres | Varones | Mujeres |
| Nº | 1.197 | 1.115 | 4.795 | 3.200 | 1.456 | 3.445 |
| Tasa/100.000 | 303 | 498 | 468 | 333 | 480 | 201 |

Fuente: Encuesta de mortalidad hospitalaria 2012



Poseu baranes a les escales



Protegiu els endolls

2- Esquema dels consells vers la prevenció d'accidents. Hi figuren, ombrejats, els relacionats amb accidents de la llar i les àrees de joc.

Basat en The Injury Prevention Program-TIPP, de l'Acadèmia Americana de Pediatria-APP

| EDAT | INTRODUIR | REFORÇAR |
|---------------------|--|--|
| Prenatal-nouat | Sistemes de retenció infantil (SRI) del grup 0/0+ | |
| 2 dies a 4 setmanes | Caigudes | SRI del grup 0/0+ |
| 2 mesos | Cremades líquids calents Ennuegament/asfíxia | SRI del grup 0/0+ Caigudes |
| 4 mesos | Seguretat a la banyera | SRI del grup 0/0+ Caigudes Cremades líquids calents Ennuegament/asfíxia |
| 6 mesos | Intoxicacions Cremades/superfícies calentes | Caigudes amb caminadors Cremades líquids calents Ennuegaments |
| 9 mesos | Seguretat a l'aigua/piscina SRI grup 1 | Intoxicacions Caigudes amb caminadors Cremades |
| 1 any | | Seguretat a l'aigua/piscina Caigudes amb caminadors Cremades |
| 15 mesos | | SRI grup 1 Intoxicacions Caigudes Cremades |
| 18 mesos | | SRI grup 1 Intoxicacions Caigudes Cremades |
| 2 anys | Caigudes Característiques dels joguets Tricicles/ús de casc Seguretat vianant | SRI grup 1 Seguretat a l'aigua/piscina Cremades |
| 3 anys | | SRI grup 1 Seguretat vianant Caigudes Cremades |
| 4 anys | SRI grup 2 | Seguretat vianant Característiques dels joguets Caigudes |
| 5 anys | Seguretat a l'aigua/piscina Seguretat bicicleta | Seguretat vianant SRI grup 2 |
| 6 anys | Seguretat en incendis SRI grup 3 | Seguretat bicicleta Seguretat vianant |
| 8 anys | Seguretat esport | Seguretat bicicleta SRI grup 3 |
| 10 anys | Cinturó seguretat | Seguretat esport Seguretat bicicleta |
| 14 anys | Casc ciclomotor Respectar normes de trànsit | Seguretat esport Seguretat bicicleta Cinturó de seguretat |

Accidentesenpoblacioninfantil3.epub
2. Esparza Olcina, MJ. Prevención de lesiones infantiles por accidente doméstico. Recomendación. A Recomendaciones PrevInfad / PAPPS
3. Guía de seguridad de los productos infantiles potencialmente peligrosos. Disponible a www.msssi.gob.es/va//profesionales/saludPublica/prevPromocion/

Lesiones/GuiaSegProductosPeligrosos.htm
4. Mercedes de la Torre Espí. Hojas informativas para padres de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Accidentes infantiles. Normas de cómo actuar. Grupo de Trabajo de Lesiones no Intencionadas. Disponible a <http://www.seup.org/publicaciones/publicacionesgt/hojaspadres.html>

del nen, com podeu veure a l'esquema de la introducció de consells per a la prevenció d'accidents basat en The Injury Prevention Program-TIPP, de l'Acadèmia Americana de Pediatria-APP.

Dra. Neus Pociello, Fernando Paredes, Zaira Ibars, Laura Minguell

Unitat d'Urgències de Pediatria
Servei de Pediatria de l'Hospital
Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

BIBLIOGRAFIA

1. Estudio de accidentes en la población infantil española AEPAP y MAPHRE. Maig 2014. Disponible a <http://www.moonbook.es/downloads/>

La pràctica de l'exercici físic i esport, sigui de manera lúdica o competitiva, va creixent en la nostra societat en totes les edats i condicions físiques. És el grup de les dones aquells en què en aquesta pràctica ha experimentat un major increment, de manera que s'equipara a nivells de pràctica masculina.

Actualment, moltes són les dones que competeixen a alts nivells i, per tant, han de seguir uns entrenaments estrictes acompanyats de dietes concretes. No obstant això, n'hi ha moltes altres que practiquen esport com a amateurs, però que també competeixen en àmbits més locals o, simplement, busquen mantenir una forma i condició físiques adequades.

Tot això no suposa cap problema fins que la dona es queda embarassada. És en aquest moment quan la majoria de recomanacions quant a l'activitat física van encaminades a la disminució de la pràctica esportiva i es recomana seguir pautes que van des de caminar, nedar o fer bicicleta estàtica suau, en els casos més permissius, fins a abandonar qualsevol activitat física i limitar-se a caminar o nedar (i nedar durant unes setmanes de gestació determinades) en el casos més restrictius.

Ja al segle III aC, Aristòtil atribuïa els casos de parts difícils a dones amb un estil de vida sedentari. Però, al llarg dels segles, la recomanació d'activitat física ha estat variable, i en la nostra societat urbana ha predominat la restricció de l'activitat. No ha estat així en les zones rurals on les dones es dedicaven a fer feines al camp.

En contra del que es pot pensar, la gestació afavoreix un millor rendiment esportiu, sobretot durant el període postpart, a causa de l'alta concentració d'hormones com els estrògens. Atletes com Paula Radcliffe, Sonia O'Sullivan, Marion Jones o la tennista Lindsey Davenport han aconseguit iguals o fins i tot millors marques després de ser mares. Resulta curiós el cas de la gimnasta Oksana Txusovitina, que, després de retirar-se i ser mare, va tornar a l'alta competició i va aconseguir podis i medalles als mundials de la mateixa disciplina amb la finalitat de reunir diners per a un tractament del seu fill, malalt de leucèmia.

També cal destacar els usos de la gestació com a dopatge que han fet atletes d'alta competició a l'antiga Unió Soviètica. Atletes i nedadores es veien forçades a quedar-se embarassades per, després, realitzar un avortament i així obtenir un millor rendiment aprofitant les hormones de l'embaràs.

Nosaltres, però, ens centrarem en les dones que, tot i que no competeixen de manera professional, realitzen exercici físic abans de la gestació i volen continuar la pràctica esportiva, i també en les dones que, havent sigut seden-

Esport durant la gestació: què cal aconsellar?



En contra del que es pot pensar, la gestació afavoreix un millor rendiment esportiu

L'antiga Unió Soviètica va utilitzar la gestació com a dopatge d'atletes i nedadores

tàries, tenen ganes o la necessitat de realitzar exercici durant l'embaràs.

Beneficis de l'exercici durant la gestació, part i postpart

Un estudi dut a terme l'any 2012 per Price, Amini i Kappeler va determinar l'efectivitat de l'exercici físic durant l'embaràs. L'estudi va aportar els resultats observats en 31 dones. Es va aleatoritzar la tria de dones gestants

de 12 a 14 setmanes en dos grups, un de sedentari i un amb una activitat de 45-60 minuts, quatre vegades per setmana.

El segon grup es va recuperar abans del part, va tenir menys incidències de cesària, cap dona va presentar hipertensió gestacional i el pes dels nadons va ser similar al grup sedentari. Pel que fa a la prematuritat, només hi va haver un part prematur, al cap de 33 setmanes, en una dona amb antecedents

de part prematur de bessons. No hi va haver diferències significatives entre els dos grups quant a diabetis gestacional, dolor musculoesquelètic durant el treball de part, durada la gestació, puntuació d'Apgar, pes de la placenta, durada del part, pes guanyat durant l'embaràs o pes mantingut durant el postpart.

Pel que fa a la finalització de la gestació, un 87% de les dones actives van tenir parts vaginals, davant el 61% de

les dones del grup sedentari. Altres estudis demostren que l'activitat física mitjana-intensa durant la gestació millora el resultat de parts vaginal i fa reduir la taxa de cesàries i parts instrumentats. A pesar que les dades anteriors podrien resultar estadísticament poc significatives atès el nombre limitat dels casos, hi ha altres estudis, com alguns publicats per l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), que descriuen els beneficis per a les embarassades de l'activitat física:

- Disminució del dolor lumbar
- Increment de pes i greix corporal més controlat
- Millor estat físic i mental
- Millora del concepte d'imatge corporal
- Millor capacitat pulmonar i funció cardiovascular; millora de la capacitat metabòlica i disminució del risc de diabetis gestacional i de preeclàmpsia
- Ràpida recuperació postpart
- Millors percentatges de parts vaginals respecte a cesàries o parts instrumentats

Quant al nadó, estudis neurobiològics i de creixement fetoplacentari determinen:

- Millor desenvolupament psicomotor fetal
- Maduració nerviosa fetal superior respecte a fills de mares sedentàries
- Menor índex de greix corporal, fet que es tradueix en un menor pes fetal (uns 500 g)
- Possible creixement neuronal superior a la mitjana (estudi fet amb ratolins)

Contraindicacions de l'exercici durant la gestació

L'ACOG recomana aturar la pràctica esportiva o no iniciar-la quan es presentin alguns d'aquests casos:

- Sagnat vaginal
- Dispnèa prèvia a l'inici de l'exercici
- Mareig o vertigen
- Cefalea o alteracions visuals
- Dolor al pit
- Debilitat muscular
- Disminució de moviments fetals
- Pèrdues de líquid amniòtic
- Dolor sobtat als bessons o inflamació significativa de les cames
- Contraccions que no cedeixen amb el repòs a curt o mitjà termini

Com determinar la pràctica esportiva

Activitats com les anteriorment esmentades —caminar, nedar i fer bicicleta estàtica— poden ser de lliure exercici sempre que la gestant no es trobi en un dels casos de contraindicació d'activitat física. Malgrat tot,

Fora d'esports contraindicats, en cal recomanar la pràctica habitual

Realitzar esport de manera progressiva i sostinguda reporta beneficis per a la mare i per al fill

la pràctica esportiva no s'hauria de limitar a realitzar aquests exercicis. Per determinar el nivell d'activitat i d'intensitat, podem tenir presents aquestes premisses:

A les dones amb un nivell mitjà-alt d'activitat física se'ls hauria de permetre continuar la seva pràctica normal mentre l'estat de gestació els ho permeti, i sempre que no sobrepassin les seves capacitats màximes i no busquin millorar les seves marques.

Pel que fa a les dones prèviament sedentàries, se'ls hauria de recomanar la pràctica d'una activitat física regular que els permeti seguir un programa de condicionament físic que vagi de les 2 a les 4 sessions per setmana, amb una durada de 10 a 20 minuts d'activitat durant les primeres setmanes, i que arribi als 30 minuts cap al segon-tercer trimestre de gestació. El nivell d'impacte hauria de ser progressiu i hauria d'estar adaptat als canvis gestacionals (volum abdominal). Un exemple d'exercici seria la bicicleta estàtica, la natació, caminar a pas ràpid i fins i tot córrer. I la intensitat es podria determinar amb la prova de la parla: si la gestant és capaç de parlar amb normalitat, és que es troba dins de nivells segurs d'esforç.

Esports i exercicis recomanats

Les activitats recomanades per a tot tipus de gestants són les que acabem d'esmentar.

Però, per a un altre tipus d'activitats, és ideal conèixer quina mena d'exercici feia la dona abans la gestació i saber en quin nivell d'activitat es trobava. Per això, ens podem ajudar d'enquestes específiques, com la que hi ha a la Societat Canadenca de Fisiologia de l'Exercici (PARmed-X for PREGNANCY).

Com a norma general, tindrem en compte que els esports contraindicats són els que podrien comportar traumatisme matern que afectés el fetus, els que tenen un gran impacte sobre

l'abdomen, els que provoquen risc de caiguda per desequilibris o risc greu per a la vida del fetus secundari al risc matern. Aquests són:

- Esports de contacte: futbol, bàsquet, voleibol, judo, lluita...
- Esports d'alt impacte amb risc de traumatisme: parapent, esports d'aventura, equitació, esquí alpí o de travessia, escalada...
- Altres esports amb risc: submarinisme, ciclisme, patinatge...

Fora d'aquests esports, cal continuar recomanant la pràctica habitual d'esport. A manera de conclusió, podem dir que, excepte en determinats casos, l'exercici físic és necessari en totes les etapes de la vida i, específicament, durant la gestació. Tant és si tenim davant una gran atleta o una dona prèviament sedentària. Realitzar esport de manera progressiva i sostinguda durant la gestació ha demostrat que reporta més beneficis durant l'embaràs, el part i el postpart, tant a la mare com al fill, que no pas mantenir el sedentarisme a causa de l'embaràs.

Com a professionals sanitaris, i específicament els professionals que ens dediquem a cuidar la dona gestant, hem de vetllar perquè les dones practiquin exercici físic en més o menys mesura, sabent quin és el punt de partida de cada dona.

La gestació és una època de canvis i una ocasió especial per realitzar educació sanitària i fomentar l'adquisició d'hàbits que repercutixin positivament tant en la vida de la dona com en la familiar.

Laura Espart Herrero
Llevadora a l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida
Loïda Gavín Gutiérrez
Llevadora a Vithas Hospital Montserrat de Lleida

BIBLIOGRAFIA

- Mata I, Chulvi J, Roig J, Heredia JR, Isidro F, Benítez Sillero JD, et al. Prescripció del ejercicio físico durante el embarazo. Rev Andal Med Deporte. 2010; 3(2):68-79
- Price BB, Amini SB, Kappeler K. Exercise in pregnancy: effect on fitness and obstetric outcomes—a randomized trial. Med Sci Sports Exerc. 2012 Dec;44(12):2263-9.
- Barakat R, Pelaez M, Lopez C, Montejo R, Coteron J. Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012 Nov;25(11):2372-6.
- Canadian Society for Exercise Physiology. PARmed-X for PREGNANCY. Disponible a: <http://www.csep.ca/cmfiles/publications/parq/parmed-xpreg.pdf>
- Fleten C, Stigum H, Magnus P, Nystad W. Exercise during pregnancy, maternal pregnancy body mass index, and birth weight. Obstet Gynecol 2010; 115:331-7

Guerra, devocions i sanitaris de Lleida (1700-1714)

En morir el dia de Tots Sants de 1700 sense descendència el rei d'Espanya Carles II, es va obrir la possibilitat d'un canvi de signe dinàstic, de la casa dels Àustria a la dinastia francesa dels Borbó, que eren les dues grans famílies que dominaven Europa. El canvi es va fer a través de la Guerra de Successió.

El 9 d'octubre de 1705 va entrar a Barcelona d'arxiduc Carles (casa dels Àustria), on va ser proclamat, allí mateix, rei legítim d'Espanya.

Al mateix temps, la ciutat de Lleida, que el 1701 s'havia declarat fidel a Felip V (casa dels Borbó), va organitzar una milícia anomenada la Coronela per poder lluitar contra els austríacistes que, dirigits per Manuel Desvalls i de Vergós, germà del marquès del Poal, anaven conquerint poblacions com Balaguer, Tàrraga, Agramunt, Vallbona de les Monges, Preixana, Guissona, Bellpuig, Verdú, Ponts, Castelló de Farfanya, etc., amb l'objectiu final d'arribar a Lleida.

D'altra banda, pels mateixos dies el

El Dr. Anton Miarnau va representar els borbons per evitar enfrontaments

Cinc metges van diagnosticar una epidèmia per mals aliments

metge de Solsona Joan de Miquel i el doctor en lleis Francesc Carreu, fill de la Seu d'Urgell, obtenien per als austríacistes la submissió de poblacions com Manresa, Torà, Solsona, Castellciutat, la Seu d'Urgell, etc.

Per evitar enfrontaments violents, la ciutat de Lleida va voler arribar a un pacte entre borbònics i austríacistes. Com a representants dels primers, van elegir com a negociadors quatre personatges, un dels quals era el doctor en

medicina Anton Mirarnau; i pel costat dels austríacistes assistiren a la reunió el mateix Desvalls i altres dels seus.

El 23 de setembre ambdós grups signaven la rendició de Lleida a l'arxiduc Carles (casa dels Àustria), de manera que la ciutat canviava de signe polític.

Però, malgrat aquesta conformitat, en aparença pacífica, els lleidatans no van quedar del tot tranquils i una espècie de por va penetrar en les seves consciències. La temença d'un futur pròxim incert i dolent va fer que les autoritats racionessin els aliments bàsics i s'instal·lés la por a la fam i, com a conseqüència, a les malalties.

El pànic arribà a tal extrem que el 24 de gener de 1706 cinc metges de prestigi, en nom del Col·legi de Medicina de la ciutat, van adreçar un escrit al clergat en què explicaven que la ciutat patia una epidèmia de malalties que obeïen a una causa comuna, però que, per ocasionar l'efecte patològic, es necessitava una disposició corporal que provenia de mals aliments.

A més, consideraven que els ous tenien un efecte protector o preventiu per a l'organisme contra aquesta causa. En canvi, pensaven que ni els lactis ni altres aliments prohibits en el temps de quaresma no tenien cap efecte defensiu. Per això van demanar al clergat que deixés menjar ous, i el clergat els va fer cas i va aixecar la prohibició a la ciutat i llocs circumveïns.

Els metges que van signar l'escrit eren els doctors en medicina Josep Miranda, Anton Mirarnau, Gabriel



Canterano (calaixera-escriptori)



Palangana de sagnar (cirurgia)



Armes de foc

del sastre Miquel Fortuny i de Josepa Juglar.

En el contracte matrimonial, Anton Chesa va aportar 290 lliures, moneda corrent de Lleida. El doctor en medicina Anton Mirarnau, el cirurgià Esteve Belasco i l'apotecari Anton Pifarrer, tres íntims amics seus, van consentir la donació.

El matrimoni es va instal·lar al carrer Cavallers, on va viure amb els fills Ignàcia, Magdalena, Maria, Josepa i Francisco. L'any 1726, quan aquest últim tenia solament un mes d'edat, la mare va caure malalta i, tement la mort, va testar: va deixar 80 lliures a cada filla i va fer hereu el petit de la colla. Van testimoniar l'acte els joves apotecaris Anton Malagarriga i Pere Joan Ger, que devien treballar en la l'apotecaria dels Chesa.

Una de les filles del matrimoni, no sabem quina de les quatre, es va casar amb un noi procedent de Sant Joan

» Fàbregas, Josep Maurissa i Jaume Aran.

La teoria d'aquests metges era d'origen medieval, del temps de Jaume d'Agramunt. En el fons devien considerar que aquelles malalties equivalien a l'antic concepte de pestilència particular, la qual, a diferència de la universal, incidia solament sobre una ciutat i no sobre una o múltiples regions.

D'altra banda, durant l'any 1706 i sota el govern austriacista, es va habilitar la Seu Vella per a usos militars i es va convertir la capella de Colom en farmàcia de l'exèrcit. Però, malgrat aquesta militarització, no hi hagué sotragades violentes i l'ambient seguia un curs relativament normal, encara que amb la por de fons.

De fet, aquell temor ciutadà no anava desencaminat, com ho demostra el fet que el 31 d'agost de 1707 Felip d'Orleans (casa dels Borbó) ordenà assetjar la ciutat austriacista. El 12 d'octubre, el seu exercit aconseguia trencar la muralla per la part que anava des del portal de Magdalena fins al baluard del Carme i, el 12 de novembre, la ciutat es va rendir i el mariscal belga Joan Cristià de Landes, comte de Louvigni, va quedar com a cap militar de la plaça.

Els anys posteriors al setge, fins a arribar a l'11 de setembre de 1714, data de la rendició de Barcelona i acabament de la guerra, la ciutat de Lleida va viure alguns fets d'interès sanitari, tals com la militarització de

l'Hospital de Santa Maria i l'habilitació com a hospital de pobres de la casa de l'austriacista Manuel Vilaplana (Hospital del Rei). Però, sobretot, el fet més important va ser el canvi progressiu de model de govern municipal, en el qual van intervenir alguns sanitaris.

Així, a partir del 14 de juliol de 1711, es va deixar actuar com a gestors provisionals del govern municipal quatre paers, un dels quals era l'apotecari Esteve Miret. Al mateix temps, se substituï l'antic Consell General per una junta interina de govern formada encara per membres de les tres mans que tradicionalment constituïen la Paeria. La mà major la van formar quatre homes, tres dels quals eren els metges Jaume Claver, Joan Baptista Sabata i Jaume Aran; i dels tres que entraren de la mà mitjana, un va ser l'apotecari Domingo de Dios.

Pocs anys després del Decret de Nova Planta de 16 de gener de 1716, se suprimiren els paers esmentats i la junta interina de govern, i en el seu lloc es van nomenar vuit regidors perpetus (es van crear els corregiments i es van eliminar les vegueries), ja cap d'ells sanitari.

Queda clar que aquests tres metges i dos apotecaris devien intervenir en les decisions de la ciutat en aquell crític període de la seva història. Però, qui eren aquests sanitaris? Quina era la seva cara humana i la seva família? Quines relacions hi havia entre ells?

Quins altres sanitaris exercien a la ciutat?

Ens referirem solament a alguns dels descrits i en mencionarem d'altres del seu temps pel fet d'aportar dades inèdites sobre la seva existència o sobre la seva i vida.

L'apotecari Anton Chesa i el metge Gabriel Fàbregas

Si bé són dos personalitats que no tenen res a veure, a excepció de la contemporaneïtat —el primer es casava el 1703 i el segon feia testament el 1707—, ambdós, a través de la seva respectiva descendència, van ser una font de sanitaris en direcció contrària. Si la llavor de l'apotecari Chesa va contribuir a produir metges, la del metge Fàbregas va fer el mateix atractiu apotecaris.

Anton Chesa era fill de l'apotecari de Tolba (Regne d'Aragó, bisbat de Lleida) Francisco Chesa i de Maria Anna Ardanuy. Aquest matrimoni es devia traslladar a exercir l'apotecaria a Tamarit de Llitera, lloc on la muller va enviuadar i es va casar en segones núpcies amb l'apotecari Diego Duesa, de Tamarit de Llitera.

El matrimoni tenia un altre fill, de nom Josep Chesa, que exercí l'apotecaria a Tamarit.

Anton Chesa va ser apotecari de Lleida, ciutat on es va casar l'any 1703 amb Maria Fortuny i Juglar, filla



FERRERUELA
CUINA DE LA TERRA

Horari Restaurant
De dimecres a dissabte: migdies i vespres
Diumenge: migdia

T. 973 22 11 59 | C. Bobalà, 8. 25004 Lleida | info@ferreruela.com | www.ferreruela.com

de les Abadeses (Ripollès) que havia vingut a estudiar medicina a Lleida en les últimes promocions de la Facultat. Era Josep Roca i Puigcantó, el qual, acabada la carrera, començà a exercir malgrat l'estat en què va quedar la ciutat després del setge de 1707.

La seva gran obra, però, va ser aconseguir inaugurar una nissaga brillant de metges il·lustrats que va cloure el 2 de desembre de 1882 amb la mort del quart de la descendència, que era el metge i literat Lluís Roca i Florejachs, al qual la ciutat va dedicar una estàtua emplaçada actualment a la plaça Noguera.

Els dos primers del llinatge, pare i fill -Josep Roca i Puigcantó i Tomàs Roca i Chesa-, van contribuir amb obra escrita a la medicina lleidatana del segle XVIII; i els dos segons, net i besnét -Bonaventura Roca i Labrador i Lluís Roca i Florejachs-, van fer el mateix durant gran part del XIX.

El segon individu, el metge Gabriel Fàbregas, procedia del Vilosell i va acabar regint la càtedra de Segona de Medicina de l'Estudi General. Era fill del pagès d'aquell poble Joan Fàbregues, i de Bàrbara.

Fàbregues vivia a Lleida a la seva casa de la parròquia de Sant Joan, prop del portal de n'Olius, al carrer que anava de la plaça de la Sal a la de les Pescateries.

Amb la seva muller Francisca Llopis van tenir dos fills, Maria Paula i Francisco, i entre els seus amics destacaven el doctor Anton Mirarnau i el doctor en drets Agustí Pallàs, fill del cirurgià Agustí Pallàs.

Malalt en el llit, el doctor Fàbregues va fer testament l'11 de febrer de 1707: va deixar cent dobles (equivalent a 550 lliures barcelonenses) a la seva filla Maria Paula per quan es casés i la roba que li volgués donar la seva mare; i al seu fill Francisco, de divuit anys, el va instituir hereu.

En el cas que els fills no poguessin heretar, va indicar que es venguessin els seus béns a l'encant públic i que la meitat dels diners obtinguts es destinés a la fundació de misses resades anuals i l'altra meitat, a aniversaris cantats a l'església de Sant Joan, on era propietari d'un vas funerari construït davant la capella de Nostra Senyora del Pilar.

Va indicar als hereus que cobressin 20 dobles que havia prestat feia cinc anys al pare d'un cunyat seu del Vilosell.

La seva filla Maria Paula va ser la que va donar continuïtat a l'activitat sanitària de la família en casar-se amb l'apotecari Domingo de Dios i Almenar, fill d'un teixidor de lli de Fraga i que posseïa l'apotecaria al carrer de l'Hospital. El matrimoni tenia com a serventa una filla de l'apotecari de Vilanova de la Barca, Miquel Fons.

Per malaltia del seu marit, el 25 d'octubre de 1745, Maria Paula va heretar

d'ell la casa amb l'apotecaria i un hort situat a Puigbordell. Ja vídua i amb la finalitat de poder continuar l'apotecaria, es va casar amb l'amic del seu marit, l'apotecari Josep Soler.

Amb aquesta herència i amb la casa del seu pare, que també posseïa, quan es va casar amb aquest segon apotecari ja era una dona rica. Però el benestar li va durar solament dos anys, ja que la malaltia que patia l'obligà a testar el 29 de desembre de 1747.

Jaume Claver i Granell i altres sanitaris de Lleida del seu temps

Sobre Jaume Claver, ja havia publicat un treball en el Butlletí Mèdic l'any 1997 en col·laboració amb el meu pare, el doctor Manuel Camps i Clemente. Però atès que en el transcurs de la seva llarga malaltia i mort, el 15 de juny de 2013, hem obtingut més dades sobre aquest metge de Bellvís, i també amb un millor bagatge de coneixements sobre literatura mèdica antiga que quan vam escriure el primer article a dues mans, hem volgut reescriure'l, tenint en compte, a més, que el 1714, any de la mort de Jaume Claver, constituï el punt de partida d'una història inacabada, la de la llibertat de Catalunya.

S'ha dit que el doctor Claver era natural de Lleida, però creiem que ho era de Bellvís, tal com ell mateix afirma en dir que era fill de Simon Claver, pagès d'aquesta vila del bisbat d'Urgell, i de Maria Granell.

Ja format en medicina, es va establir a Lleida per conrear l'exercici privat de capçalera i l'hospitalari a l'Hospital de Santa Maria, així com la docència durant l'etapa final de l'Estudi General, amb els col·legues de claustre doctors Gabriel Fàbregues, del Vilosell, i Anton Mirarnau, de Soses.

No sabem quin paper va tenir en la seva vida la vila d'Alguaire. Però el cert és que allí tenia enterrats dos fills que, al final, va voler que fossin traslladats a una sepultura que va fer fabricar de nou a Bellvís, on també volia dipositar els ossos dels seus pares.

Va residir a Alguaire abans de fer-ho a Lleida? Eren aquests dos fills fruit d'un primer matrimoni? Hi va tenir algun paper, la Guerra de Successió, en la seva residència a Alguaire? La realitat és que no disposem de dades per poder respondre aquestes preguntes.

Instal·lat a Lleida, va residir en un carreró entre els carrers dels Blanquers i del Carme, però després es va canviar al carrer de la Coltellera, en una casa propietat dels hereus d'Albert Vilanova, en casar-se el 21 de setembre de 1698 amb la vídua d'aquest, Maria Mollet.

El doctor Claver va morir en aquesta casa el 9 de desembre de 1714, tot just acabada la Guerra de Successió, acompanyat de la seva muller emba-



Albarells de farmàcia

rassada i dels fills Josep i Anton, de 14 i 8 anys, respectivament, i dels fillastres Dionisa Vilanova i Francisco Vilanova.

Aquell mes de desembre, la parròquia de Sant Joan, d'on era parròquia, solament va enregistrar dos òbits d'adults, el seu i el d'una dona. El mes de maig havia mort la serventa de l'apotecari Josep Millet i la muller del cirurgià Manuel Gil.

Del mateix any del seu traspàs tenim notícia d'altres sanitaris de la ciutat, com els cirurgians Sebastià Camó, Jacobus de Tronsi, Manuel Gil, Pere Bonet, Cosme Pla, Josep Calderó, Joan Fernández, Pere Corretges i Josep Vilanova, així com del metge i amic seu Anton Mirarnau i de l'apotecari Josep Millet.

La recuperació de la ciutat devia ser lenta després del setge de 1707. Era temps de penúria. El cirurgià Sebastià Camó, per exemple, va haver de mantenir a casa seva durant dos anys, fins el 9 de juliol de 1721, el clergue de la catedral reverend Francisco Freixinet, que era fill de l'apotecari d'Alguaire Bernat Freixinet i de Cecília Duch. Quan aquest clergue va caure deganat al llit per morir, va anotar en el testament que li fossin pagades 150 lliures barcelonenses al cirurgià al més aviat possible, i va pregar a aquest que les admetés i es considerés així ben pagat i satisfet.

Retornant a Jaume Claver, sabem que va ser, sobretot, un metge pràctic amb nombrosa clientela, la qual, quan va morir, encara li devia 487,57 lliures, quantitat important en aquell temps.

Però també va servir a la Paeria amb independència del signe polític d'aquesta en aquells anys tan convulsos de començaments del segle XVIII. Possiblement, ho feia per vocació d'ajuda a la ciutat.

L'any 1706, amb una Paeria austri-

acista i contra Felip V, va col·laborar facilitant 65 quarteres de blat per valor de 170 lliures. També com a prestador de diners i abans morir, el pagès de Sudanell Josep Romeu li devia quatre dobles d'or que ell li havia deixat amb la finalitat de replegar la collita de 1714.

D'altra banda, com hem dit abans, amb la Paeria definitivament borbònica després del setge de 1707, va formar part del govern municipal filipista amb dos metges més i els especiers Domingo de Dios i Esteve Miret, que, de fet, exercien d'apotecaris.

Aprofitant aquesta conjuntura de sanitaris en el govern municipal, els dos especiers van sol·licitar a la Paeria ser examinats per poder fer d'apotecaris i va ser Jaume Claver qui els va examinar, el 14 de juny de 1712. Així, van obtenir la llicència per a l'exercici legal de l'apotecaria.

Malgrat que políticament el destí final del Jaume Claver va ser la tomba dels Vilanova a l'església de Sant Joan, el seu sentiment estava a Bellvís, en la seva església on reposaven els seus pares i dos fills, i el famós santuari de la Mare de Déu de les Sogues, en el qual va ordenar que se celebressin una part de les misses baixes per al repòs de l'ànima.

La imatge de la Verge amb el Nen que presidia el santuari de Bellvís la va fer l'escultor Jordi Saffont a mitjan segle XV, el mateix que esculpí la verge del Blau destinada a presidir la porta dels Apòstols de la Seu de Lleida, dues imatges de vides paral·leles però, com veurem després, de destí diferent.

La de les Sogues, quan va ser definitivament destruïda, l'any 1936, ja havia passat moltes vicissituds, una de les quals en el temps del doctor Claver, quan, l'any 1707, durant la guerra, va ser robada i no va ser retornada fins al

1722, sota secret de confessió, al frare del convent Trinitari de Sant Salvador de Fraga Tomàs Herrero.

Aquesta Mare de Déu gaudia de molta fama a tota la plana d'Urgell i es feien moltes "tretes" de la imatge per portar-la des de la capella del Miracle de Bellvís, on es trobava, fins al convent trinitari que es va construir uns quants anys després al costat del poble dels Arcs, sobretot per demanar pluja en temps de sequera i també per altres calamitats i malalties. Hi acudia molta gent en processó. Una d'aquestes tretes es va fer l'any 1703 a causa de l'extrema necessitat d'aigua que patien el blat i els altres fruits de les propietats de conreu.

Es coneixen oracions a la Mare de Déu de les Sogues. Els malalts anaven al santuari nou dies seguits per beure aigua de la font que hi havia, al mateix temps que deien una oració com aquesta, entre d'altres:

*Aigua saludable de Maria,
Entra dins de la persona mia,
Cura'm lo cos
i l'ànima mia*

També hi ha goigs de la Mare de Déu de les Sogues del segle XVIII dedicats a la salut, una estrofa dels quals diu:

*Puix sou refugi sagrat
empara segura i guia,
Salut doneu-li, Maria,*

Al malalt que us ha invocat.

La Verge del Blau va començar a sofrir maltractaments també en el segle XVIII, quan el compte borbònic de Louvigny, l'any 1707, va ordenar tancar la Seu. La imatge va ser traslladada el 1749 a l'església de Sant Pau, que s'acabava d'inaugurar. L'any 1936 va ser extreta d'allí i destruïda en diferents trossos. Però, a diferència de la de les Sogues, que es va perdre per sempre, la del Blau s'ha pogut refer i ara mateix llueix a la Catedral Nova com una de les verges més esplèndides i emblemàtiques del gòtic català.

La vida familiar i intel·lectual del doctor Claver des que es va casar amb Maria Mollet, el 1698, va estar íntimament lligada a la casa d'aquesta del carrer de la Coltellera, on residia i tenia la seva biblioteca particular de medicina, composta, sobretot, per autors de l'època moderna, és a dir, per llibres escrits amb posterioritat a l'any 1516, els quals ocupaven el 80,75% de la llibreria, seguits a molta distància per llibres d'autors antics, anteriors a l'any 1153, els quals constituïen el 15,38% del conjunt i, finalment, la resta, el 3,84%, eren volums redactats per autors de la baixa edat mitjana, situada entre les dues èpoques anteriors.

Entre els autors moderns predominaven els espanyols (42,85%), seguits dels italians (33,33%), francesos (14,28%) i alemanys (9,52%).

Dels espanyols volem destacar un llibre de Matías de Llera pel fet d'ésser un autor que nosaltres no havíem tro-

bat en cap de les llibreries investigades i, sobretot, també pel fet d'haver estat metge de cambra de Carles II, rei d'Espanya, que, com hem dit, va ser l'origen de la Guerra de Successió.

Aquest metge era aragonès, de la localitat de Lacorvella, i va ser catedràtic de la Facultat de Saragossa des de 1652 fins a 1676; va deixar algunes obres escrites, entre les quals hi ha un informe que li va demanar la ciutat de Saragossa sobre la diferència, quant a salubritat, de les aigües de Marlofa (actualment pertanyent al municipi de La Joyosa) i les del riu Ebre, amb la finalitat d'elegir les millors.

El doctor Claver tenia instal·lada la biblioteca en una cambra-dormitori on feia vida, estudiava i reposava. Completaven la cambra els mobles d'estudi amb tres caps per guardar tabac, un Sant Crist de llautó amb creu i peanya de fusta daurada, una imatge de Sant Josep i una altra de la Concepció, objectes, tots ells, que ens donen idea de la vida, hàbits i costums d'aquest metge lleidatà.

L'egua de color castany fosc, ensellada i amb les brides corresponents, que residia a l'establa de la casa, la devia utilitzar com a mitjà de desplaçament per atendre els nombrosos malalts de les rodalies.

Manuel Camps Surroca
Blau Camps Aler

BIBLIOGRAFIA

- Lladonosa Pujol, J.: Notícia històrica sobre el desenvolupament de la Medicina en Lérida. Colegio Oficial de Médicos de Lérida. 1974.
- Parramon Doll, A.: Folklore de les Sogues. Ilerda. 1969-70. Núm. XXX, 199-243.
- Parramon Doll, A.: Notas para la historia de N.S.^a de les Sogues. IEI.
- Fernández, R.: Història de Lleida. Vol. 6. El segle XVIII. 2003.
- Lara Peinado, F.: La Verge del Blau. Escultura gòtica de la Seu Antiga de Lleida. I.E.I. 1991
- Bracons, J.; Terés, R.; Velasco, A.: Imatges escultòriques i retauls pictòrics d'època gòtica. Peces de museu, avui, que abans han estat objecte de devoció. Arrels cristianes. Vol. II. Temps de consolidació. La Baixa Edat Mitjana. Segles XIII-XV. 541-570.
- Cases Ibáñez, A.: La Guerra de Successió i les Terres de Ponent. IEI. 2014.

NOTES (ARXIU CONSULTATS)

- AHL (Arxiu Històric de Lleida). Sig. 840 (3-6-1703)
- AHL. Sig. 277, fol. 407-409.
- AHL. Sig. 461, fol. 91-93
- AHL. Sig. 959, fol. 22-39
- AHL. Sig. 744, fol. 25-28
- AHL. Sig. 742, fol. 24-88.
- AHL. Sig. 461, fol. 303-304

Assegurança de Jubilació Estalvi Fiscal 105

Un bon moment
per dur a terme
una gran operació
de futur



Només fins
al 19 de Desembre
o fins a esgotar l'emissió

És un producte que garanteix un interès tècnic anual i la màxima desgravació fiscal per a aportacions úniques.

L'Assegurança de Jubilació Estalvi Fiscal 105 li ofereix:

- **3,25%** d'interès tècnic **anual garantit** durant **tota la vigència del contracte**, a diferència d'altres entitats que revisen l'interès al cap de sis mesos o un any.
- Possibilitat de cobrar **en forma de capital o de renda** amb un creixement anual d'aquesta.
- **Gran avantatge fiscal:** reducció de fins al 100% de les aportacions en l'IRPF. És important recordar que aquest és l'últim any per poder **maximitzar l'estalvi fiscal fins als 10.000€ o 12.500€.**

901 215 216

www.mutualmedica.com

 infomutual@mutualmedica.com

 [@MutualMedica](https://twitter.com/MutualMedica)



MutualMèdica

la mutualitat dels metges