ACTUALIDAD MÉDICA
www.actualidadmedica.es

SUPLEMENTO

COMG

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE GRANADA

MILENIO DE GRANADA 1013-2013

SUPLEMENTO NÚMERO 790

Actualidad
Médica

RELACION DE CORPORACIONES E INSTITUCIONES PROFESIONALES MÉDICAS Y SANITARIAS QUE SE DARÁN CITA EN LA CONMEMORACIÓN DE LOS MIL AÑOS DE LA MEDICINA EN GRANADA

Comisión Permanente del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Pleno de la CGCOM

Asamblea General del CGCOM

Asamblea de Secretarios Generales del CGCOM

Foro de la Profesión Médica

Pleno del CACM

Junta de Patronos de la Fundación de huérfanos y protección social de Médicos Principe de Asturias

Junta de Patronos de la Fundación de A.M.A.

Pleno de la Asociación Andaluza de Derecho Sanitario

Permanente de la Comisión Central de Deontología del CGCOM

ACTUALIDAD
MÉDICA
www.actualidadmedica.es
© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actualidad Médica.
ISSN: 0365-7965. Depósito Legal: GR-14-1958
Edita la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental.
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.
www.ramao.es

Actualidad
Médica

Comité editorial

Editor
Salvador Arias Santiago

Editores adjuntos
Miguel González Andrades
Miguel Ángel Arrabal Polo

Editor Suplemento
Javier de Teresa Galván

Comité rector

Prof. Antonio Campos Muñoz
Presidente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental

Prof. Indalecio Sánchez-Montesinos García
Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Prof. Manuel García Morillas
Presidente de la Asociación de Antiguos Alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

Comité científico y asesor

Manuel Díaz-Rubio
Madrid, España

Jorge Alvar Ezquerra
Ginebra, Suiza

Juan Rodés Teixidor
Barcelona, España

Pasquale Quattrone
Milán, Italia

José María Segovia de Arana
Madrid, España

Antonio Rendas
Lisboa, Portugal

Blas Gil Extremera
Granada, España

Andrés Castell
México DF, México

Duarte Nuno Vieira
Coímbra, Portugal

Juan Jiménez Alonso
Granada, España

Alice Warley
Londres, Reino Unido

Evaristo Jiménez Contreras
Granada, España

Antonio Alcaraz Asensio
Barcelona, España

Comité de redacción

Luis Javier Aróstegui Plaza
Álvaro Sillero Sánchez
M. Nieves Gallardo Collado

Diseño y maquetación

ARP Producciones

Imprenta

Gráficas Alhambra

Revista editada por:

Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental
Granada

Facultad de Medicina.
Universidad de Granada

Asociación de Antiguos Alumnos
de la Facultad de Medicina
de la Universidad de Granada

Publicación cuatrimestral
(3 números al año)

© 2013. Actualidad Médica
Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Actualidad Médica, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Actualidad Médica con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Actualidad Médica incluída en Latindex e IME

Disponible en internet:
www.actualidadmedica.es
Atención al lector:
info@actualidadmedica.es
Actualidad Médica.
Avda. Madrid 11. 18012 Granada · España.

Protección de datos: Actualidad Médica declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Papel ecológico libre de cloro. Esta publicación se imprime en papel no ácido.
This publication is printed in acid-free paper.

Impreso en España.

Depósito Legal: GR-14-1958

ISSN: 0365-7965.

ACTUALIDAD MÉDICA
www.actualidadmedica.es

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Para la redacción de los manuscritos y una correcta definición de los términos médicos, Actualidad Médica recomienda consultar el Diccionario de Términos Médicos de la Real Academia Nacional de Medicina

Actualidad
Médica

05 Editorial
Javier de Teresa Galván

ORIGINALES

07 La medicina y el milenio del reino de Granada. Las razones de una conmemoración
Medicine and millenium of the kingdom of Granada. Reasons for remembrance
Mª José Sánchez Rubio

09 El maristan de Granada y la medicina del reino Nazarí
The maristan of Granada and the medicine of the Nazari kingdom
Fernando Mª. Girón Irueste

13 La peste de granada en el concepto de ibn al-jaṭīb
Black death in Granada on the concept of Ibn al-Jaṭīb
Gonzalo Piédrola Angulo

16 La enseñanza de la medicina. De la Madraza a la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada
The teaching of medicine. From Madraza to the Faculty of Medicine, University of Granada
Indalecio Sánchez-Montesinos García

19 El Hospital Real y la medicina renacentista
The Royal Hospital and the Renaissance medicine
José Valenzuela Candelario

22 El hospital de San Juan de Dios y la medicina granadina del siglo XIX
The hospital of San Juan de Dios and the granada´s medicine of the 19th century
Fernando Mª. Girón Irueste

25 Los Hospitales de Granada. Del Maristán al Complejo Universitario de Granada
Hospitals in Granada: From the Maristan to the University Hospitals in Granada
Manuel Bayona García

28 La Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental
The Royal Academy of Medicine and Surgery of Oriental Andalusia
Antonio Campos Muñoz

31 Aureliano Maestre de San Juan y el nacimiento de la Escuela Española de Histología
Aureliano Maestre de San Juan and the origin of the Spanish School of Histology
Antonio Campos Muñoz

34 Federico Olóriz y la identifiación por huellas dactilares
Federico Olóriz and identification by fingerprints
Miguel Guirao Piñeyro

37 El Colegio Oficial de Médicos y la profesión médica
The General Medical Council of Spain and the medical profession
Juan José Rodríguez Sendin

39 José Gutiérrez Galdó y la Memoria médica de Granada
José Gutiérrez Galdó and medical memory of Granada
José Luis Gutiérrez Pérez

42 La vocación humanitaria de la medicina granadina
Medicine in Granada: a humanitarian vocation
Guillermo Vázquez Mata y José Antonio Lorente Acosta

45 El Parque Tecnológico de la Salud. Investigación, desarrollo empresarial y … empleo
Health Science Technological Park. Research, business development and… jobs
Jesús Quero Molina

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 5-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud Granada, un reino de mil años

La conmemoración de sucesos que jalonan la vida del ser humano son habituales -cumpleaños, onomásticas, aniversarios, etc- y responden a la necesidad de tener presente los referentes, para no olvidar la propia historia, y saber quienes somos en realidad.

Granada celebra este año el milenio (1013-2013) de la creación del reino Zirí, y desde el colegio de médicos de Granada no hemos querido dejar pasar esta inmejorable ocasión, para recapacitar sobre la evolución de la medicina durante estos mil años en Granada. Realizando una descripción y análisis de los hitos más importantes que han jalonado la historia de este Reino milenario.

María José Sánchez Rubio, Presidenta del Milenio y Consejera de Igualdad, Salud y Política social , nos introduce en el Milenio, analizando las razones que justifican la conmemoración . Fernando Girón Irueste y José Valenzuela Candelario, Profesores de Anatomía Patológica e Historia de la ciencia de la UGR, profundizan en la historia de la medicina durante esos mil años, centrándose en tres hospitales que fueron referentes en su época: MARISTAN, HOSPITAL REAL Y HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS.

Gonzalo Piédrola Angulo, presidente del instituto de academias de Andalucía, Antonio Campos Muñoz, presidente de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental, y Miguel Guirao Piñeyro, profesor del Departamento Anatomía y Embriología Humana de la UGR. hacen un recorrido por dicho periodo a través de tres figuras señeras de la medicina del reino de Granada: IBN AL JATIB , AURELIANO MAESTRE DE SAN JUAN y FEDERICO OLÓRIZ AGUILERA

José Luis Gutiérrez Perez, gerente del Servicio Andaluz de Salud, realiza la semblanza del que fue nuestro Cronista Oficial JOSÉ GUTIERREZ GALDO, cuyo Memorial, de los cien años del Colegio de Médicos de Granada, comienza aproximadamente con la finalización del Reino de Granada y es un complemento fundamental para entender el milenio sanitario.

Indalecio Sánchez Montesinos García, Decano de la Facultad de Medicina de Granada, muestra la evolución que la enseñanza de la Medicina ha sufrido, desde los estudios que se impartían en la Madraza de Yusuf I hasta los actuales en el espacio Europeo de Educación superior . Manuel Bayona García, Gerente de los Hospitales Universitarios de Granada, hace un recorrido similar de la asistencia sanitaria desde el Maristán nazarí hasta los nuevos centros hospitalarios.

Juan José Rodríguez Sendín, Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y Antonio Campos Muñoz , Presidente de la RAMAO, analizan dos instituciones fundamentales de la medicina actual y su historia: Los Colegios Médicos y las Academias de Medicina.

Jesús Quero Molina, gerente del Parque Tecnológico de la Salud, José Antonio Lorente Acosta, , Profesor de Medicina Legal de la UGR, Director de Genyo, de DNA Pro-Kids, y vicepresidente del COMG, y Guillermo Vázquez Mata, director del IFCAM y de Cooperación del COMG, nos describen el presente y el futuro de la medicina integrada en un mundo globalizado , analizando la innovación que supone el PTS, y el compromiso con los valores de la profesión médica a través de programas, liderados desde Granada, de prevención de la explotación infantil y de cooperación internacional.

Hace años pusimos en marcha el foro “UN COMPROMISO POR LA SALUD” como un espacio de información, debate y reflexión sobre todos los temas relacionados, directa o indirectamente, con la salud. Nuestro objetivo era sumar esfuerzo y voluntades para hacer que este compromiso fuera una realidad.

Este número extraordinario de ACTUALIDAD MÉDICA, es fruto de ese compromiso, y demuestra como en Granada, el concepto de colaboración por la Salud, la capacidad de ceder protagonismo para conseguir un objetivo común, se esta vertebrando para proyectar que el nombre de Granada y Salud sea reconocido como una apuesta innovadora de integración docente, asistencial, investigadora y empresarial.

Nuestro agradecimientos a ACTUALIDAD MÉDICA, Al Consorcio para la Conmemoración del primer Milenio de la Fundación del Reino de Granada, a los Autores de los distintos artículos de este número extraordinario, y a las instituciones a las que representan.

Javier de Teresa Galván

Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Granada.

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

ACTUALIDAD MÉDICA

www.actualidadmedica.es

... desde **1911**

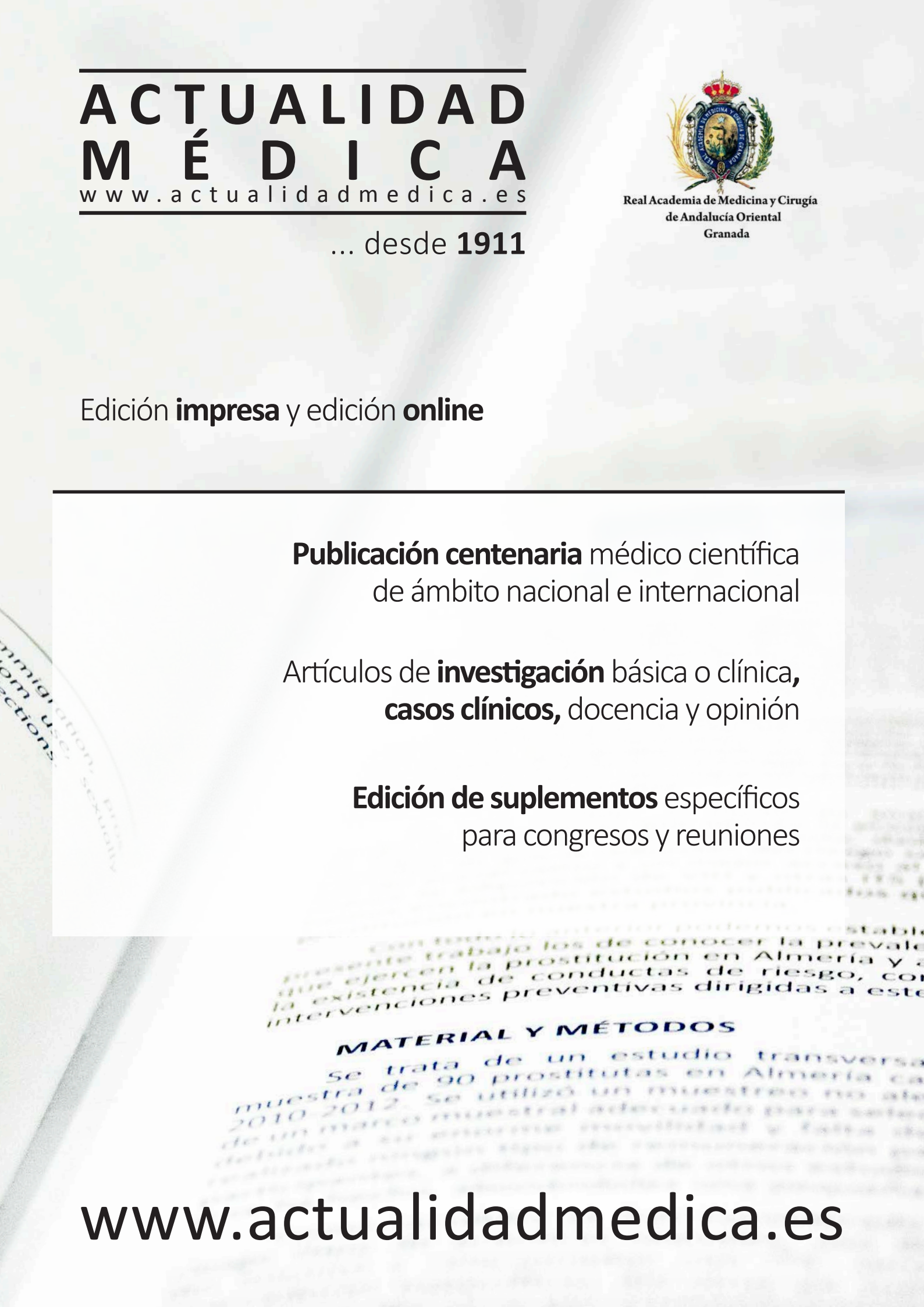
Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental
Granada

Edición **impresa** y edición **online**

Publicación centenaria médico científica de ámbito nacional e internacional

Artículos de **investigación** básica o clínica**, casos clínicos,** docencia y opinión

Edición de suplementos específicos para congresos y reuniones



www.actualidadmedica.es

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 7-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

La medicina y el milenio del reino de Granada. Las razones de una conmemoración

Medicine and millenium of the kingdom of Granada. Reasons for remembrance

Mª José Sánchez Rubio
Consejera de Igualdad, Salud y Asuntos Sociales
Presidenta del Consorcio para la Conmemoración del Primer Milenio del Reino de Granada

Resumen
En 2013 se conmemora el Primer Milenio de la Fundación del Reino de Granada, una entidad territorial que existe casi de una forma permanente aunque sus fronteras cambiaron sustancialmente desde el siglo XI hasta el siglo XIX. Ahora, mil años después, en este reino, al igual que en el resto de Andalucía, los estudios de ciencia en general y los de medicina en particular tienen una gran importancia. Granada y su reino dieron a luz a grandes nombres en el campo de la medicina, como Ibn Tufayl, Ibn al-Khatib and Ibn Khatima.

Palabras clave: Milenio, Reino de Granada, ciencia, medicina.

Abstract
In 2013 we commemorate the First Millennium of the Foundation of the Kingdom of Granada, a territorial entity which exists in a nearly permanent way, although its borders shifted substantially during the 11th to the 19th centuries. Now, one thousand years ago, in this kingdom, as in the rest of al-Andalus, science studies in general, and particularly those related to medicine were of great importance. Granada and its kingdom gave birth to great names in the medicine field, as Ibn Tufayl, Ibn al-Khatib and Ibn Khatima.

Keywords: Millennium, Kingdom of Granada, science, medicine.

Desde hace unos años, el Consorcio para la Conmemoración del Primer Milenio de la Fundación del Reino de Granada está organizando las actividades culturales que permiten recordar la historia del Reino de Granada, su legado patrimonial, cultural, artístico y científico, y fomentar los valores educativos, sociales y económicos que esta celebración plantea, y que genera a su alrededor una amplia participación ciudadana local, nacional e internacional. De este modo, el Consorcio del Milenio ha organizado exposiciones, festivales, rutas y encuentros gastronómicos, conciertos, concursos literarios o fotográficos, eventos deportivos, actividades educativas... siempre procurando llegar al máximo número de personas.

Mirar al pasado es en muchas ocasiones una acción que nos lleva a conocernos mejor, a saber de dónde venimos, cómo nos hemos conformado, cuál es la historia que constituye nuestro presente… Este ejercicio es especialmente rico en el caso de Granada. Si miramos atrás vemos un territorio abierto, un punto de encuentro de pueblos, de culturas y religiones. A lo largo de la historia en este Reino hoy milenario han vivido musulmanes, judíos y cristianos que nos han dejado un rico legado social, científico y cultural.

El Reino de Granada es una entidad que existe de forma casi permanente, aunque alterando sus límites sustancialmente, entre los siglos XI y XIX durante más de ochocientos años. Territorialmente, dependiendo del momento, se extendió por las provincias andaluzas de Granada, Málaga, Almería, Jaén, Córdoba, Cádiz e incluso alguna zona de Sevilla.

El primer Reino de Granada que se forma surge a principios del siglo XI. Este Reino, denominado Zirí (por la dinastía bereber norteafricana que lo gobierna), durará algo menos de un siglo, y será el antecesor inmediato del Reino Nazarí de Granada, aunque desde la desaparición del primero hasta la formación del segundo se sucedan cerca de 150 años. Bajo los Nazaríes, que gobernaron entre los siglos XIII y XV Granada y su Reino alcanzarán momentos de gran esplendor. Tras la toma de Granada, en 1492, el Reino de Granada pervivió dentro de sus límites geográficos hasta la división provincial de 1833 del motrileño Javier de Burgos.

Es de sobra conocido que hace mil años en este Reino, al igual que en todo al-Andalus, el estudio de la ciencia tuvo una gran importancia. Granada ocupó un lugar privilegiado en el intercambio científico y cultural entre los reinos cristianos fronterizos, el norte de África y los países islámicos orientales. Hay que destacar los contactos que se producen con el Magreb, donde se está originando un importante desarrollo cultural y científico potenciado por las figuras que allí se refugian ante el avance cristiano.

Dada la importancia de la medicina que generó el Reino de Granada entre los siglos XI y XV, no podemos dejar de rememorarla. en este milenario. Porque el legado de este Reino no sólo es el patrimonio maravilloso y tangible del que somos herederos y que podemos ver y disfrutar diariamente, como es el caso de la Alhambra y tantos otros monumentos que jalonan todas sus provincias, sino que también es el legado científico: la astronomía, las matemáticas, botánica, física, agronomía, mecánica, farmacología, la

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 8-48

medicina... Aún son numerosísimos los descubrimientos andalusíes que siguen estando vigentes, o que han supuesto el punto de partida para las investigaciones médicas de las que Granada hoy día es pionera.

Tal vez una de las características que diferencien la ciencia de hace mil años y la actual sea el carácter enciclopédico de la ciencia andalusí, frente a la gran especialización que caracteriza a los científicos actuales.

Dentro del conjunto de las ciencias, la Medicina fue la más cultivada en el período nazarí, ligada a la botánica y a la farmacología; los reyes nazaríes promovían su estudio y acogían y protegían en su corte a médicos procedentes de otras regiones de la península y del otro lado del Estrecho.

Los médicos de aquel momento recibieron conocimientos procedentes de la cultura clásica greco-helenística, mesopotámica, persa, egipcia, hindú e incluso de China. Realizaron la traducción de algunas obras fundamentales para la cultura occidental y escribieron tratados médicos que sentaron precedente durante toda la Edad Media. Esta labor de recopilación se trasmitió a Europa latina a través de las traducciones realizadas del árabe al latín, al hebreo y a las lenguas romances, proporcionando un extraordinario material a los médicos renacentistas.

Ahora que conmemoramos el milenario de este Reino es importante poner en valor avances que vienen de aquella época, como las medidas preventivas contra la peste negra, desarrolladas por Ibn al-Jaṭīb e Ibn Jātima, con las que se adelantan a sus colegas de la Europa cristiana y con las que consiguieron que en Granada esta enfermedad tuviera menos incidencia que en otros reinos.

Entre las instituciones que hicieron de Granada el núcleo de la Ciencia destaca la Madraza, o Casa de la Ciencia, inaugurada en 1349 por el rey nazarí Yusuf I, fue la primera universidad con la que contó Granada, en España. Aquí se impartía Medicina, entre otras disciplinas, como Derecho, Teología o Matemáticas siguiendo a la Escuela Filosófica Andalusí.

Otro soberano nazarí, Muḥammad V, fundó del prijmer Maristán u Hospital de Al-Andalus, destinado a acoger a enfermos pobres, que constaba de salas para pacientes de diferentes sexos, consultas externas y espacios para médicos aprendices. A finales del siglo XV se dedicó casi en exclusiva a la atención a pacientes mentales, donde eran tratados con respeto, aunque se encerraba a los agresivos, pero no se les consideraba endemoniados.

Además, trataban el tracoma, operaban cataratas y estaban muy adelantados en campos como la prevención o la cirugía, de los que señalaremos dos nombres, que ocuparon cargos públicos en la Corte:

Ibn Tufayl, nacido en Guadix a principios del siglo XII, médico de la corte almohade, cuyas obras muestran un interés especial en el campo de la cirugía.

Lisan al-Din Ibn al-Jaṭīb (1313-1374), nacido en Loja. Además de literato e historiador también destacó como médico. Escribió un tratado sobre patología general y un completo tratado sobre prevención de la enfermedad.

Tras la conquista de Granada, se inició la construcción del Hospital Real, inaugurado en 1525, que, aunque en principio iba destinado a atender la sífilis, acogió a los enfermos mentales al cierre del Maristán.

La medicina fue, entonces, una de las moradas para la racionalidad. Por eso, es un buen lugar desde el que conmemorar nuestro pasado y reflexionar sobre él. Porque Granada ha sido y sigue siendo una ciudad referente en salud. Y estas bases se reflejan en nuestro presente, pero sobre todo han de servirnos para proyectarnos hacia el futuro.

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

El maristan de Granada y la medicina del reino Nazarí

The maristan of Granada and the medicine of the Nazari kingdom

Fernando Mª. Girón Irueste
Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental

Resumen
En la Granada nazarí existió un hospital construido a mediados del siglo XIV y que llegó a cumplir sus funciones durante casi un siglo y medio. Por ahora, es el único hospital islámico conocido en España. Su edificio se encuentra hoy casi totalmente derruido. Ignoramos que pacientes atendía, pero en 1495, tras la conquista de Granada por los Reyes Católicos, solo tenía pacientes mentales. De ser esa su ocupación inicial, estaríamos ante el primer hospital para alienados de Europa.

Palabras clave: Granada nazarí, Hospital islámico, conquista de Granada.

Abstract
In the Granada nazarí there existed a hospital constructed in the middle of the 14th century and that managed to fulfill his functions for almost one century and a half. For the present, it is the only Islamic hospital known in Spain. His building is today almost totally ruined. We ignore that patient he was attending, but in 1495, after the conquest of Granada for the Kings Católicos, only it had mental patients. Of being this his initial occupation, we would be before the first hospital for mentally illness of Europa.

Keywords: Granada nazarí, Islamic hospital, conquest of Granada .

INTRODUCCIÓN

En el Reino nazarí de Granada (1238-1492) existió un hospital, en la propia ciudad de Granada, que comenzó su funcionamiento a mediados del siglo XIV y que llegó a cumplir sus funciones durante casi un siglo y medio. Erigido entre el año 1365 y 1367, tras la conquista de Granada, los Reyes Católicos destinarán el edificio a Casa de la Moneda, alrededor de 1495, poniendo fin a su existencia como centro asistencial. Más tarde, tras el cierre de la Casa de la Moneda, fue destinado a almacén de vinos, cuartel de milicias, corral de comedias y casa de vecinos. Ya en el siglo XIX, fue demolido parcialmente, completándose su destrucción en el XX. Hoy solo quedan unas pocas ruinas que apenas nos pueden dar idea de su antiguo esplendor. (1)

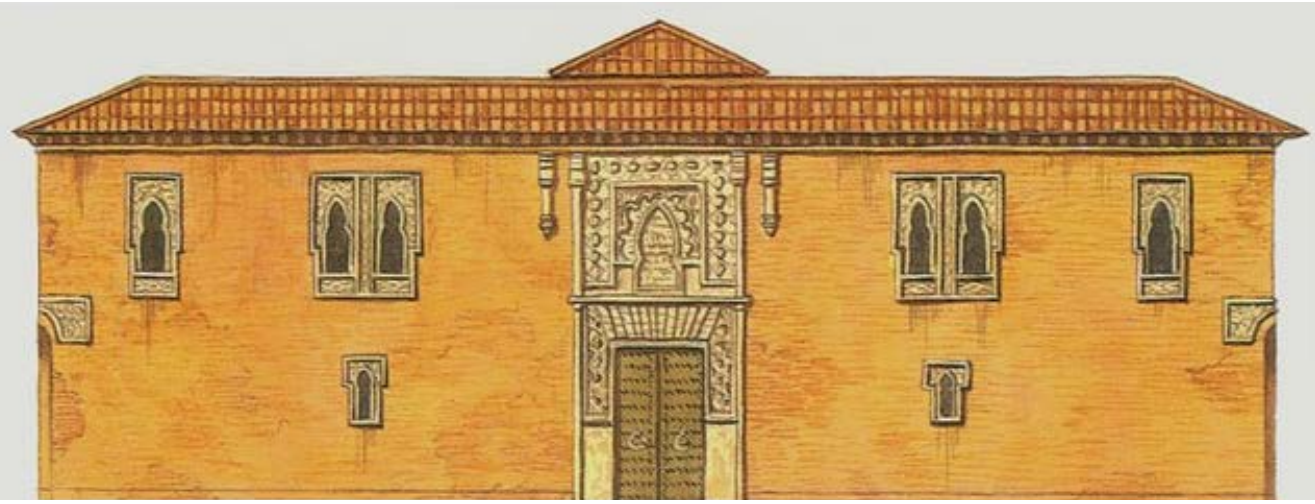


Figura 1. Reconstrucción ideal de la fachada norte del Mãristãn granadino.

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 10-48

Fue situado en la margen derecha del río Darro, muy cercano al Baño del Nogal, construido en el siglo XI, y que aun existe. Por encima, y próximo a la antigua fachada donde se abría la entrada del hospital, se encuentra el convento de la Concepción Francisca, desde donde se puede contemplar la magnitud de sus restos. Tenía un gran patio central, con una alberca, al que se abrían cuatro galerías en el piso inferior y otras cuatro en el superior. Allí se situaban los enfermos. Nada sabemos sobre la presencia de médicos u otros cuidadores.

Sobre esta institución nos surgen varias preguntas. La primera, el porqué de ese nombre: *Māristān*. Es sabido que en el Oriente Islámico los centros de asistencia para enfermos reciben la denominación de *bīmāristān*, una palabra de origen persa que significa *lugar para enfermos*. Así, conocemos el *Bīmāristān Adudi*, de Bagdad, fundado en el siglo X por el emir Adud al-Dawla, promotor de unas importantes construcciones en todo el territorio. Sobre este Hospital pesa una curiosa leyenda. Designado para dirigirlo un conocido sabio, Muḥammad Ibn Zakarīyā` al-Rāzī, el Razes de los latinos, colocó cuatro tozos de carne, en otros tantos puntos de la ciudad y decidió ubicarlo en aquel lugar donde la carne tardó más tiempo en corromperse, lo que indicaba una situación supuestamente más salutífera.

Otro centro importante fue el Bīmāristān Nūrī, ya en el siglo XII, erigido en Damasco por el dirigente islámico Nūr al-Dīn Ibn Zanki, según se dice, utilizando para ello el cuantioso rescate obtenido tras la liberación de unos prisioneros cristianos. De él conocemos su disposición, a base de un patio central con una alberca, y cuatro patios alrededor, más pequeños, a los que se abrían sendas galerías en las que estaban situadas las camas de los enfermos.

Figura 2. Surtidor de la alberca del Maristan situado actualmente en el Museo de La Alhambra.

Por último, me referiré al más conocido hospital del Islám, que es citado por múltiples viajeros, entre ellos el judío español Benjamín de Tudela. Se trata del *Bīmāristān Mansūrī*, de El Cairo, levantado en el siglo XIII por el sultán mameluco Mansūr Qalawn. Se afirma que podía albergar hasta 8. 000 pacientes, hombres y mujeres, y que estaban ubicados en distintas salas, según la enfermedad que padecían. Disponía de una enorme biblioteca, tanto para uso del personal médico, libros de medicina, como de los enfermos, suponemos que obras distintas.

Pues bien, al hospital granadino se le conoce como *Māristān*, sin la partícula *bī*, y que sepamos no ha sido nunca denominado como Māristān Nasr*ī*, en honor a su fundador Muḥammad V Ibn Nasr.

Solo unos años después de tomar Granada los Reyes Católicos, el médico Jerónimo Münzer visita la Ciudad y señala que el Centro estaba destinado a pacientes psiquiátricos.

¿Fue por tanto un espacio planificado exclusivamente para dichos enfermos? En el mundo islámico el alienado goza de un notable estatuto de respeto, por lo que bien pudo destinársele tan notable función. Pero un dato a considerar es que en la lápida fundacional, hoy conservada en el Museo de la Alhambra, no se indica para qué tipo de pacientes estaba destinado. Tan sólo se lee que: "*ordenó construir este Māristān como prueba de gran compasión para los enfermos musulmanes pobres*". Pienso que bien pudo el Hospital comenzar su actuación atendiendo a enfermos generales, para más tarde, y dado que este tipo de pacientes precisan ser alejados de su entorno y confinados en un lugar donde no puedan hacer daño, acabara atendiendo solo a alienados. La distribución en pequeñas celdas que tuvo el Hospital, al menos la que pervivió, habla también es este sentido, pues los pacientes generales solían estar en grandes salas, con un número elevado de camas en cada una de ellas.

El que fuera desde un principio un centro dedicado a dementes, en exclusiva, o en gran parte, por lo menos, no es una cuestión menor, ya que de ser así, estaríamos ante el primer hospital europeo dedicado a ello, pues los que hasta ahora tienen ese privilegio, el Bethlem Hospital de Londres y la Casa del Padre Jofré de Valencia, se construyen unas décadas más tarde

El tercer punto de reflexión podría ser que fue el único hospital islámico que existió en al-Andalus.¿Es que no se edificaron otros en Córdoba, Sevilla, Zaragoza, o en la misma Granada, algunos años antes, como hemos visto sucede en Bagdad, Damasco o El Cairo? Parece ser que no. Y tal cosa se certifica en otra parte del texto de la citada lápida fundacional donde se lee: *por esta construcción ha realizado el sultán una buena obra, hasta el momento sin precedentes desde la introducción del Islam en nuestro país…* Tampoco resulta sencillo explicar el por qué, pero parece que fue así, en efecto.

Es cierto que sobre la ciudad de Córdoba se viene afirmando que hubo varios hospitales, pero la ausencia de restos arqueológicos no lo confirma. Por otra parte, Lucien Leclerc aseguraba en su escrito que había habido un hospital en Algeciras, al menos en el siglo XIII (2). Y esto ha sido recogido en algunos manuales posteriores sobre la Medicina Árabe. En realidad no fue así. El error procede de que en la biografía de un médico de ese tiempo, se dice que dirigía un hospital allí situado. El texto parece que no se refiere a Algeciras sino a Marrakech, donde si está acuñada la presencia de un hospital. Hace ya algún tiempo que escribí sobre ello, indicando que se trataba solo de una traducción mal realizada, y que no parece que existiera. Como en el caso de Córdoba, no hay tampoco ningún resto arqueológico que lo sustente (3).

La medicina practicada en el Reino Nazarí, y aunque en ese tiempo, siglo XIV, está establecida en Europa la llamada "Medicina Escolástica", creo que ésta penetra en el Reino de una forma bastante limitada, y posiblemente restringida a la figura de Muḥammad al-Safra, y quizá algún otro, que como él recibieron enseñanzas médicas en algún lugar de la zona cristiana. Me ocuparé de este cirujano más adelante. De todos modos, no hay excesivas diferencias entre la Medicina Escolástica y la Medicina Árabe que creemos debió practicarse en la Granada Nazarí. Tanto una, como otra, proceden de la medicina greco-helenística, que estaba basada en las obras de Hipócrates, Galeno, Dioscórides y Sorano de Éfeso, fundamentalmente, y que fue adicionada con los escritos de autores bizantinos, como Oribasio, Aecio de Amida o Pablo de Egina. Las obras de todos estos autores fueron tradu-

cidas al árabe en Bagdad, Basora, Alejandría o Gundisapur, y ya en el siglo X se había difundido por el mundo islámico. Comenzará entonces una febril actividad por parte de los sabios, que sintetizan, adicionan y depuran los escritos, dando lugar a una serie de pilares sobre los que se asienta la medicina que pervivirá en la Granada nazarí hasta el siglo XV. Y me refiero a Ḥunayn Ibn Isḥāq, Razes, Avicena y Haly Abbas, entre los orientales y Abulcasis, Avenzoar y Averroes, ente los andalusíes.

Quiero señalar que tuvo una cierta ventaja para los granadinos, y es que la "Medicina Escolástica" precisará que estas obras cumbres fuesen traducidas del árabe al latín, como requisito indispensable para servir de textos básicos, mientras que a los médicos granadinos esto les era completamente superfluo, pues les bastaba con leerlo en árabe. Aunque en detrimento suyo sabemos que seguramente no conocieron la elaboración posterior realizada en las universidades europeas de los siglos XII al XIV.

Esta medicina mantiene de forma inconmovible las mismas bases sobre las que fue cimentada en el siglo V a. C: la doctrina humoral. En efecto, y muy sucintamente, estaban la "cosas naturales" que era los cuatro humores, sangre, que representa al elemento aire, caliente y húmedo, bilis amarilla, caliente y seco, como el fuego; flema, fría y húmeda como el agua y bilis negra, fría y seca, al igual que la tierra. Sobre esto se establecen las constituciones: equilibrada, sanguínea, biliar amarilla, flemática y de bilis negra, en las que en las cuatro últimas predomina el humor de su nombre. Existen un calor y una humedad naturales, con los que se nace, que se acrecientan con los alimentos y que van disminuyendo con la edad, hasta desaparecer con la muerte.

Los distintos órganos realizan sus funciones gracias a las fuerzas que le son propias, atractiva o retentiva, etc. y se rigen por medio de los espíritus o *pneumas*, como el psíquico, que marcha por los nervios, que están huecos. La sangre se origina en el hígado, a partir de los alimentos que han sufrido la primera digestión en el estómago. No circula, solo se mueve por las venas y arterias de forma centrífuga, acabando en los huesos, músculos y órganos para darles nutrimento. Los pulmones aportan aire al ventrículo izquierdo, y allí se junta y vivifica la sangre que ha llegado por medio de las venas y que llena el ventrículo derecho. Y es que el corazón galénico tiene una peculiaridad y es la presencia de una comunicación interventricular, por medio de unos finos agujeros, que permiten la mezcla de sangre y aire en el ventrículo izquierdo, antes de ser repartida por el organismo.

La Patología descansa sobre las enfermedades que ocurren por corrupción o sobreabundancia de uno o varios humores; por alteración de los órganos, bien sea en su número o su ubicación; o por solución de continuidad, caso de una fractura. Empíricamente, a las enfermedades se les adjudicaba un grado de calor o frialdad, y sequedad o humedad. A esto había que añadir la predisposición a padecerlas dependiendo de dos factores: la constitución del paciente y la estación del año. Así, un paciente de constitución sanguínea, caliente y húmeda, durante la primavera, considerada también caliente y húmeda, era propenso a contraer una fiebre, en la que la cualidad dominante era el calor.

Teniendo esto en cuenta, la prevención, contenida en los tratados de "conservación de la salud" tenía como máxima compensar las debilidades del paciente mediante las llamadas "seis cosas necesarias": aire y ambiente, comida y bebida, sueño y vigilia, ejercicio y descanso, excreciones y retenciones y movimientos del ánimo. Eso significaba que el paciente del ejemplo anterior, bilioso amarillo, durante la primavera, debiese que habitar en un clima suave, con la puerta orientada hacia el Norte; dormiría mucho, pues el sueño enfría el cuerpo; haría poco ejercicio pues este calienta y diariamente acudiría a los baños, pues el agua comunica frialdad, pero tampoco de forma excesiva, pues entonces la humedad del agua aumentaría su mayor humedad propia.

En cuanto a la terapéutica, hay que indicar que, básicamente, ésta descansaba sobre la práctica de la sangría, puesto que la evacuación sanguínea acarreaba la salida del humor corrupto o desbordado. Como complemento, se usaban, por un lado, las cosas necesarias empleadas en la prevención, redoblando los cuidados y haciendo hincapié en ellos. Por otro, los alimentos medicamentos, considerados grado uno de calor o frialdad, humedad o o sequedad, y que causan la menor alteración en el organismo. A esto siguen los medicamentos vegetales, con grados dos y tres, que ya causan una mayor alteración y que hay que manejarlos con cuidado. Por último, con grado cuatro y produciendo una gran alteración en el organismo, estaban los minerales, la mayoría de ellos considerados venenos y por tanto usados con mucha prevención. Resultaba, por tanto, sencillo, el enfrentar una enfermedad con un grado de calor o sequedad determinado, con un medicamento simple, o bien con varios medicamentos, caso de los compuestos, con las características opuestas, pero siempre en el mismo grado.

La cirugía, caso de ser precisa, era el último y nada deseado recurso, y solo se empleaba cuando no habían surtido efecto las medidas dietéticas y farmacológicas empleadas hasta el momento. La presencia de, por ejemplo, una catarata, exigía su depresión, pero solo se hacía si habían fracasado las medidas anteriores. Hay que decir aquí que la cirugía no estaba en manos de los médicos, sino de los artesanos quirúrgicos, que desempeñaban su labor generalmente en los mercados, y que carecían de los conocimientos adecuados, puesto que su formación dejaba mucho que desear. Contra esto se rebelará Abulcasis, y en su libro intentará que, o bien aquellos reciban una buena formación, o sean los médicos los que practiquen las intervenciones.

En cuanto al tratamiento de alienados, prácticamente no existe. Se les recluye y eso tiene que ser suficiente. A los que se entiende que no van a causar problemas, la única posibilidad es mantenerlos en un lugar tranquilo, con pocos estímulos que les irriten. En algunos hospitales del Oriente musulmán se describe el uso de la música con fines terapéuticos. No nos consta que esto se hiciese en el *Māristān*. Los pacientes más peligrosos se recluían en pequeñas celdas, para controlarles mejor, y se les mantenía sujetos a la pared con cadenas, para evitar que pudiesen hacer daño a sus cuidadores o al resto de los pacientes.

En el Reino de Granada destacarán una serie de figuras importantes, que muy probablemente constituyen y representan el último bastión de la Medicina Árabe. La más temprana de todas ellas, muere a mediados el siglo XIII, es el malagueño Ibn al-Bayṭār. Sin duda poseyó una buena formación en farmacología, su principal campo de actuación, pues dedica una de sus obras a comentar *La Materia Médica* de Dioscórides. Y tiene varios escritos sobre plantas medicinales; el más importante es el *Libro que recopila los alimentos y medicamentos simples*. En él multiplica por tres el número de medicamentos ofrecidos por Dioscórides, producto de sus lecturas de autores andalusíes, especialmente interesados en el tema, como sucede con el toledano Ibn Wāfid, del siglo XI, o del nacido en Denia Abū Salt Umayya, que vive en el XII. Pero también incluye sus propias experiencias herborizando por lo que queda de al-Andalus y por el Norte de África. En los tiempos finales del Reino sabemos de la existencia de otro autor, al-Arbulī, quizás de menor entidad, que debió nacer en Arboleas (Almería) y que fue autor de un *Tratado sobre los alimentos*. Este resulta poco original, pues se basa mayoritariamente en una obra de igual nombre del sevillano Avenzoar.

Sobre lo que podríamos calificar Medicina Interna, destacan la figuras de Ibn al-Jaṭīb e Ibn al-Saqūrī, de Loja y Segura de la Sierra, Jaén, respectivamente. Ellos tienen, entre otros, sendos libros sobre las distintas enfermedades, ordenadas de la cabeza a los pies. La del primero se titula *Libro de la práctica de la medicina para el que lo desee*, escrito que su propio autor versificará para que resulte más fácil su aprendizaje por los alumnos, a modo de los grandes maestros: recordemos el *Poema de la medicina* de Avicena. De al- Saqūrī procede el *Tratado de medicina del cuerpo humano de la cabeza al pie*. Y tiene también una obra de titulo delicioso: *Libro del regalo del que busca y reposo del que medita*. Ambos son autores de un escrito sobre la peste negra de 1349. Sobre el mismo tema escribe igualmente Ibn Jātima, de Almería.

Por su parte, Ibn al-Jaṭīb compuso un tratado de higiene privada, titulado *Libro de la conservación de la salud en las diversas estaciones.* Es sin duda una de las obras más completas sobre el tema preventivo en el mundo medieval hispánico, superando, con mucho, al *Libro de la conservación de la salud* de Pedro Hispano, al *Libro de régimen de salud para los reyes de Aragón* de Arnau

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 12-48

de Villanova y también a la *Sevillana Medicina* de Juan de Aviñón. En su primera parte revisa los conceptos teóricos ya acuñados en la medicina galénica, y en la segunda, más original, relaciona cada una de las constituciones, cinco en total, con cada una de las seis cosas necesarias y con las características de las cuatro estaciones del año.

En el campo de la Cirugía encontramos del mismo modo una figura verdaderamente importante. Se trata de Muḥammad al-Safra, quién, nacido en Crevillente, marcha a Valencia, que ya está en poder de los cristianos, donde aprende cirugía, guiado por un tal maese Bernando y sobre el texto de Abulcasis. Ejerce de cirujano militar y está en el sitio de Algeciras en 1342, y tomada la ciudad por Alfonso XI, pasa al Norte de África. Volverá a morir a Granada. Su única obra, que conozcamos, se titula *Indagación y ratificación sobre el tratamiento de heridas y tumores*. La primera parte es solo una recopilación de las teorías galénicas sobre las distintas clases de tumores, pero la segunda es mucho más original, pues recoge sus propias experiencias como cirujano.

Lamentablemente ninguna de las obras referidas de los autores granadinos fue conocida en Occidente o, por lo menos, no fueron traducidas al latín, ni al hebreo, por lo que creo que su influencia en la medicina de la época debió ser escasa, si hacemos excepción del propio reino de Granada, y la zona de África del Norte. (4)

REFERENCIAS

1. García Granados J. A. Girón Irueste F. Salvatierra Cuenca V *El Maristan de Granada, un hospital islámico* Granada, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1989.

2. Leclerc L *Histoire de la médecine arabe Paris,* Ernest Leroux, 1876.

3. Girón Irueste Fernando Nota sobre un supuesto hospital árabe en Algeciras, *Llull. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas* 2, 1978, 113-115.

4. Girón Irueste Fernando *Occidente islámico medieval* Fascículos sobre Historia de la Medicina, Torrejón de Ardoz, Madrid, Akal, 1994.

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

La peste de Granada en el concepto de Ibn al-Jaṭīb

Black death in Granada on the concept of Ibn al-Jaṭīb

Gonzalo Piédrola Angulo
Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental

Resumen
Tras un estudio de la historia conocida de la peste hasta el siglo XIV, se explica la concepción del contagio entre personas que recoge la obra de Ibn al-Jaṭīb, frente a las teorías miasmaticas o de castigo divino, que defendían otros utores de la época.

Palabras clave: Peste, siglo XIV, contagio.

Abstract
Following a review of the known history of "black death" in the fourteenth century, is understood the concept of contagion between people than collected the work of Ibn al-Jaṭīb, against miasmatic theories or divine punishment defended by other authors of this age.

Keywords: Black death, fourteenth century, contagion.

La peste bubónica, también conocida como peste negra o muerte negra, asoló Europa durante los años 1348 y 1349. Esta terrible enfermedad fue ya descrita en Grecia el siglo III antes de Cristo, como fiebre, delirio y aparición de bubones (grandes ganglios), así como en Siria y Asia Menor. Para algunos autores, la referencia más antigua de la enfermedad se encuentra en la Biblia (Samuel, 5.6 y 6.6), cuando los filisteos robaron el Arca sagrada: "La mano de Yahveh cayó pesadamente sobre los asdodeos y los llenó de terror hiriéndoles con tumores" y "Haced imágenes de vuestros tumores y de las ratas que devastan el país...".

Después de Jesucristo, las grandes epidemias de peste comienzan con la llamada "peste de Justiniano", que hacia el año 531 transformó ciudades en desiertos y amontonó en fosas comunes miles de cadáveres. Vuelven a aparecer epidemias en los siglos siguientes, especialmente en las guerras y durante las cruzadas. Es en el siglo XIV cuando se habla de "peste negra", que desde China e India pasó a Europa en 1347, persistiendo ocho años y matando en Europa a 25 de los 104 millones que la habitaban, donde hubo ciudades en las que sólo quedó el 10% de la población (1). La llegada a Europa parece que fue con los barcos que viajaban desde Asia, apareciendo primero en Italia, en ciudades como Siena y Génova (2).

La idea de una cuarentena se empezó a aplicar en 1348, en plena epidemia de peste negra, al observarse en Venecia que llegaba por el mar; al principio su duración fue de treinta días (trentina), para convertirse más tarde en la *Quarentina*, cifra atribuible para unos a los ayunos que Moisés y Jesús hicieron en el desierto, para otros por la duración del llamado período crítico de Hipócrates, y también por ser el período legal en el que las viudas no podían ser molestadas en el domicilio del difunto bajo ningún pretexto.

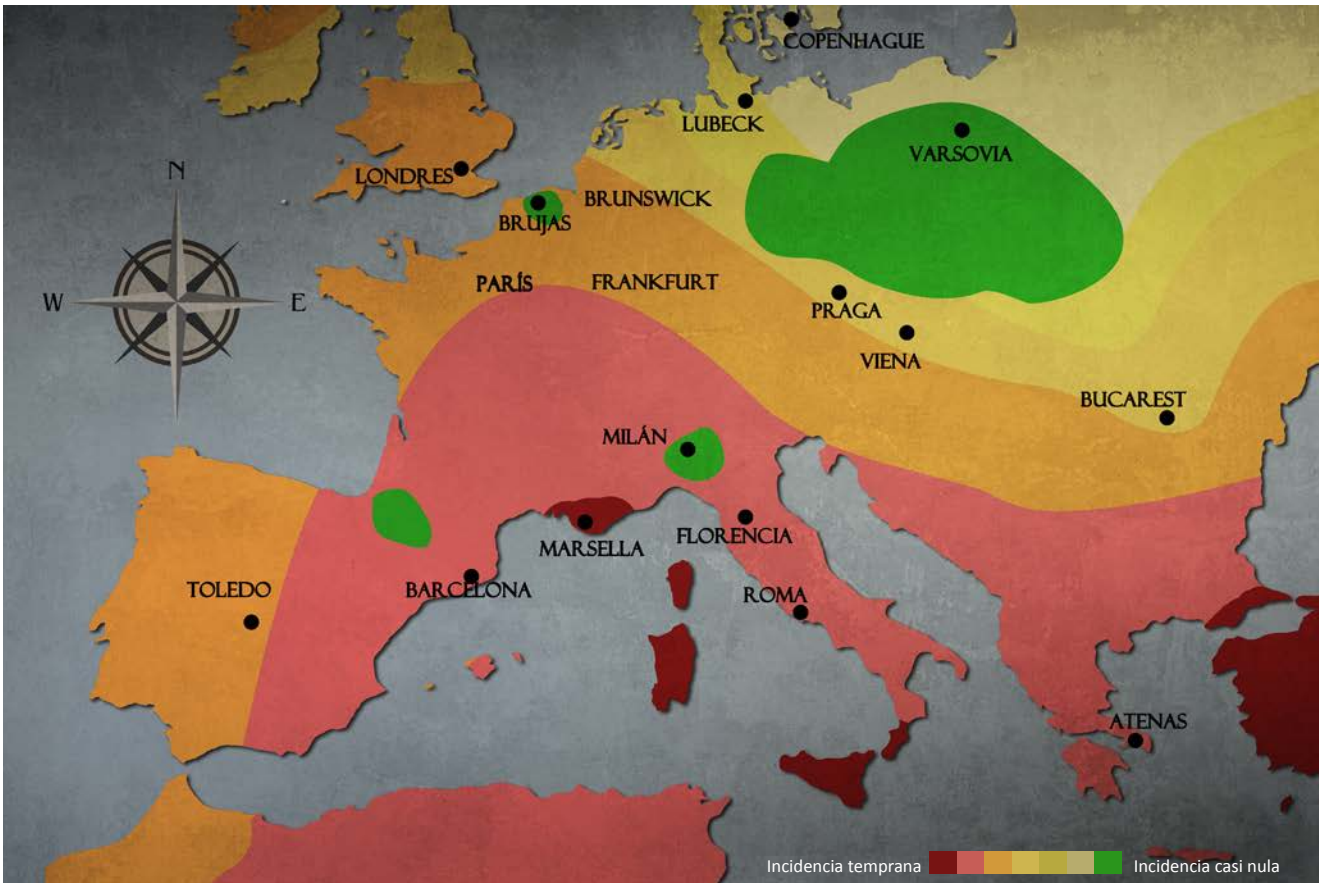
La bacteria que produce la peste es *Yersinia pestis* (antes conocida como *Pasteurella pestis*), que describió Yersin por primera vez, como un cocobacilo en una epidemia de peste en Hong-Kong en 1894. Desde un punto de vista epidemiológico, Simond demostró con pulgas sanas e infectadas, cómo el paso de la enfermedad se producía desde los roedores al hombre por medio de dichos insectos. Agata, inoculando ratas con pulgas machacadas confirmó el papel de éstas. Bacot y Martin describieron el mecanismo de bloqueo del estómago en las pulgas, que ahora citaremos, y la Comisión inglesa formada por Liston, Lamb, Rowland y Petri aclaró totalmente la cadena epidemiológica de la peste.

La pulga de la rata (*Xenopsylla cheopis*), que se ha alimentado de sangre de una rata pestosa o un individuo enfermo de peste, permite que el bacilo de Yersin se multiplique rápidamente en los residuos digestivos que se encuentran en el proventrículo (un a modo de estómago) de la pulga, creando un tapón serobacteriano que obstruye la comunicación de aquél con el intestino medio; en la comida siguiente, la pulga hace esfuerzos violentos de aspiración para forzar esta dificultad y, fatigada, relaja momentáneamente su diafragma, con lo que la sangre fresca del nuevo picado, que ha penetrado hasta el proventrículo, en contacto con el tapón bacteriano, es regurgitada a través de la trompa, y llena de bacilos pestosos la microherida hecha sobre la nueva víctima. Como no pasa el alimento al intestino, la pulga infectada tiene hambre, y atacará a más roedores o personas, hasta su muerte. Se calcula que la sangre del animal o humano con peste contiene unos cien mil bacilos por mililitro, que en una picadura penetran unas 50.000 yersinias, y que tras su reproducción en el proventrículo del insecto, pueden incrementarse a centenares de miles o millones de bacterias.

La transmisión de la peste también puede realizarse de forma interhumana, por picadura de la pulga del hombre (*Pulex irritans*), a través del mismo mecanismo de bloqueo del proventrículo, o lo que es más grave y era mortal en todos los casos, por vía aérea de enfermo de neumonía pestosa a sano. Y es que hay tres formas clínicas de peste: la bubónica (con aparición de bubones en las ingles –lo más frecuente-, axilas o cuello), el carbunco

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 14-48



pestoso (lesión de necrosis en el punto de la picadura de la pulga), y la más grave de todas, la peste pulmonar, primitiva o secundaria a la forma bubónica. Hoy, con el control de los roedores, el tratamiento con tetraciclinas y la vacuna, ha desaparecido casi por completo esta terrible enfermedad pestilencial, que afectó a los hombres durante siglos.

Si se hace esta introducción a la aportación de Ibn al-Jaṭīb al tema de la peste, es para mejor entender sus ideas, que por otra parte eran las circulantes durante esa época. Porque la causa de las enfermedades pestilenciales ha sido una preocupación constante a lo largo de la historia. Alcmeón de Crotona, en el siglo VI antes de Cristo, ya mencionaba vapores envenenados, "miasmas" o mofetas que flotando en el aire alrededor de los enfermos causaban ciertas enfermedades (1). E Hipócrates (460-377 a. de C.) en su famoso tratado *De aires, aguas y lugares,* lleva la concepción del enfermar por culpa de los dioses, a aspectos más terrenales de las causas de los procesos infecciosos. Aunque siempre se ha conservado un cierto sentir de la enfermedad como un castigo de Dios, hecho que se hizo mucho más palpable en las gravísimas epidemias de la Edad Media.

Tenemos que pensar que la existencia del concepto de contagio, no aparece hasta 1546, cuando Fracastoro, en Verona, habla de un *contagium animatum*; o sea agentes nocivos creados por la corrupción de humores y transmitidos de persona a persona por las partículas *seminarias*. Posteriormente en 1559, Atanasio Kircher observará la presencia de *pequeños gusanos* precisamente en la sangre de los enfermos de peste bubónica. Hasta que Anton van Leeuwenhoek no observara con su microscopio unos *animalículos*, y Pasteur y Koch crearan la teoría infecciosa de las enfermedades transmisibles, no se iba a conocer adecuadamente las causas de las mismas.

Lisān-al Dīn Ibn al-Jaṭīb (1313-1375) nació en Loja y hacia 1346 se encontraba en Granada, donde estaba al servicio de Yūsuf I, como secretario del visir Ali Ibn al-Ŷaŷŷab. Fue político, geógrafo, historiador, poeta, jurista y médico.

En octubre de 1347 surge la epidemia de peste en Mesina (Sicilia), y simultáneamente en Génova y Venecia, quizás para unos traída de Oriente por marineros y comerciantes, y para otros por ratas contaminadas en los barcos. En 1348 aparece la peste en Granada, pocas semanas después que en el resto del oeste europeo. No tenemos datos de la mortalidad en la ciudad, pero existen supuestos de que fueron unos 700, menos de los 1500 que fallecieron en Valencia (Ibn Jātima, citado en (2)). En enero de 1348 fallece de peste el visir Alī Ibn al-Ŷaŷŷab antes citado, siendo nombrado en este cargo Ibn al-Jaṭīb, cargo que ostentaría hasta la muerte de Yūsuf I, y continuando en él con Muḥammad V hasta 1539, en el que el rey es depuesto y nuestro protagonista es encarcelado.

Desde su puesto de visir, Ibn al-Jaṭīb debió ser un buen observador de la epidemia de peste y pudo estudiar sus características. Fruto de ello escribe, probablemente entre 1359 y 1362, durante su exilio en Marruecos, el *Kitāb muqni´at al- sā`il ´ani l-marad al-hā`il (Libro que satisface al que pregunta sobre la terrible enfermedad)*, obra que se encuentra en la biblioteca de El Escorial (Escorial ms. nº 1.785, fols. 39 a-48 b), *y* de la que hay una primera versión en alemán de M. J. Müller, realizada en 1863. En ella describe con gran rigor el desarrollo y propagación de la epidemia que le tocó vivir directamente. También recomienda a los habitantes de la ciudad no visitar a los enfermos afectos por la misma, ni usar en modo alguno ninguna de sus pertenencias, y de este modo evitar en lo posible que pudiesen contraer la enfermedad. Estos consejos también aparecen en otros tratados de la época sobre el mismo tema, como pueda ser el de Aḥmad ibn Alī Ibn Jātima, obra de la que ofrece una versión resumida Fidel Fernández Martínez en 1958, a partir de una versión alemana que había sido realizada por T. Dinanah en 1927. (3). Ibn Jātima era un médico y poeta almeriense que probablemente en 1349 describió como causa de la peste, basada en la ortodoxia islámica, que la enfermedad era una especie de martirio divino como castigo a los infieles. Aunque también ofrece ciertas nociones que podemos considerar como precursoras de la teoría del contagio. Muḥammad ibn Alī al-Saqūrī, médico granadino, fue un discípulo de Ibn al-Jaṭīb e insistió en el mismo sentido religioso, en su tratado *Tahqiq al-naba' 'an amr al-waba*, o guía del tratamiento de la peste.

Tenemos pues la presencia de dos teorías de la aparición de la enfermedad, la miasmática y la religiosa. La aportación de Ibn al-Jaṭīb es que la enfermedad se contagia de persona a persona, y que para evitarla hay que huir de los enfermos. Es pues una teoría de "contagio" (*al-adwa*), que contradice sobre todo las ideas religiosas ultraortodoxas de la época. Ello se comprende mejor en esta traducción libre de un párrafo de el *Kitāb muqni´at al-sā`il ´ani l-marad al-hā`il* (2):

"Cualquier persona que haya diagnosticado o tratado la enfermedad tiene claro que la mayoría de los individuos que han tenido contacto con una víctima de la plaga morirá, mientras que aquél que no ha estado expuesto permanecerá sano. Una prenda puede llevar la infección a una casa; incluso un pendiente (al-halak) puede ser fatal para la persona que lo lleve en su oreja. La enfermedad puede aparecer por primera vez en una única casa de una ciudad cualquiera, y luego extenderse de ese foco a otras personas vecinas, familiares, visitantes. La enfermedad puede estallar en una ciudad costera que había estado "liberada" de la enfermedad hasta que una víctima de la plaga haya llegado allí, viniendo por el mar de una ciudad donde la plaga haya arrasado. La fecha en que la plaga aparece en una ciudad coincide con (es decir, ocurre unos pocos días después) el desembarco del portador.

Mucha gente permaneció sana manteniéndose aislada del mundo exterior, por ejemplo el devoto Ibn Abī-Madyan en Salé. Él creía en el contagio; por eso, él reunió provisiones y enladrilló su casa, aislando a su gran familia. Su ciudad fue duramente "golpeada", pero nadie de su familia enfermó. Hay muchos informes de comunidades alejadas de grandes caminos y del comercio, que permanecieron indemnes. También existe el notable caso de los prisioneros en el Arsenal de Sevilla, que no se vieron infectados pese a que la ciudad en sí fue duramente afectada. Otros datos nos cuentan que los nómadas itinerantes que viven en tiendas de campaña en el norte de África, han permanecido sanos porque el aire no es cerrado, y su corrupción es sólo infecciosa a medias".

Como se puede observar, Ibn al-Jaṭīb describe la transmisión persona a persona, y también en su obra se aprecian las medidas de prevención, siguiendo dicho criterio, y lo prueba, según "la experiencia, investigación, perspicacia, observación personal e informes seguros". Este concepto es considerado por algunos autores como una cierta refutación del escrito de Aḥmad ibn Alī Ibn Jātima. Para otros, el tema habría que observarlo solamente desde un punto de vista fundamentalista, por lo que su teoría sería un anatema religioso. Esto posiblemente pudo llevar a que se le considerara como un hereje. Por ello, cuando en 1375 es detenido en Granada, y su muerte se produce en circunstancias extrañas, estrangulado en la prisión, se piensa que fuera por los cargos de herejía, más que por los delitos realizados en su labor política.

De una forma u otra, pienso que la aportación de todo tipo que realiza Lisān-al Dīn Ibn al-Jaṭīb, nos lleve a considerarle como una personalidad excepcional en la Granada del siglo XIV.

REFERENCIAS

1. Piédrola Gil G. "Higiene y Medicina Preventiva y Social". Ed. Amaro. 1966. 649-670.

2. Ober WB., Alloush N.: "The Plague at Granada, 1348-1349: Ibn Al-Khatib and ideas of contagion". Bull N.Y. Acad. Med. 1982. 58,4, 418-424.

3. Girón F.: Comunicación personal

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 16-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

La enseñanza de la medicina. De la Madraza a la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada

The teaching of medicine. From Madraza to the Faculty of Medicine, University of Granada

Indalecio Sánchez-Montesinos García
Decano de la Facultad de Medicina de Granada

Resumen
La enseñanza de la Medicina discurre con el paso de la historia, se adapta a los nuevos tiempos, a los nuevos avances tecnológicos, pero debe mantener su esencia: la técnica y el arte, la ciencia y el humanismo, la razón social y la ética.

Palabras clave: Enseñanza, medicina, nuevos tiempos, avances tecnológicos, ética.

Abstract
Teaching Medicine runs over history, adapting to changing times, new technological advances, but it must keep its essence: technique and art, science and humanism, social reason and ethics.

Keywords: Teaching Medicine, changing times, technological advances, ethics.

INTRODUCCIÓN

Hace ya mucho tiempo, tanto que obliga a recordarlo, la medicina se hace presente como un elemento más de la vida y así comienza su historia, como siempre sin que parezca serlo.

Desde los orígenes de la humanidad, la medicina, de una u otra forma, está presente, consustancial al hombre que ha padecido la enfermedad desde su propia existencia. Dice D. Pedro Laín Entralgo que cuatro han sido los modos de ayudar "médicamente" al enfermo: 1.- El *espontáneo*, el que surge por instinto, como el que ejerce la madre con el niño. 2.- El *empírico*, como práctica habitual porque su uso ha dado un resultado favorable. 3.- El *mágico*, utilizando remedios como pócimas y ritos procedentes del más allá. 4.- El *técnico*, en el que confluyen los conocimientos, la destreza, la tecnología y el raciocinio.

LA MEDICINA HACIA LA MADRAZA

Desde estos primeros momentos de la humanidad la evolución a lo largo de la historia se desarrolla en las diversas culturas, como la asirio-babilónica, la egipcia, la china, la india alcanzando una etapa clave en la cultura griega. La medicina griega se asientan en dos principios básicos: "*physis*" (nacer) y "*tekhne*" (arte), de forma análoga a la romana: "*natura*" (naturaleza) y "*ars*" (arreglar). De ahí que se pueda decir que la medicina se basa en el arte de curar para que el ser humano recobre el equilibrio natural. En la Edad Media hay que asomarse a la medicina árabe pues la expansión tras la muerte de Mahoma (632) afecta de lleno a la Península Ibérica y especialmente a Andalucía y a Granada. Un aspecto interesante es su organización de la enseñanza de la medicina basada en los métodos, los recursos y las instituciones. El estudio se centra en el conocimiento de los tratados y en la práctica clínica con el enfermo. La institución educativa es la escuela (Madrasa) ubicada en la Mezquita o junto a ella, que fue adquiriendo relevancia hasta convertirse en la "academia" o "casa de la ciencia" con bibliotecas y relación funcional con hospitales. Finalmente, la medicina europea conlleva a una tecnificación de la medicina, la prevalencia del conocimiento y del método experimental, el desarrollo de la ciencia y del conocimiento científico, a la relevancia de la prevención, del humanismo, de la ética y de la relación y realidad social en la medicina. Así mismo, en la importancia de la formación con rigor y garantía con la creación de las Universidades.

DESDE LA MADRAZA A LA FACULTAD DE MEDICINA DE GRANADA

El título nos sitúa en la Madraza o "casa de la ciencia" como punto de partida. En Granada es el Palacio de la Madraza (figura 1), situado en la calle Oficios, 14, junto a la Capilla Real y a la Catedral de Granada, fundado en 1349 en tiempos de Yusuf I (1333-1354). En él se sitúa la Universidad de Granada en 1531 con la Bula fundacional del Papa Clemente VII hasta el siglo XVIII con los estudios de Leyes, Teología y Medicina. En 1532 comienzan los estudios de Medicina, siendo el primer Decano de la Facultad el profesor Gracián Mexía.

Tres hechos importantes en el desarrollo universitario de los estudios de Medicina en Granada ocurren a comienzos del siglo XVII: Por un lado, se crean tres Cátedras de Medicina: la Cátedra de Prima impartida por la mañana; la Cátedra de Víspera impartida por la tarde y la Cátedra de Cirugía. Por otro,

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Figura 1. Interior del Palacio de la Madraza de Granada

en 1606, se vinculan a los catedráticos de Medicina al Hospital Real y al Hospital de la Cárcel de la Chancillería. Y el tercero es la publicación en 1611 del primer Plan de Estudios. Otro hecho a destacar en este siglo XVII se produce el 28 de febrero de 1681, en relación a la identidad e imagen institucional de los estudios de Medicina, como es el acuerdo del Claustro para que sus doctores utilicen borlas y muceta amarilla, distintivo que se mantiene en la actualidad.

En el siglo XVIII la sede de la Universidad se traslada al Colegio de San Pablo, actual Facultad de Derecho. En 1776 se reforman los Estatutos de la Universidad de Granada, estableciéndose que la Facultad de Medicina debe tener un teatro anatómico, que se instala en el Hospital de San Juan de Dios en 1801, un laboratorio Químico-Farmacéutico y un Jardín Botánico que se construye en los jardines del citado edificio del Colegio San Pablo.

En 1857, la Facultad de Medicina se traslada a un edificio anejo al Hospital de San Juan de Dios (fundado por Antón Martín, sucesor de San Juan de Dios), como consecuencia de la promulgación de la ley reguladora de la enseñanza, conocida como ley de D. Claudio Moyano, permaneciendo aquí hasta 1944, año en el que se produce su traslado a un nuevo edificio unido al Hospital Clínico San Cecilio en la Avda. de Madrid. El traslado se realiza siendo Decano el Profesor D. Miguel Guirao Gea, catedrático de Anatomía Humana. El citado Hospital Clínico se inaugura parcialmente en 1953.

LA MEDICINA EN LA FACULTAD DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

Este es el punto de llegada según marca el guión y a él nos debemos.

Edifico emblemático

Desde ese año 1944, la Facultad de Medicina de Granada (figura 2) continúa situada en el edificio de la Avda. de Madrid, 11, actualmente junto al Complejo Hospitalario Granada o, como me gusta llamar, Conjunto Hospitalario Universitario Granada formado por los Hospitales Universitarios San Cecilio y Virgen de las Nieves. Se trata de un edificio noble que enlaza la arquitectura racionalista y funcional con el historicismo de tradición clásica. Es de planta triangular, con un alzado de predominio horizontal. Destaca la monumentalidad de su fachada principal de granito con seis columnas de orden dórico.

Referencia universitaria

En estos comienzos del siglo XX, con la implantación de las diferentes especialidades médicas (en 1975 se inaugura el pabellón de Especialidades del Hospital Clínico), la Facultad fue pionera y referencia en muchas de ellas, tanto en su vertiente asistencial como docente. Así tratamos de que siga siendo en la actualidad, en los comienzos del siglo XXI, con equipos solventes en los ámbitos docente, asistencial e investigador en las diferentes ramas del conocimiento. Los estudios sobre melatonina, la creación de córneas artificiales, la investigación en los diferentes aspectos de la oncología y en el resto de disciplinas médicas, el alto nivel docente, asistencial y clínico de los Hospitales Universitarios y Centros de Salud, así como el privilegio de contar en Granada con otras Instituciones de carácter sanitario, son pilares fundamentales en el desarrollo de la Facultad y de su proyección docente y formativa de los estudiantes de medicina. En este mismo sentido, es de un gran valor la coexistencia con la Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental ubicada en el mismo edificio, en la creación del marco adecuado para el debate científico multidisciplinar y la salvaguarda de los valores académicos, universitarios y de su historia.

Figura 2. Facultad de Medicina. Universidad de Granada

Plan de Estudios

El elemento imprescindible en todo el proceso de enseñanza y aprendizaje de la titulación de Medicina es el plan de estudios. Desde el primero, ya señalado, en 1611 hasta el actual de 2010, ya no de Licenciatura sino de Grado, se han sucedido diferentes planes con el fin de adecuarse a las circunstancias y normativas del momento. Así constan en la Facultad de Medicina de Granada los de 1943, 1953, 1959, 1969, 1970, 1974, 2002 y 2010.

Este último, el vigente en estos momentos pero sin estar implantado totalmente, corresponde al que se crea como consecuencia de la adaptación de los estudios al Espacio Europeo de Educación Superior, es decir, el llamado Plan Bolonia, según la Declaración firmada en esta ciudad italiana en 1999. Dará lugar a la nueva titulación de Grado en Medicina que según las previsiones, pues aún no se ha publicado oficialmente, debe ser titulación de Grado-Máster en Medicina. El Máster se asocia al Grado, pero en realidad obedece al nivel III de Máster según el Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 18-48

(MECES). Este proyecto tiene una buena base teórica y sugestivos objetivos, con el consenso de 29 países de la Comunidad Europea, pero es difícil de cumplir en su totalidad por la falta de recursos para ello y las diferencias propias de los diversos países. En cualquier caso, uno de los principales activos se centra en que los planes de estudios sean lo suficientemente superponibles que permitan el reconocimiento de los mismos y el intercambio entre los países firmantes. En este sentido, supone una oportunidad que debe ser aprovechada aunque existan puntos difíciles de cumplir e incluso discutibles en relación a las circunstancias propias de cada universidad y titulación. La movilidad de los diferentes estamentos que conforman cada centro universitario es de una riqueza intrínseca indudable en cuanto al conocimiento y vivencia cultural y lingüística sumada al aprovechamiento de las materias específicas. Otro aspecto sobresaliente es la adquisición de competencias evaluables que garantizan al estudiante, al profesor y a la sociedad la formación en habilidades para su desarrollo profesional. Un claro ejemplo es la utilización de simuladores y situaciones figuradas que confieren al aprendizaje una dimensión más práctica y atractiva con la posibilidad de realizar pruebas objetivas y acordes a lo adquirido, como el examen clínico objetivo y estructurado (ECOE). Para ello, es decisivo poder contar con un adecuado y generoso Laboratorio de Habilidades adaptado a los adelantos tecnológicos y a las exigencias de la realidad del escenario del acto médico.

Aún restan componentes por entrar en acción, ya que como se ha señalado previamente, este plan de estudios del 2010 de Grado-Máster en Medicina no está totalmente establecido, como el Trabajo Fin de Grado, a modo de los trabajos fin de carrera pero guardando la distancia con éstos, y el Suplemento Europeo al Título que permitirá que cada estudiante pueda ir confeccionando su propia ruta curricular.

Finalmente, no podemos olvidar de mencionar un aspecto singular de la carrera de Medicina como es la necesidad, prácticamente obligatoriedad, de la realización de una prueba más, una vez alcanzado el Graduado, para poder acceder a la formación especializa que conduce al ejercicio médico, la llamada prueba MIR (Médico Interno Residente). Creemos que también es nuestra responsabilidad, y en ello se está trabajando, aunando esfuerzos en aras a establecer un perfil formativo concomitante con el desarrollo de las diferentes materias recogidas en el plan de estudios, que oriente la mirada a esta prueba final que no es más que un paso intermedio crítico en la formación nunca acabada de un profesional de la medicina.

Formación universitaria

Tal vez hoy más que nunca debemos tener en cuenta que el ser médico no sólo exige tener "técnica", con extensos conocimientos, sino como siempre, como se establece y apuntamos en los albores de la historia de la medicina, tener "arte"tanto para su ejercicio profesional como para su enseñanza. Por eso, hoy más que nunca, la universidad desempeña un papel decisivo o, al menos, así debería serlo.

Los protagonistas de la Facultad de Medicina no son los estudiantes ni los profesores, ni el personal de administración y servicios, sino las personas que hay en cada uno de ellos. Por eso, es fácil reconocer cuál es el fin último de la Facultad y de todos sus miembros, que es el mismo que el del médico. Y no hay duda, es el paciente, estado en el que el hombre o la mujer pasa a ser inexorablemente persona por culpa de la merma de la salud o por la búsqueda de la misma, justo cuando pierde la epidermis mundana para mostrar su dermis vital.

Por eso, también podemos confiar, tener esperanza en un futuro porque depende de personas, precisamente de nuestra mayor riqueza, del capital humano que es al fin y al cabo la razón de ser de la existencia.

Por eso, es tan importante la educación, la formación; tan importante la Universidad en la edad universitaria de los jóvenes; tan importante la Facultad de Medicina. Por eso, es básico que la formación sea integral basada en los conocimientos y en las destrezas, pero a la vez en la cultura, el deporte, la cooperación, la relación social, el humanismo y la ética.

Por eso, es crucial que hoy, de nuevo, recuperemos los valores humanos convertidos en universitarios. En el Estatuto del Estudiante Universitario (R.D. 1791/2010 de 30 de Diciembre), su capítulo XIII está dedicado íntegramente a la "formación en valores", declarando unos principios generales en los que "La universidad debe ser un espacio de formación integral de las personas que en ella conviven, estudian y trabajan. Para ello la universidad debe reunir las condiciones adecuadas que garanticen en su práctica docente e investigadora la presencia de los valores que pretende promover en los estudiantes: la libertad, la equidad y la solidaridad, así como el respeto y reconocimiento del valor de la diversidad asumiendo críticamente su historia. Asimismo promoverá los valores medioambientales y de sostenibilidad en sus diferentes dimensiones y reflejará en ella misma los patrones éticos cuya satisfacción demanda al personal universitario y que aspira a proyectar en la sociedad. En consecuencia, deberán presidir su actuación la honradez, la veracidad, el rigor, la justicia, la eficiencia, el respeto y la responsabilidad".

Bienvenidos sean.

BIBLIOGRAFÍA

Cambil, M.E. (2010) Los hospitales de Granada: (siglos XVI-XXI) tipología, catálago e historia. Ed. Universidad de Granada. 862 págs.

Carabaño, A. (2007) Los estudios de Medicina en la Universidad de Granada (1943-2004). Ed. Universidad de Granada. 389 págs.

Carabaño, A.; Cambil, M.E. (2012) La Facultad de Medicina y el Hospital Clínico San Cecilio: pasado, presente y futuro. Reprodig Impresiones, S.L. Granada. 316 págs.

Gil, B. (2008) La medicina, pasado y presente. Ed. Alhulia, S.L. Granada. 322 págs.

Gutiérrez, J. (1997) La Medicina en Granada a partir del siglo XIX: su estudio, Catedráticos y Decanos. Reprografía Digital Granada. 296 págs.

Laín, P. (1982) Historia de la Medicina. Ed. Salvat. Barcelona. 583 págs.

Olagüe, G. (2001) Sobre sólida roca fundada: Ciento veinte años de labor docente, asistencial e investigadora en la Facultad de Medicina de Granada (1857-1976). Ed. Universidad de Granada. 432 págs.

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 19-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

El Hospital Real y la medicina renacentista

The Royal Hospital and the Renaissance medicine

José Valenzuela Candelario
Área de Historia de la Ciencia. Universidad de Granada

Resumen
El Hospital Real representó el poder asistencial de la monarquía en la ciudad de Granada y fue el símbolo de la misma, pues reunió en sí a varios centros hospitalarios. Su fundación responde a los ideales del humanismo cristiano pero también a ideas de engrandecimiento monumental de la ciudad de Granada. A lo largo del siglo XVI atendió a tres tipos de enfermos: enfermos generales, afectos de "mal de las bubas" (sífilis) y dementes. También fue asilo de "inocentes".

Palabras clave: Hospital Real, humanismo, Granada, enfermos, sífilis, dementes.

Abstract
The Royal Hospital care accounted power of the monarchy in the city of Granada and was the symbol of it, then gathered itself to various hospitals. Responds to its founding ideals of christian humanism but also ideas monumental aggrandizement of the city of Granada. Throughout the sixteenth century served three types of patients: general illness, affected by "mal de las bubas" (syphilis) and insane. Asylum was also "innocent".

Keywords: Royal Hospital, humanism, Granada, illness, syphilis.

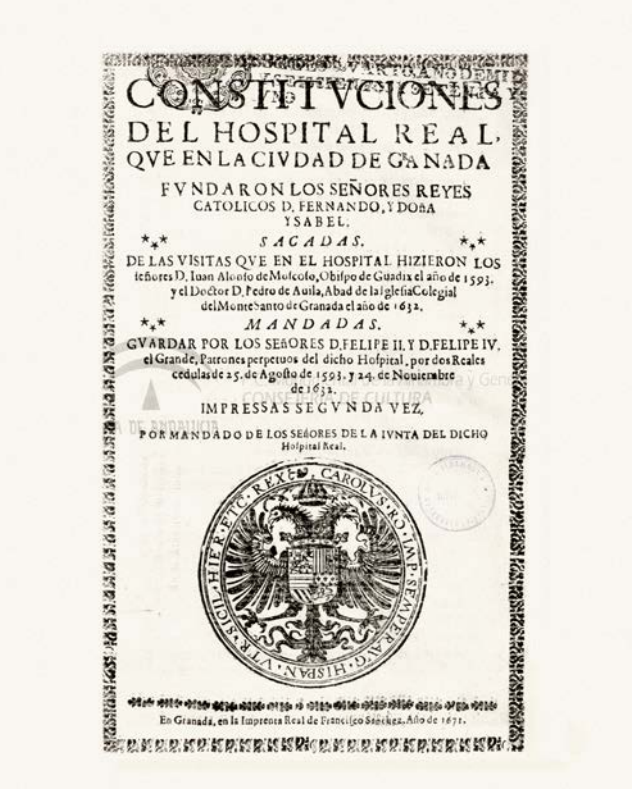
Desde finales del siglo XIII (en Europa occidental) la medicina comenzó a formar parte de la universidad y desde allí empezó a difundir un discurso útil sobre la salud y la enfermedad que fue haciéndose dominante en Europa. A principios del Renacimiento, el hallazgo de nuevos textos de Galeno (especialmente en los campos de la anatomía y la fisiología) y la realización de nuevas traducciones depuradas filológicamente de los textos clásicos auspiciaron la convicción de que la medicina podía superar los logros de los médicos árabes y de los autores latinos medievales. Sobre esas bases la medicina universitaria albergó unas grandes expectativas de desarrollo profesional y de promoción social. Como poseedores de saberes curativos y preceptivos los médicos universitarios habían logrado imponerse en las ciudades populosas de los reinos hispanos a finales del siglo XV, al amparo sobre todo de las medidas reguladoras del ejercicio profesional instauradas por los reyes católicos (1). En la jerarquía social y en su vertiente práctica, sin embargo, la medicina no logró enaltecerse y equipararse a las profesiones homólogas del derecho y la teología, a causa probablemente de su consideración tradicional como un oficio contaminado por la sangre judía. La facultad de medicina granadina mantuvo de hecho una existencia precaria a lo largo del siglo XVI, con alternativas dotaciones y suspensiones de cátedras, un estado de cosas que parecía estar en consonancia con el objetivo fundacional de la propia universidad, que no había sido otro que el soporte intelectual de la predicación y el adoctrinamiento de la población morisca (2).

La presencia de médicos y de otras clases de sanadores en los hospitales renacentistas es un hecho histórico contrastado. En ellos los médicos actuaron claramente estimulados ante la posibilidad de poder forjar una reputación de relieve, individual y colectiva. En Granada, la institución de mayor compromiso médico-asistencial, su hospital Real, contó siempre entre sus oficiales con un médico de formación universitaria. El propio hospital Real fue en esencia una fundación inequívocamente renacentista pues concentró en su diseño dos signos de identidad asistenciales de la época, su doble condición de hospital general (de hospital resultante de la reunión de otros más pequeños que concentraba las funciones de caridad que aquéllos realizaban por separado) y de hospital de incurables (el dedicado a la cura del llamado *mal francés*, o bubas, el nombre castellano,y sífilis, aunque esta denominación pasó desapercibida por entonces).Los pacientes afectados de dicho mal fueron calificados como *incurables* desde el momento en que la enfermedad apareció por primera vez causando estragos en la península itálica—su irrupción tuvo un carácter epidémico— durante el último lustro del siglo XV (3).

En efecto, la ciudad de Granada protagonizó desde finales de la segunda década del siglo XVI un proceso de centralización hospitalaria que involucró a las dos fundaciones erigidas por los Reyes Católicos a principios de esa misma centuria, los hospitales de la Alhambra (1501) y de los Reyes (1504) y a la Casa de los Inocentes, una institución de origen nazarí y contemporánea administración municipal (el patronazgo de ésta había recaído en la Corona desde los tiempos de la conversión general mudéjar, si bien desde 1525 era administrada por el cabildo municipal). Los dos hospitales fundados por los Reyes Católicos fueron reunidos en diciembre de 1526 en las dependencias del segundo, que sólo a partir de entonces, ya con el nombre de hospital Real, pudo abrir sus puertas y acoger enfermos, aun cuando las tareas de edificación se alargaran y traspasaran esa centuria y la siguiente; la Casa de los Inocentes se anexionó al nuevo establecimiento en 1535 (la decisión de enajenarla fue adoptada por las principales autoridades de la ciudad, el marqués de Mondéjar y capitán general del Reino don Luis Hurtado de Mendoza y el presidente de la Chancillería y obispo de Mallorca don Rodrigo de Mercado, entre ellas, contra la opinión del ayuntamiento) (4).

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 20-48



CONSTITVCIONES
DEL HOSPITAL REAL,
QVE EN LA CIVDAD DE GRANADA
FVNDARON LOS SEÑORES REYES
CATOLICOS D. FERNANDO, Y DOÑA
YSABEL.
SACADAS.
DE LAS VISITAS QVE EN EL HOSPITAL HIZIERON LOS
señores D. Iuan Alonso de Moscoso, Obispo de Guadix el año de 1593.
y el Doctor D. Pedro de Auila, Abad de la Iglesia Colegial
del Monte Santo de Granada el año de 1632.
MANDADAS.
GVARDAR POR LOS SEÑORES D. FELIPE II. Y D. FELIPE IV.
el Grande, Patrones perpetuos del dicho Hospital, por dos Reales
cedulas de 25. de Agosto de 1593. y 24. de Nouiembre
de 1632.
IMPRESSAS SEGVNDA VEZ,
POR MANDADO DE LOS SEÑORES DE LA IVNTA DEL DICHO
Hospital Real.
En Granada, en la Imprenta Real de Francisco Sanchez. Año de 1671.

Constituciones del Hospital Real de Granada, otorgadas en el año 1671

La actuación centralizadora estuvo inspirada en los ideales del humanismo cristiano (muy en particular en los principios diseñados por Juan Luis Vives en su *Socorro de Pobres*, publicado en 1526, e igualmente en las enseñanzas del *Enchiridion militis Christiani* de Erasmo, aparecido en castellano con aprobación inquisitorial en la primera mitad de ese mismo año). Los seis meses de la estancia granadina de 1526 de los reyes Carlos e Isabel, recién desposados recrearon la actividad artística y literaria en la Corte granadina, pero sobre todo constituyeron un foco de intensísima actividad legislativa, con notorias repercusiones en la ciudad y su Reino, en particular las derivadas de los acuerdos de la Congregación de la Capilla Real celebrada el 7 de diciembre. En dicho cónclave se proyectaron fundaciones educativas —señaladamente la Universidad—, se determinó la distribución de los beneficios parroquiales del Reino y se definió la nueva política represiva y aculturadora de la población morisca (incluida la medida de instauración permanente de un tribunal inquisitorial en la ciudad) (5).

La institución consolidada concentró los cometidos asistenciales de las fundaciones originarias. El hospital de la Alhambra, muy vinculado desde su fundación a la casa de los Mendoza granadinos —a don Iñigo López de Mendoza, conde de Tendilla, capitán general del Reino de Granada y alcaide de la Alhambra—, había venido ofreciendo sustento y curación a enfermos de bubas y había atendido asimismo a antiguos sirvientes de la Corona lisiados y necesitados, hombres de armas con toda probabilidad. Por su parte, el hospital de los Reyes, que había sido erigido como ofrenda perpetua consagrada a la piedad y misericordia de las almas de los monarcas católicos y de sus difuntos (su fundación antecedió dos meses al fallecimiento de la reina Isabel la Católica) habría debido centrar su actuación —así lo estableció su carta de privilegio de fundación— en el reparto diario de limosnas de pan y maravedís entre pobres vergonzantes, algo que apenas pudo realizar mientras estuvo construyéndose. Finalmente, la Casa de los Inocentes habría estado ofreciendo albergue en emplazamientos diversos y sin apenas financiación a personas desprovistas de juicio y furiosas en su mayoría.

Fachada del Hospital Real de Granada en la actualidad

El Hospital Real abrió sus puertas con un cometido médico específico y exclusivo, laasistencia a los hombres y mujeres pobres afectos de las llagas y los dolores del mal de las bubas. Los sanadores encargados de la misma (un médico y cirujano, un barbero-sangrador, dos enfermeras y dos enfermeros, y un boticario con oficina ubicada en la ciudad) utilizaban el *agua del palo* o *palo santo* —la decocción de la madera de guayaco, procedente de las Indias, un medicamento *novedoso* considerado específico y de efectos milagrosos— y las unciones mercuriales, el remedio tradicional contra las afecciones cutáneas. En relación con la asistencia a esa clase de pacientes se ha de destacar un hecho acreditado: los hospitales que los acogieron fueron los únicos que contemporáneamente ofrecieron atenciones médicas completas (6). En Granada, la Corona asumió esa asistencia —la calificación de *incurable* indicaba la exigencia de un tratamiento costoso y prolongado— aportando el remedio específicamente indicado contra la enfermedad en esas fechas. El muy costoso y elogiado *palo santo* pudo estar así al alcance de una clase de necesitados que hasta entonces, en el mejor de los casos, sólo habrían podido ser tratados por cirujanos y otros sanadores empíricos con las temidas unciones mercuriales (7).

El Hospital Real también asumió la asistencia de personas locas e inocentes. La carta de privilegio de la Casa de los Inocentes de 2 de noviembre de 1525, firmada en Toledo por el emperador y la reina doña Juana, había establecido el carácter de las atenciones que habrían de prestársele a tan desdichada clase de necesitados: vigilar que los mismos fueran curados, cuidados y custodiados con los medios necesarios, incluyéndose entre ellos los vestidos y los instrumentos de contención —grillos y jaulas—. La regulación de los cuidados refleja una actitud muy positiva respecto a la suerte de los dementes. Se sostenía, en efecto, que la locura —considerada como una enfermedad somática— podría ser aliviada mediante una alimentación apropiada y la indicación de algún remedio específico e incluso mediante el propio castigo corporal. Al absorber la Casa, en 1535, el hospital Real aceptó este compromiso asistencial.

La refundación de la hospitalidad granadina de patronazgo regio reforzó sus dimensiones curativas y asistenciales en su emplazamiento y edificación extramuros de la ciudad, pero también implantó otro tipo de servidumbres institucionales que se acrecentarían con el paso del tiempo. Ciertamente, el hospital Real representó el poder asistencial de la Monarquía en la ciudad de Granada y fue símbolo de la misma. En virtud de esa dependencia extendió la gracia real reproduciendo los privilegios sociales. El nuevo discurso asistencial sublimó la magnificencia, la discreción y el clientelismo.

REFERENCIAS

1. Amasuno Ságarra, M. V. (2002), *Medicina ante la ley. La licencia practicandi y el ejercicio de la medicina en la Castilla bajomedieval*, Salamanca, Junta de Castilla y León.

2. Calero Palacios, M.C. (1997), La Universidad de Granada durante los siglos XVI y XVII. En Calero Palacios, M.C.; Arias de Saavedra, I.; Viñes Millet, C. *Historia de la Universidad de Granada*, Granada, Universidad, pp. 13-84.

3. López Terrada, María Luz.Health care and poor relief in the Crown of Aragon.In: Ole Peter Grell; Andrew Cunningham; Jon Arrizabalaga (eds.), *Health care and poor relief in Counter-Reformation Europe*, London, Routledge, 1999, pp. 177-200; y del mismo libro, el capítulo: Arrizabalaga, Jon, Poor relief in Counter-Reformation Castile: An overview, pp. 151-176.Asimismo, Arrizabalaga, Jon; Henderson, John; French, Roger. *The Great Pox.The French Disease in Renaissance Europe*, New Haven, YaleUniversity Press, 1997.

4. Félez Lubelza, Concepción. El Hospital Real de Granada, Granada, Departamento de Historia del Arte, 1979. Valenzuela Candelario, José. El *insigne y suntuoso* Hospital Real de Granada (I). Las fundaciones reales y la reunión hospitalaria (1501-1526), *Dynamis, 23*, 2003, 193-219, y El *insigne y suntuoso* Hospital Real de Granada (II). Oficiales y sirvientes en un Hospital General (1526-1535), *Dynamis, 24*, 2004, 213-241.

5. Vincent, Bernard. Carlos V en Granada. In: J.L. Castellano Castellano; F. Sánchez-Montes González (coords.) *Carlos V. Europeísmo y universalidad. La figura de Carlos V.* Volumen 1, Madrid, 2001, Sociedad Estatal para la Conmemoración de los Centenarios de Felipe II y Carlos V, pp. 283-290.

6. Jütte, Robert, Syphilis and Confinement. Hospitals in Early Modern Germany. In: N. Finzsch; R. Jütte (eds.), *Institutions of Confinement: Hospitals, Asylums, and Prisons in Western Europe and North America, 1500-1950.*Cambridge, 1996, Cambridge University Press, pp. 97-115 (pp. 114-115).

7. *Cf.*, Temkin, Owsei. Therapeutic trends and the treatment of syphilis before 1900. *Bull. His. Med.*, *29* (4), 1955, 309-316.

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 22-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

El hospital de San Juan de Dios y la medicina granadina del siglo XIX

The hospital of San Juan de Dios and the granada´s medicine of the 19th century

Fernando Mª. Girón Irueste
Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental

Resumen
El primitivo Hospital de San Juan de Dios, convertido en el siglo XIX en Hospital Provincial, ha sido muy importante para Granada. Además de la asistencia a los enfermos, prestada ininterrumpidamente durante cuatro siglos y medio, fue asiento de dos Facultades de Medicina, una parte del mismo se utilizó como "hospital clínico" y en su entorno trabajaron las más relevantes figuras de la medicina granadina del siglo XIX.

Palabras clave: San Juan de Dios, asistencia, enfermos, Facultad de Medicina, medicina granadina.

Abstract
The primitive Hospital de San Juan de Dios, turned into the 19th century in Hospital Provincial, has been very important for Granada. Besides the assistance to the patients given uninterrupted for four centuries and a half, it was a seat of two Medicine´s Faculty, a part of the same one was in use as " clinical hospital " and at his environment there were employed the most relevant figures of the from Granada medicine of the 19th century.

Keywords: San Juan de Dios, assistance, patients, Faculty of Medicine, Granada medicine.

Juan Ciudad Duarte, el futuro San Juan de Dios a partir de 1690, año en que es canonizado por el papa Alejandro VIII, tuvo una constante preocupación a lo largo de su vida en Granada: la de dar cobijo a cuantos pobres desvalidos, enfermos o no, encontraba en sus calles. Y fue una idea que consiguió trasladar a muchas personas de su entorno, deseosas de favorecerle, porque estaban admirados de su santidad. Primero consigue un sitio en la calle Lucena, y más tarde otro en la Cuesta de Gomérez. Finalmente, convence a varios personajes influyentes de Granada, quienes acuerdan edificar un hospital, en unos terrenos pertenecientes a la Orden Jerónima. Cuando Juan Ciudad muere en 1550 ya se había construido una parte del edificio. En 1553, los primeros discípulos del santo realizan el traslado de los enfermos desde el ubicado en Gomérez, inaugurando de este modo el nuevo Centro. Y ese fue el principio de una larga serie de fundaciones hospitalarias, que hoy se extienden por medio mundo.

La portada del Hospital, realizada en 1609, está formada por dos cuerpos, con columnas dóricas y pilastras, en cuyo centro se encuentra una escultura de San Juan de Dios, en la misma posición en que murió, de rodillas. Al principio, el Hospital solo contaba con un patio, que fue acabado en 1622 (Figura1). Está formado por 30 columnas de mármol de Sierra Elvira y adornado con treinta azulejos que recuerdan episodios de la vida del santo. Otra arcada similar, pero de menos altura, constituye el piso superior. En el centro hay una fuente con un pilar poligonal y dos tazas de mármol blanco sobre el que aparece el emblema de la Orden, es decir, la granada coronada por la cruz. En el siglo XVI, el edificio contaba con seis salas o enfermerías, con 25 camas, y era atendido por 25 religiosos y el Superior, contando con la ayuda de una treintena de colaboradores. El segundo patio, llamado de los carros, fue realizado

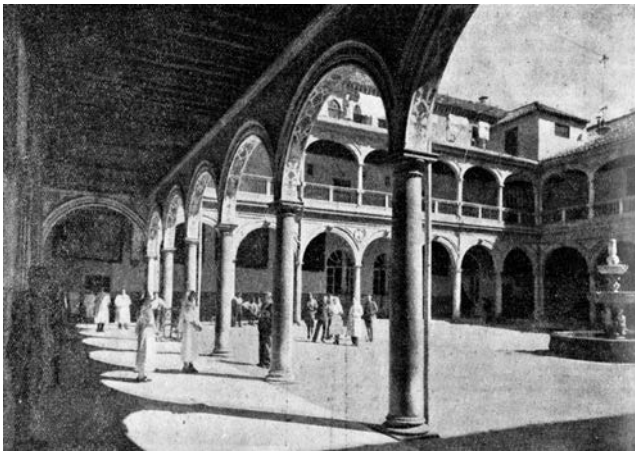


Figura 1. Fotografía del primer patio del hospital de San Juan de Dios tomada a principios del siglo XX

ya en el siglo XVIII, y consta de 25 pilares y arcos. El piso superior no tiene arcada. El centro del mismo está presidido por una fuente mucho más sencilla y también coronado por el emblema de la Orden en hierro forjado. (1)

Durante el siglo XVIII, y la mitad del XIX, además de los pobres, que eran atendidos por los hermanos de la Orden, como se venía haciendo, asistimos a la presencia de soldados en el Centro.

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

En efecto, merced a un acuerdo entre la Orden y las autoridades militares, se producían los denominados "asientos militares" en los que soldados, clases y oficiales, eran atendidos, recibiendo habitación y alimentación, según su grado. A la llegada a Granada de las tropas francesas en 1810, éstas lo ocuparon para uso completo de sus tropas, dejándolo en un estado de casi completa ruina. (2)

En 1835, los religiosos de San Juan de Dios se vieron obligados a abandonar el Hospital como consecuencia de la Desamortización de Mendizábal, que ordenaba la supresión de los conventos que no tuviesen un determinado número de miembros. Pasó entonces a depender de la Diputación Provincial, destinándolo ésta a servir de hospital para la Beneficencia provincial, con el nombre de Hospital Civil.

La Beneficencia Pública en España había surgido por Ley en 1822, durante el trienio progresista del reinado de Fernando VII. Como todas las leyes aprobadas en dicho tiempo, fue posteriormente derogada por el monarca, debiendo esperar a 1936, una vez fallecido, para que se emitiese el Reglamento que permitía su puesta en marcha. Tenían derecho a la asistencia, de modo gratuito, los denominados "pobres" en oposición a los "ricos", que eran los funcionarios del Estado, los grandes propietarios, o los que vivían de la renta. Entre aquellos se encontraban todos los jornaleros ocasionales, y muchos artesanos y sus familias. Los llamados "pobres de solemnidad" estaban bajo la tutela de la Iglesia, que los atendía por Caridad, y los criados caían bajo el amparo de sus amos. Un trabajo fijo, que producía una cierta cantidad mensual, aunque esta fuese no muy elevada, impedía pertenecer a la Beneficencia.

Ésta constaba de tres niveles. El primero era el de la Beneficencia municipal y corría a cargo de los ayuntamientos, quienes debían articular la asistencia médica domiciliaria. También estaba bajo su tutela el abono de las recetas a las farmacias. La Beneficencia provincial corría a cargo de las Diputaciones, que debían contar, al menos, con un hospital por provincia, con capacidad suficiente para albergar a los pacientes de la misma. Los ayuntamientos tenían la obligación de facilitar al Centro las listas anuales de los que tenían derecho a la asistencia benéfica. El tercero era la Beneficencia nacional. A ella correspondía determinadas asistencias, como podría ser la psiquiátrica, en unos centros muy específicos como era el Manicomio de Santa Isabel, en Leganés, Madrid, creado en 1851.

La Beneficencia provincial granadina, de la que dependía el Hospital, tenía una plantilla de médicos que ingresaban por oposición, y que se encargaban de coordinar la asistencia a los pacientes que eran vigilados y atendidos por las Hermanas Hijas de la Caridad de San Vicente de Paul. A mediados del siglo XIX el Hospital disponía de, aproximadamente, 400 camas, agrupadas en salas, para hombres o mujeres, con un número variable de camas. La más conocida era la "La Milagrosa": una sala enorme con arcos, donde estaban unas 40 camas de mujeres. Había otras muchas salas, con nombres de santos y santas, como San Joaquín, San Vicente, San Enrique, San Rafael, etc. (3)

Desde tiempo inmemorial, pero ya regulado por las disposiciones de Carlos III, el Hospital venia sirviendo como centro de enseñanza, con destino concreto a las disciplinas clínicas de su plan de estudios. Esta normativa se acompañaba de una frase que sería muchas veces aludida posteriormente: "mientras la Facultad no dispusiese de un hospital propio" Para ello, la Diputación le había cedido determinadas salas, con un número de camas equivalente a la mitad de las disponibles. Respondía esto a las disposiciones emanadas por el Gobierno en 1846, por las que sendas Reales Órdenes obligaban a los hospitales dependientes de las Diputaciones provinciales a ceder una parte de sus camas, para servir de hospital clínico en aquellas poblaciones en las que existiese Facultad de Medicina. De esta manera los enfermos pobres, atendidos por la Beneficencia servían para la enseñanza, y en ocasiones, para la investigación. La supervisión de las mismas correspondía a los catedráticos de las distintas asignaturas, quienes tenían como ayudantes a los profesores clínicos, que también obtenían las plazas por oposición.

Las relaciones entre ambos colectivos, el docente-asistencial y el meramente asistencial, eran de ordinario malas. Los espacios destinados a la Facultad eran considerados por los profesores como muy escasos, y que no permitían una docencia adecuada. Por otra parte, en muchos casos, los pacientes ingresados en las clínicas cedidas a la Facultad carecían de interés para los alumnos, mientras que muchos otros, ingresados en la parte dedicada a la Beneficencia provincial, eran verdaderos casos clínicos. Los facultativos de la otra pare, recelaban de los profesores, a los que atribuían deseos de controlar todo el centro y dejarles sin trabajo en un futuro mas o menos inmediato. Para más agravio, podrían pensar, era la Diputación la que sufragaba los gastos de todo el Hospital, incluida la parte del mismo destinada a la enseñanza, comidas medicinas y personal subalterno, pues el ministerio de Fomento, de quien dependía ésta, solo abonaba los sueldos de los profesores y una pequeña cantidad para gastos generales de las clínicas.

Cualquier ocasión era buena para romper las hostilidades entre ambos colectivos. Un ejemplo de lo dicho lo tenemos en un hecho recogido por Guillermo Olagüe: En 1854, Vicente Guarnerio, el eterno decano de la Facultad, mandó rotular aquellas salas hospitalarias dedicadas a la enseñanza, como "Hospital Clínico". A la Corporación Provincial le faltaría tiempo para denunciar el "contrafuero" y ordenar la retirada de los carteles. Parece que sostenían que esto podría aumentar los derechos de la Facultad sobre unas salas que, según ellos entendían, solo eran propiedad de la Diputación, y que únicamente estaban cedidas de modo transitorio, mientras se disponía de un auténtico hospital clínico, tal como habían afirmado en su tiempo las disposiciones de Carlos III (4)

En 1796, la Orden de San Juan de Dios había erigido un anfiteatro anatómico destinado a la enseñanza médica, separado del Hospital por un tercer patio, una vez pasado el segundo, y que tenía unas dimensiones mínimas. En 1864 se haría la sala de disección y se ampliaría considerablemente la capacidad del anfiteatro. En torno a este local, y sobre unos espacios que antes habían sido las cuadras y cocheras del Hospital, cedidos por la Diputación en 1849, se construyó un pequeño edificio con dos plantas, dedicado a Facultad de Medicina, que de este modo pudo desgajarse del núcleo de la Universidad, ubicada en su totalidad hasta el momento en el antiguo Colegio de San Pablo, tras ser expulsados de España sus propietarios, los jesuitas, por el rey Carlos III.

Las instalaciones de esta tercera Facultad de Medicina, las habían precedido en el tiempo el edificio fundacional, situado frente a la Catedral, con fachada lateral a la plaza de las pasiegas, y el citado de San Pablo, y eran muy precarias, comenzando por el propio edificio, que era largo y estrecho, y cuyo solar apenas llegaba a los 200 m^2. Allí se ubicaban, en la planta baja, "una clínica de cirugía, el depósito de cadáveres, la cátedra de Anatomía, dos letrinas y unas dependencias para la disección". En la primera planta estaban "el salón de actos y la sala de profesores, que contenía el Museo Anatómico, el arsenal quirúrgico, los vendajes y medicamentos". En la segunda, se ubicaban "una cátedra y las habitaciones de los profesores de clínica" encargados de los enfermos de las salas del Hospital dependientes de la Facultad (4)

En 1881, el pequeño solar que venía ocupando hasta entonces sería ampliado, utilizando para ello varias dependencias del hospital, nuevamente cedidas por la Diputación. Entre ellas estaba un local denominado "El cotarro", donde pasaban la noche muchos indigentes, que por el día vagabundeaban y pedían limosna por las calles de Granada. Tras derribar las instalaciones anteriores, se comenzó en 1883 un edificio de nueva planta, que sería el cuarto de los destinados a la enseñanza médica. Terminado en 1888, ya habían empezado las clases el año anterior. No sería la primera vez que esto sucediese, pues se repetiría con la Facultad de la Avenida de Madrid, que fue "ocupada" por la Secretaría, los estudiantes y los profesores, antes de su entrega oficial, en 1944, ante una posible expropiación.

Contaba con dos alturas, y su fachada, con cierta prestancia, se abría a la actual calle rector López Argüeta, que era quien ocupaba en ese tiempo el sillón rectoral y que apoyó su construcción de manera decidida. El proyecto fue de Juan Monserrat. Albergaba un nuevo anfiteatro anatómico, nada menos que cuatro aulas, dos museos, un laboratorio químico, seis gabinetes (anatómico, de materia médica, oftalmológico, hidroterápico, de microscopia y de Histología experimental). Se completaba todo ello con un salón de actos (Figura 2), que sería utilizado para cualquier evento médico

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 24-48

en la ciudad, biblioteca y locales destinados a la administración del centro. Todo un lujo, si se comparaba con el anterior. Y que debería bastar durante mucho tiempo, hasta que en 1944 se inaugurase la actual Facultad, la quinta, situada en la Avenida de Madrid. (4)

Figura 2. Salón de Actos de la cuarta Facultad de Medicina de Granada (Calle Rector López-Argüeta) adosada al Hospital de San Juan de Dios

Conscientes los profesores de que la situación de controversia no era la idónea para la enseñanza, las disputas eran estériles, porque la Diputación ni cedía más camas, ni mejoraba las instalaciones del Centro, pues carecía de los fondos necesarios para ello, comenzaron desde temprano a cimentar sus esperanzas de mejora en la construcción de un hospital propio, un "Clínico". En principio pensaron ubicado en los terrenos de la denominada "Huerta de San Juan de Dios", contigua al Hospital, realizando gestiones periódicas que alimentaron sus esperanzas, pero que no darían fruto alguno hasta mediados del siglo XX, con la inauguración del Hospital Clínico de la Universidad de Granada en 1952.

La verdad era que el estado de todas las clínicas del hospital de San Juan de Dios era penoso. La Junta de Clínicas, creada en 1889, unificaba las reclamaciones de los profesores que a diario acudían al Centro. Y es que se trataba de un edificio que contaba ya con varias centurias en su estructura y sobre todo los tejados, por los que se filtraba el agua de modo inmisericorde. La ventilación no era la adecuada y no había modo alguno de calentarlo en invierno y el calor en verano era enorme. Las salas estaban de ordinario atestadas, no permitiendo de ordinario que las camas estuviesen separadas unas de otras el espacio generalmente estipulado. No se observaba, en general, criterio alguno para ingresar a los enfermos en una u otra sala, atendiendo solo al espacio disponible. La alimentación era deplorable, e insuficiente, por lo escaso de los presupuestos, y porque los hurtos de comida por parte del personal subalterno eran diarios. Los medicamentos eran de mala calidad, etc.

Pese a todo lo indicado, el Hospital era muy importante para Granada. Los pacientes sin recursos veían en él una tabla de salvación. Y concurren enfermos de toda su provincia, y aun de las limítrofes, a los que ordinariamente se rechazaba por problemas administrativos. Pues el Centro significa cobijo, alimentación, y cuidados médicos que intentaban solucionar sus problemas, cosa que se consigue dentro de un orden. Pero es que, además, el Hospital va a servir de soporte para la consolidación en Granada de las tres mentalidades descritas por Laín Entralgo, que configuran el siglo XIX, y que constituyen la base de la medicina actual: Anatomoclínica, Fisiopatológica y Etiopatológica, según fundamenten el diagnóstico en la lesión; la alteración de las funciones, con especial atención a la fiebre; o las causas de la enfermedad: detección de procesos de envenenamiento o los gérmenes productores de la enfermedad. Pongo a continuación algunos ejemplos.

El primer paradigma en el tiempo es el anatomoclínico. La figura que traigo aquí a colación es la de Eduardo García Solá, catedrático primero de Patología General en 1872 y de Histología y Anatomía Patológica en 1887. Discípulo del gran Maestre de San Juan, que significó la consolidación de la Histología y la Anatomía Patólogica en nuestro país, constituyó un gabinete histoquímico en el Hospital de San Juan de Dios y fue autor de un fundamental *Tratado de Patología General y Anatomía Patológica* que vio la luz en 1874 y reeditado en numerosas ocasiones.

El segundo, el denominado fisiopatológico, podemos representarlo en Antonio María Alonso Navas, profesor de auxiliar de Higiene y Fisiología, que desempeñó en el Hospital, en 1870, una enseñanza gratuita sobre el aparato genito urinario. Había publicado el año anterior, 1869, en la *Gaceta Médica de Granada*, un trabajo que titula "de la termometría aplicada al diagnóstico de las enfermedades febriles". El termómetro se convierte, pues, en un auxiliar imprescindible para el médico, al igual que ya lo era en otros lugares de Europa, tras el gran trabajo realizado sobre termometría por Karl Wunderlich, publicado en Alemania un año antes.

El tercero, el etiopatológico, también puedo ejemplificarlo en Eduardo García Sola. Su estudio del cólera morbo asiático, declarado en el levante español en 1885, debe ser considerado modélico. En efecto, comisionado por la Diputación granadina, acude a los lugares donde se ya ha asentado la epidemia: asiste a las inoculaciones de la controvertida vacuna de Jaime Ferrán, y analiza los resultados; realiza sus propias observaciones y finalmente redacta el citado informe, cuyas conclusiones, de haber sido tenidas en cuenta, hubiesen seguramente impedido la enorme mortandad que siguió solo unos meses después. Federico Olóriz, espectador ocasional de la misma, estaba casualmente ese verano en Granada, tras su marcha a Madrid dos años antes como catedrático de Anatomía, atiende cuantos enfermos puede, se contagia, y está a punto de perecer, como le sucede a tres o cuatro familiares directos suyos. Los estudios sobre la antisepsia llevados a cabo en el Hospital por José Godoy Rico, catedrático de Anatomía Quirúrgica, Apósitos y Vendajes desde 1878 a 1895, y publicados en forma de informe a la Diputación en 1887, merecen también ser citados aquí.

En el Hospital desarrollaron su actividad algunas figuras de la denominada por José María López Piñero como "generación intermedia", precursora de la de "sabios" que incluye a Ramón y Cajal, Amalio Gimeno, Federico Olóriz, José Gómez Ocaña, José Ribera, etc. Los tres últimos tuvieron como campo de aprendizaje el Hospital granadino, pues cursaron sus carreras en la Facultad de Medicina de Granada. Sobre aquella generación, citaré tan solo a tres: Juan Creus y Manso, catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica en la Facultad de Granada desde 1854 hasta 1877, fecha en la que pasa a la de igual denominación de Madrid. Desarrolló en el quirófano de San Juan de Dios muy importantes y novedosas intervenciones, de las que nos dan idea sus publicaciones. Por su parte, Benito Hernando Espinosa, catedrático de Terapéutica Médica en Granada desde 1872 a 1887, fecha en la que marcha a Madrid, fue profesor de Dermatología, y autor del libro *De la lepra en Granada*, aparecido en 1881. Dicha obra hizo converger en la muy modesta, científicamente hablando, ciudad de Granada, para estudiar la enfermedad, a varias figuras de la medicina del momento, uno de ellos, Rudolf Virchow. José Pareja Garrido, catedrático de Cirugía y más tarde, de Dermatología, su discípulo, se ocuparía de manera amplia estudiando de forma casi monográfica una enfermedad social enormemente extendida en la época, la sífilis, utilizando para ello los enfermos de las clínicadel Hospital de San Juan de Dios.

REFERENCIAS

1. Gómez Moreno González Manuel, *Guía de Granada*, Granada, Universidad de Granada e Instituto Gómez Moreno, 1982

2. García Monlleó F.J. Girón Irueste F. Los hermanos de San Juan de Dios y su colaboración con el Ejército Español (siglos XVI a XIX) *Revista de Medicina Militar*, 60 (1): 2004, 49-57

3. Laborde Vallverdú Agustín, *Notas para la biografía de un hospital*. Granada. Diputación Provincial de Granada. 1977

4. Olagüe de Ros Guillermo *Sobre sólida roca fundada. Ciento veinte años de labor docente, asistencial e investigadora en la Facultad de Medicina de Granada* (1857-1976). Granada, Universidad, 2001.

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

Los Hospitales de Granada. Del Maristán al Complejo Universitario de Granada

Hospitals in Granada: From the Maristan to the University Hospitals in Granada

Manuel Bayona García
Director Gerente de los Hospitales Universitarios de Granada

Resumen
Del Maristán de Granada de 1365, hospital de pobres y locos hemos pasado a una sanidad pública, universal y gratuita con altos niveles de calidad asistencial. Los avances en la medicina en los últimos 25 años han permitido que Andalucía sea una de las comunidades con mayor esperanza de vida destacando entre estos avances la cirugía mínimamente invasiva, el intervencionismo radiológico, los implantes auditivos, los tratamientos con láser o la medicina fetal… Granada afronta con optimismo el nuevo milenio con la reorganización sanitaria de los hospitales universitarios, la puesta en marcha del nuevo Hospital del Campus de la Salud y el desarrollo del Instituto de Investigación Biosanitaria. La nueva organización sanitaria va a convertir a Granada en un nuevo referente en salud, donde asistencia sanitaria, docencia e investigación traslacional hagan de esta ciudad un entorno atractivo para la instalación de empresas biosanitarias y donde el conocimiento que se genere sea el principal capital para el motor económico y de desarrollo social del sur de Europa.

Palabras clave: Gestión sanitaria, hospitales universitarios, esperanza de vida.

Abstract
The Maristan was a hospital for poor and crazy people in Granada in 1365, from this time to now our health care system has change and now we have a public, universal, free and high quality health care system. Advances in medicine in the past 25 years have allowed Andalusia to become one of the regions with the highest life expectancy, among these advances minimally invasive surgery, interventional radiology, hearing implants, laser treatments or fetal medicine are emphasized. During the new millennium in Granada some advances are present: health reorganization of university hospitals, the implementation of the new Campus Health Hospital and the development of a Research Institute of Life Sciences. The new health organization system will make Granada a new benchmark in health, in which health care, teaching and translational research will make this city an attractive environment for business and health sciences facilities and where knowledge generated will be the main stimulus for economic and social development in Southern Europe.

Keywords: Health management, university hospitals and life expectancy.

INTRODUCCIÓN

En el año 1.365 Mohamed V mandó construir EL MARISTÁN DE GRANADA, un hospital musulmán para enfermos pobres y para locos. Es el único hospital conocido de este tipo en la España musulmana. En esa época la medicina granadina ya estaba muy bien considerada, y aunque la evolución histórica hizo que riqueza, cultura y desarrollo quedarán atrapadas en el tiempo, afortunadamente, aquel prestigio ha sido recuperado y, por encima de dificultades, la sanidad pública granadina y andaluza, gozan de muy buena salud.

En el nuevo milenio nuestra Sanidad es Pública, Universal, Gratuita y con altos niveles de Calidad. Existe una gran red de hospitales públicos y centros de Atención Primaria, y en Granada, una gran estructura hospitalaria que se verá reforzada y ampliada con la inminente apertura del nuevo Hospital del Campus de la Salud.

Nuestros hospitales públicos dejaron de ser para pobres y locos, como el viejo Maristan. En el nuevo milenio están a la vanguardia en asistencia sanitaria, en cuidados, docencia e investigación biosanitaria, y actualmente en un proceso de rediseño organizativo, basado en la generación de alianzas estratégicas, para afrontar con éxito los retos del momento y dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía en materia sanitaria en los años venideros. Anticiparse al futuro será la mejor contribución que podamos hacer a la sociedad que nos ha tocado vivir.

Los últimos 25 años: un cuarto de siglo dando vida y calidad a la vida.

Andalucía es una de las Comunidades con mayor incremento de Esperanza de Vida Libre de Incapacidad y de Esperanza de Vida en Buena Salud. Se ha creado un sistema sanitario universal, de calidad, equidad e igualdad, que actúa como un factor decisivo de cohesión social, y la gestión clínica ha incorporado a los profesionales en la gestión de la atención sanitaria, dotándoles de mayor autonomía y corresponsabilidad.

El SSPA se ha comprometido con la calidad, considerando a la ciudadanía y sus necesidades en salud como el elemento

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 26-48

central, garante de derechos contemplados en la Ley General de Sanidad. Los procesos asistenciales han supuesto una mejora de la calidad, alcanzando importantes avances científico técnicos, como el tratamiento del cáncer, enfermedades reumáticas, VIH, o cirugía mínimamente invasiva. El desarrollo diagnóstico con el PET, la resonancia, o la ecografía, y el avance en técnicas como la hemodinámica o la endoscopia, han elevado la calidad asistencial al mejor nivel mundial.

Hospitales de Granada y los principales Hitos de de las 2 últimas décadas

Entre los hitos más recientes de la Medicina, y donde los Hospitales de Granada son un referente, tenemos que destacar el intervencionismo radiológico, que ha permitido la reperfusión directa e inmediata de arterias coronarias o cerebrales obstruidas, con un impacto positivo en el tratamiento y el pronóstico de la enfermedad coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, auténtica epidemia del siglo XXI. Además han permitido el tratamiento de lesiones oncológicas y otras intervenciones incruentas sobre diferentes órganos sólidos.

La cirugía mínimamente invasiva en el implante o recambio de prótesis valvulares cardíacas, o la cirugía endovascular han reducido drásticamente la morbimortalidad de patologías cardíacas y aórticas que hasta hace pocos años presentaban una tasa de mortalidad muy elevada.

El desarrollo tecnológico de implantes auditivos ha logrado que cada día, en nuestros hospitales se produzca el prodigio de devolver la audición a personas con sordera grave adquirida y que niños sordomudos de nacimiento puedan oir y hablar con normalidad.

La fibra láser ha reducido notablemente los tiempos quirúrgicos y las complicaciones hemorrágicas intra y postoperatorias de numerosos procedimientos quirúrgicos sobre la próstata, laringe, retina, etc. De esta forma, se ha mejorado la seguridad de dichos procedimientos reduciendo la tasa de complicaciones, se ha incrementado el confort postoperatorio de los pacientes que presentan menos dolor y menor sangrado y se ha acortado su estancia en el hospital.

El desarrollo de las unidades de diagnóstico genético pre y postnatal y los avances en el conocimiento del mapa genético han hecho posible el nacimiento de la medicina personalizada, que ofrece a cada paciente la selección del fármaco más eficaz, de acuerdo al patrón genético específico.

En el ámbito obstétrico, la humanización del parto ha supuesto la potenciación de la lactancia materna y la presencia del padre en la sala de partos, con claros beneficios en la inmunidad del recién nacido y en sus vínculos afectivos. La elección de la técnica analgésica (analgesia epidural, parto en el agua, etc) y la posición durante el trabajo de parto han evolucionado hacia soluciones más fisiológicas, con un menor riesgo de iatrogenia.

La Medicina Fetal está permitiendo el diagnóstico precoz de malformaciones fetales desde la 12 semana de gestación y trata al feto como si se tratara de un paciente extrauterino al que se le pueden hacer diferentes pruebas diagnósticas para establecer la causa de una enfermedad y el pronóstico de la misma. También permite realizar tratamientos quirúrgicos intrauterinos curativos o paliativos, que se aplican para promover un buen desarrollo fetal hasta que pueda ser operado o tratado post-natalmente.

Hay que destacar el desarrollo de las Especialidades en Enfermería, nuevos perfiles de práctica avanzada y la incorporación de la enfermería Gestora de casos, los Planes integrales, la Farmacia, (que en procesos como la Infección por VIH ha pasado de ser mortal a crónica y controlada por la terapia) Traumatologia, con un desarrollo vertiginoso de la cirugía mayor ambulatoria con y sin artroscopia, siendo Granada Unidad de referencia a Nivel Regional de la Unidad de Tumores e infecciones. En la actualidad la totalidad de los tumores e infecciones pueden ser intervenidos y tratados en Granada.

Además, la Unidad de Trastornos del Movimiento (cirugía del Parkinson), la Unidad de Epilepsia Refractaria (Epilepsia infantil y de adultos) y El Trasplante renal cruzado están acreditadas como Unidades de referencia nacional.

AFRONTAR EL FUTURO: RAZONES PARA EL CAMBIO

Los Hospitales Universitarios de Granada en su apuesta por la gestión del conocimiento, asumen con optimismo la reorganización sanitaria, la puesta en marcha del nuevo Hospital del Campus de la Salud y el desarrollo de la Investigación Biosanitaria. En los sistemas sanitarios, calidad y eficiencia son dos caras de la misma moneda, el objetivos es conseguir el máximo nivel de calidad con los recursos disponibles, y en los sistemas sanitarios públicos, y el máximo exponente de la calidad es la equidad, que posibilita a cualquier ciudadano acceder a los servicios sanitarios, garantizados por ley, ya que la salud es un derecho recogido en nuestra Constitución.

Ofrecer el máximo nivel de salud a la población con los recursos disponibles requiere flexibilidad, reorganización, colaboración, racionalidad en la incorporación de nueva y costosa tecnología, y sobre todo, una apuesta por el reconocimiento profesional, mayor autonomía en la gestión de recursos y mayor corresponsabilidad, siendo la mejor forma de conseguirlo la invitación a la participación, como factor clave de motivación y satisfacción profesional.

LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE GRANADA

Granada, su Universidad y sus Hospitales Universitarios, el Hospital Clínico San Cecilio y el Hospital Virgen de las Nieves, han sido referentes en el sector sanitario hospitalario del siglo XX, y han sabido entrar con fuerza en el siglo XXI de la mano de grandes profesionales. En el siglo XXI las viejas organizaciones tienen que reinventarse para seguir siendo competitivas en un mundo global, donde la excelencia cotiza al alza y donde la ciudadanía nos exige máxima calidad, tecnología, inmediatez y resultados en salud.

En el nuevo milenio Granada estrena una nueva estructura sanitaria, el Hospital del Campus de la Salud, ubicado en un nuevo espacio biosanitario, el PTS. La nueva organización sanitaria va a convertir a Granada en un nuevo referente en salud, donde asistencia sanitaria, docencia e investigación traslacional hagan de esta ciudad un entorno atractivo para la instalación de empresas biosanitarias, y donde el conocimiento que se genera en el sector salud en Granada, sea el principal capital para el motor económico y de desarrollo social del sur de Europa.

PARTICIPACIÓN DE PROFESIONALES: GESTIÓN CLÍNICA Y CONVERGENCIA

En Andalucía, la Gestión Clínica tiene 16 años de experiencia acumulada. Las UGC están formadas por equipos multidisciplinares, en torno a áreas de conocimiento. Una de las innovaciones organizativas desarrolladas en los últimos años son las UGC Intercentros *(Resolución: SA 0037/12 de 16 de febrero 2012),* proceso que se ha completado con la creación de Gerencias Intercentros. El objetivo es mejorar la calidad y la eficiencia, reforzar la cartera de servicios, accesibilidad de la ciudadanía, la equidad y potenciar la docencia e investigación, con vínculos con la Universidad.

Se trata de sumar lo mejor de cada centro, una nueva cultura de cooperación frente a la tradicional de competencia entre centros, trabajo en red (sorteando dificultades de recursos o tecnología), en torno a áreas de conocimiento, al liderazgo clínico y a las necesidades de los pacientes, un avance para que la sanidad gire en torno a los pacientes, y no en torno a las estructuras verticales de los servicios clásicos, permitiendo el desarrollo de profesionales, más allá del centro al que estén adscritos.

En la reorganización de los Hospitales han participado casi 500 profesionales, expertos y líderes clínicos de los diferentes servicios, utilizando una metodología que ha permitido recoger las propuestas de ambos hospitales, de “abajo arriba”, teniendo en cuenta también a AP y otros colectivos sociales y ciudadanos. **El Plan Director** se ha articulado en tres grandes ejes:

Futuro Hospital Universitario situado en el Parque Tecnológico de la Salud, Granada

1) Áreas de conocimiento, con la convergencia de UGC de los Hospitales Virgen de las Nieves y San Cecilio, en Unidades Intercentros. Servicios clínicos hasta ahora duplicados, convergen en una misma dirección, unificando procedimientos de trabajo, criterios de actuación, objetivos de calidad, e investigación. En este proceso han intervenido casi 200 profesionales.

2) Nueva tecnología y equipamiento para la dotación y puesta en marcha del Hospital del Campus, mediante un proceso de "Dialogo Competitivo" en el que han participado 107 profesionales de reconocido prestigio, configurados en 6 grupos de trabajo: a) Monitorización y soporte vital, b) Bloque quirúrgico, c) Alta tecnología, d) Laboratorios, e) Mobiliario de oficina y general y f) Electromedicina.

3) Elaboración del Plan Estratégico, en el que han participado 150 profesionales de todas las áreas. Además, se ha unificado la gestión de recursos humanos, sistemas de información, hostelería, infraestructuras, control de gestión, etc. Finalmente, la ciudadanía ha participado a través las comisiones de participación ciudadana de los hospitales.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN BIOSANITARIA EN GRANADA

Es una prioridad en el nuevo milenio. El Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada es un espacio de investigación multidisciplinar donde participan grupos de Investigación de los Hospitales Universitarios de Granada, AP y la Universidad. El objetivo es desarrollar e integrar la investigación biomédica, clínica y epidemiológica que se realiza, potenciando la investigación traslacional con una mejor transferencia de los avances científicos obtenidos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud prioritarios en Andalucía.

El Biobanco es una Iniciativa de nuestra Consejería (Decreto 1/2013, de 8 de enero, por el que se regula su constitución y funcionamiento y se crea el Registro de Biobancos de Andalucía) para el fomento de la Investigación Biomédica y la protección de los derechos de los ciudadanos donantes de tejidos y muestras biológicas que se utilizan en terapéutica e investigación.

Fibao es La Fundación Pública Andaluza para la Investigación Biosanitaria en Andalucía Oriental-Alejandro Otero- para la gestión de los recursos de investigación, la promoción de la investigación biomédica y la promoción profesional.

El objetivo final es que los Hospitales de Granada aporten beneficios a la ciudadanía y a la sanidad pública, y que resumimos en siete:

Mayor equilibrio asistencial y mejora de la accesibilidad de los ciudadanos a la sanidad pública, con equidad al no estar asignados los pacientes a un hospital u otro en función de un domicilio, sino en función de los mejores servicios.

Mejora de la atención sanitaria, dado que cualquier paciente será atendido por equipos multidisciplinares de las diferentes unidades clínicas de referencia.

Unidades agrupadas en torno a áreas de conocimiento, con los mejores profesionales trabajando en equipo y con acceso compartido a alta tecnología diagnóstica y terapéutica.

Hospitales orientados al Desarrollo, Investigación, Docencia e Innovación.

Mayor Eficiencia mediante la optimización de recursos.

Uso de Procedimientos y Protocolos comunes, basados en la mejor práctica clínica y la evidencia científica disponible.

Disminución del número de directivos con el ahorro consiguiente.

Del MARISTÁN DE GRANADA a los Hospitales Universitarios de Granada, hemos pasado de un hospital para enfermos pobres y locos, a una red hospitalaria pública, universal y gratuita, con personas que trabajan para personas, al servicio de las necesidades de los pacientes y con altos niveles de calidad y excelencia, referente del Sur de Europa.

BIBLIOGRAFÍA

Peláez Rovira A. El Maristán de Granada al servicio del poder nazarí: el uso político de la caridad. 2011 - digital.csic.es

Plan Estratégico de Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Disponible en :http://www.csalud.junta-andalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_estrategico_investigacion_desarrollo_innovacion/plan_estrategico_investigacion.pdf

Memoria Servicio Andaluz de Salud 2012. Disponible en :http://www.sas.junta-andalucia.es/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/575/pdf/SAS_MEMO_12-8.pdf

Bayona García M. Proceso de convergencia de los hospitales universitarios de Granada: Propuestas de los profesionales. Actualidad medica. 2013;98(788):33-37.

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 28-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental

The Royal Academy of Medicine and Surgery of Oriental Andalusia

Antonio Campos Muñoz
Presidente del Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental y Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina

Resumen
En el artículo se exponen las funciones que debe desempeñar en la sociedad actual una Academia de Medicina y como lo hace la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. A tal efecto se describen los distintos saberes que la Academia debe procurar y los mecanismos de difusión con los que debe trasmitirlos a los profesionales y a la sociedad.

Palabras clave: Sociedad, Real Academia, medicina, difusión.

Abstract
The functions to be performed by an Academy of Medicine today are exposed in this article and how are implemented by the Royal Academy of Medicine of oriental Andalusia. For this purpose, the different types of knowledge that the Academy should procure and the mechanisms used to transmit them to the profesionals and society are described.

Keywords: Society, Royal Academy, medicine, transmit.

INTRODUCCIÓN

Aunque existen antecedentes clásicos las Academias que hoy conocemos nacen y se desarrollan a partir de la Ilustración. Desde entonces las Academias han constituido, con mayor o menor éxito, ámbitos de saber y de discusión en el que personas expertas y con experiencia en campos diversos, la lengua, la medicina, las ciencias, las artes, etc.- han procurado estimular y promover filantrópicamente al servicio de la sociedad el progreso social que se deriva de dichos saberes

En Granada la Real Academia de Medicina que fue respectivamente del Reino de Granada, del distrito universitario de Granada y más recientemente de Andalucía Oriental, tiene su origen en una "tertulia médico-literaria" reconocida como Academia por Fernando VI en 1757. Dicha academia se ubicaba en una botica semejante a la que existe reconstruida en Londres en el Museo Wellcome de Historia de la Medicina. Sir Henry Wellcome la compró en Granada en 1928 y la trasladó a la capital inglesa. La botica, sede de la primitiva academia, estaba localizada en una calle hoy inexistente situada entre el Colegio Mayor San Bartolomé y Santiago, la iglesia de San Justo y Pastor y la Facultad de Derecho (1).

En su actual configuración la Real Academia de Medicina tiene su origen en la Real Cédula dictada por Fernando VII en 1830. Durante su existencia la Academia ha contado con 195 Académicos de Número, 596 académicos corresponsales o correspondientes y un selecto número de Académicos de Honor entre los que se encuentran Su Majestad la Reina, tres Premios Nobel, Selman Waskman, Severo Ochoa y Gertrude Elion o figuras tan relevantes de la medicina española como Gregorio Marañón, Carlos Jiménez Díaz o Pedro Laín Entralgo. A través de un mismo sillón y el número y la especialidad que éste representa podemos, en la Academia, encadenar algunos de los nombres más significativos de la medicina que se ha ejercido, enseñado e investigado en Andalucía Oriental en los últimos doscientos años. López Mateos, Maestre de San Juan, Creus y Manso, García-Duarte, Emilio Muñoz, Fidel Fernández, José Escolar, Guirao Gea, Guirao Pérez, López Neyra, Ortíz Picón, Vicente Salvatierra, Galdó Villegas o García Ballester, son algunos de estos nombres. La Real Academia, constituye por todo ello en el ámbito territorial de Andalucía Oriental uno de los organismos médicos consultivos de más prestigio (2).

Sin embargo, en una sociedad como la actual, en la que existen, numerosos organismos vinculados a la medicina con funciones y actividades diversas como son los hospitales, los centros de salud, los institutos de investigación biomédica, las facultades de medicina, las sociedades científicas, los colegios oficiales de médicos, los sindicatos profesionales y los organismos sanitarios reguladores autonómicos, nacionales y europeos ¿qué papel debe desempeñar una academia en el ámbito médico-sanitario?¿qué sentido tienen las academias en el mundo globalizado en que vivimos?

Gregorio Marañón ha escrito que "el patriotismo consiste en que cada uno esté en su sitio" y el médico y escritor portugués Miguel Torga que "lo local es lo universal sin paredes". Amparado en ambos principios voy a tratar de identificar cual es el sitio, el papel, que en la sociedad española debe tener una Academia de Medicina en relación con el resto de los organismos y corporaciones médicas existentes en nuestra sociedad. El modelo que voy a seguir es el de la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental con sede en Granada porque al eliminar sus paredes, al describir con claridad y transparencia, su vida académica, voy a poder mostrar con más facilidad todo lo que de universal y de valioso tiene para nuestra sociedad una Academia de Medicina.

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

LAS FUNCIONES DE UNA ACADEMIA DE MEDICINA

Exaltar la excelencia del saber médico y de sus protagonistas y poner filantrópicamente ese saber y ese protagonismo exaltado al servicio de la sociedad constituye, a mi juicio, el fin último de las Academias de Medicina. En relación con esta proposición es importante identificar bien el significado de los términos utilizados para poder valorar adecuadamente el significado de la misma. Exaltar es, según el diccionario, elevar a alguien o a algo a gran auge o dignidad, realzar el mérito y avivar o aumentar un sentimiento o una pasión. Todas estas acciones son las que, en el ámbito de la medicina y sus protagonistas, procuran estimular y promover las Academias. La excelencia, de igual modo, es la superior calidad o bondad que hace a algo o a alguien digno de singular estimación y aprecio. A esa excelencia médica, a esa medicina de superior calidad, en su saber y su ejercicio, es a la que, para su estimación y aprecio social, quieren también exaltar las Academias. El término filantropía, el amor al género humano, es hoy día un término ilustrado bastante en desuso que sin embargo, a mi juicio, es importante rescatar para expresar la vocación de servicio desinteresado y civil que tienen las Academias en relación con la sociedad a la que sirven. Una sociedad que no ha de entenderse en un sentido abstracto sino como el conjunto de personas concretas que conviven y se relacionan en un espacio y en un ámbito cultural determinado.

¿Cuáles son los ámbitos del saber médico cuya excelencia las Academias deben procurar? A mi juicio cinco: el saber cooperativo, el saber sintético, el saber reflexivo, el saber cultural y el saber acumulativo.

El saber cooperativo es el que surge de la aportación de sus distintos miembros, peritos en las distintas especialidades médicas, para sumar y enriquecer el conocimiento de un área concreta del saber o de una enfermedad o patología determinada. El saber sintético y jerarquizado sobre un problema científico o médico específico es el que demanda hoy el exceso de información que inunda cada día el quehacer del médico y que parece no ser objeto de especial interés por parte de los investigadores. El saber reflexivo es el que surge del análisis y la deliberación sobre los problemas que nacen del ejercicio medico y sus complicaciones y tratan de dilucidar y distinguir lo útil de lo inútil, lo eficaz de lo ineficaz o lo verdadero de lo falso. El saber cultural es aquel que inserta la medicina en la cultura toda y hace del saber médico un importante componente de la misma. El saber acumulativo de la medicina es por último, un saber vinculado a la conservación del patrimonio histórico de la misma. Se trata de un saber que por un lado permite valorar el progreso científico, diagnostico y terapéutico de la medicina a lo largo de la historia y, por otro hacer que nuestra sociedad tome conciencia de la progresiva conquista que ha supuesto para la humanidad su lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte.

LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS FUNCIONES ACADÉMICAS

Para el logro de los saberes arriba indicados las Academias utilizan diferentes instrumentos que luego proyectan al exterior a través de distintos sistemas de difusión.

El instrumento que facilita y hace posible el saber cooperativo es la sesión de dictámenes en la que los distintos miembros del Academia debaten y enriquecen desde la perspectiva de su especialidad o conocimiento el dictamen que presenta un académico ponente, sobre una determinada actuación médica, a dilucidar ante un tribunal de Justicia (fig. 1). En la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental los primeros dictámenes se realizan ya en el primer año de funcionamiento regular y oficial de la Academia. Así en 1832 los dictámenes emitidos fueron 26 ; hace 150 años, en 1863, los enviados a los tribunales, fueron 20 y hace 100 años, en 1913, la cifra de dictámenes emitidos fue de 14. El número de dictámenes elaborados el año pasado por la Real Academia fue de 20.

Los instrumentos para abordar el saber sintético son los Discursos de Ingreso de los nuevos Académicos que se incorporan periódicamente a la institución y que recogen en un documento impreso la síntesis de un tema propio de su especialidad.

Figura 1. Sala de dictámenes

Las publicaciones, las convocatorias de premios y las sesiones monográficas constituyen asimismo instrumentos válidos que las Academias utilizan para establecer propuestas sintéticas sobre determinados temas. La Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental programa, aparte de ingresos y monografías, cuatro sesiones monográficas anuales para cada una de las secciones de la Academia, la sección de ciencias básicas, la de Medicina, la de Cirugía y la de Higiene y Medicina social. Las programadas en la actualidad son sobre la enfermedad arterioesclerótica: de la prevención al tratamiento; la célula: del laboratorio a la clínica; situación actual de las vacunas y la cirugía robótica (fig.2).

Figura 2. Salón de actos

El instrumento para abordar y establecer el saber reflexivo es la elaboración por parte de los académicos de documentos de análisis y de posicionamiento académico sobre cuestiones medicas objeto de amplia discusión científica, técnica, educativa, administrativa o económico-social y que surgen motu proprio por parte de la Academia o por encargo de las autoridades sanitarias y educativas o administrativas y organismos profesionales como los Colegios de médicos o las Sociedades Científicas. Entre los informes más recientes elaborados por la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental está el Informe realizado a petición del Consejo Social del Ayuntamiento de Granada para el plan estratégico de la ciudad.

El instrumento para abordar el saber cultural en el ámbito de la medicina es el desarrollo de conferencias y sesiones interdisciplinarias con otros ámbitos del saber a propósito de conmemoraciones históricas, literarias y sociológicas. Entre las actividades más recientes organizadas por la Academia con sede en Granada destacan las desarrolladas con motivo del séptimo centenario de Ibn al-Jaṭīb y el ciento cincuenta aniversario de la muerte del académico granadino Mariano López Mateos, introductor de la teoría celular en España. El instrumento que hace posible, por

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 30-48

último, el saber acumulativo vinculado a la conservación del patrimonio es, aparte de mantener el ya existente, la incorporación de nuevo patrimonio por adquisición, o preferentemente por donación, con el objeto de evitar su pérdida o destrucción para facilitar posteriormente su exposición y conocimiento. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Andalucía Oriental cuenta con un importante fondo patrimonial de más de dos siglos fruto de importantes donaciones entre las que destaca la del Prof. Miguel Guirao Pérez que constituye la base de la Galería y Museo médico de la Academia.

Las Academias deben dedicar gran parte de su actividad a la formación y la difusión del conocimiento. Por supuesto, y en lo que a la formación se refiere, la Academia no pretende en modo alguno competir con la Universidad o con las Sociedades Científicas ni Organizaciones Profesionales cuyos objetivos están bien definidos en las leyes, la tradición y las costumbres. La Academia en este campo si quiere, sin embargo, contribuir a dichas actividades, en cooperación con todas esas instituciones y organismos, aportando la visión de encuentro y síntesis a la que antes hacía referencia y que si siempre ha sido importante lo es mucho más en nuestros días, en los que la información es tan inabarcable como dispersa. Los mecanismos básicos de difusión de las academias son las conferencias y las sesiones públicas, los cursos, las exposiciones, la difusión en la red y las publicaciones. En este ámbito, la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental utiliza todos estos mecanismos destacando en su programación la existencia de exposiciones itinerantes como la celebrada con motivo del aniversario de Ibn al-Jaṭīb y la difusión a través de internet (http://ramao.es/) de un sistema de TV en la red con un aula audiovisual de documentales y con sesiones científicas y conferencias grabadas (fig.3) La Academia dispone asimismo de una revista indexada Actualidad Médica que se edita en papel y en la red y que viene funcionando desde 1911 (fig.4).

Figura 3. RAMAO TV en la página web de la Real Academia

Todas las actividades de la Academia se desarrollan y difunden en su ámbito territorial el cual comprende las cuatro provincias de Andalucía Oriental: Almería, Granada, Jaén y Málaga y las ciudades de Ceuta y Melilla. En este sentido la Academia está impulsando al máximo la extensión de sus actividades a todo su territorio.

Los saberes académicos generados y difundidos a través de los instrumentos y mecanismos arriba indicados se proyectan básicamente a dos niveles: a nivel profesional y a nivel social. En el primer caso a los propios académicos, a los profesionales sanitarios y a los estudiantes de medicina. En el segundo caso, a la sociedad en general y muy especialmente a las autoridades políticas y sanitarias, los tribunales de justicia, los organismos culturales y los medios de comunicación social. En ambos casos, aunque a distinto nivel, la Academia contribuye a aportar un saber riguroso, integrado, actualizado, sintético, jerarquizado y situado en su contexto cultural e histórico.

Figura 4. Revista Actualidad Médica, fundada en 1911 y editada por la Real Academia

Las Academias de Medicina tienen, como consecuencia de todo lo arriba indicado una misión que cumplir complementaria a la que realizan otras instituciones y corporaciones sanitarias. En Andalucía Oriental y en las ciudades españolas de Ceuta y Melilla la Real Academia de Medicina y Cirugía con sede en Granada tiene, desde hace casi dos siglos, la responsabilidad de intentar cumplir esa misión. Una misión y una actividad que, sustentada en los principios anteriormente expuestos, la Real Academia desarrolla en la actualidad con la estrecha colaboración de las Facultades del Medicina de Granada y Málaga, los Colegios Oficiales del Médicos y las autoridades sanitarias de la región. Una misión y unas actividades que solo tendrán sentido si la propia comunidad médica y la propia sociedad las valoran y las hacen suyas al servicio de la mejor medicina posible.

REFERENCIAS

1. Guirao Pérez, M García Torres, JA Nómina y crónica de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada. Granada, Ed Grafica del Sur. 1989

2. Gutierrez Galdó J. Real Academia de Medicina y Cirugía de Granada. Granada, Ed. Real Academia de Andalucía Oriental. 2001

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

Aureliano Maestre de San Juan y el nacimiento de la Escuela Española de Histología

Aureliano Maestre de San Juan and the origin of the Spanish School of Histology

Antonio Campos Muñoz
Catedrático de Histología de la Universidad de Granada. Académico de Número de la Reales Academias de Medicina de Andalucía Oriental y Nacional de España

Resumen
El histólogo granadino Aureliano Maestre de San Juan, primer Catedrático español de Histología, es la gran figura precursora de Cajal. Promotor de los estudios histológicos en España e impulsor de importantes innovaciones docentes es también el autor que describe por primera vez el síndrome de Maestre de San Juan–Kallman. Mentor de Cajal y de otros importantes investigadores su figura y su obra constituyen el origen de la denominada Escuela española de Histología que con Cajal y sus discípulos ha llevado a la ciencia española al nivel más alto de su historia.

Palabras clave: Histología, Cajal, investigadores, ciencia española.

Abstract
The histologist of Granada Aureliano Maestre de San Juan, the first professor of Histology in Spain , is the great precursor of Cajal. Promoter of histological studies in Spain and promoter of important educational innovations is also the author who describes the syndrome of Maestre de San Juan-Kallmann. Mentor of Cajal and other important researchers, his figure and his work are in the origin of the so-called Spanish School of Histology, that with Cajal and his pupils, has led to the spanish science at the highest level in its history.

Keywords: Histology, Cajal, researchers, spanish science.

INTRODUCCIÓN

Si es cierto, como ha afirmado Borges, que cada descubridor de verdades crea sus propios precursores, la figura del histólogo granadino Aureliano Maestre de San Juan es, por derecho propio, la creación precursora de la inmensa figura cajaliana. Sin embargo, invirtiendo el sentido de la anterior afirmación ¿hubiera sido posible Cajal y la escuela española de histología sin Maestre de San Juan y los microscopistas españoles del segundo tercio del siglo XIX? Parece difícil aunque, como ha indicado Laín, la excepcional importancia de la obra de Cajal le dio apariencia de alto ciprés solitario. La pregunta, ante esta realidad, surge inevitable ¿quién fue y que hizo Don Aureliano Maestre de San Juan en los años que precedieron a la gran eclosión de la escuela cajaliana? y sobre todo, y mucho más importante, ¿qué simboliza y representa su figura en la histología y la medicina de nuestros días?

Aureliano Maestre de San Juan nace en Granada el día 17 de Octubre de 1828 y muere en Alicante el 1 de Junio de 1890 (fig.1). Desde muy joven destacó por su gran capacidad intelectual y a los 13 años era ya bachiller en filosofía. Los estudios de medicina los realiza, primero en Granada, y posteriormente en Madrid, ciudad en la que obtiene el título de Licenciado en 1847 y el de Doctor en 1851. Tras alcanzar por oposición la plaza de ayudante anatómico de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, y adquirir una gran destreza en disección, dibujo, pintura y modelado anatómico, ocupa en 1852 el cargo de profesor sustituto y, en 1857, el de profesor clínico en el hospital de San Juan de Dios

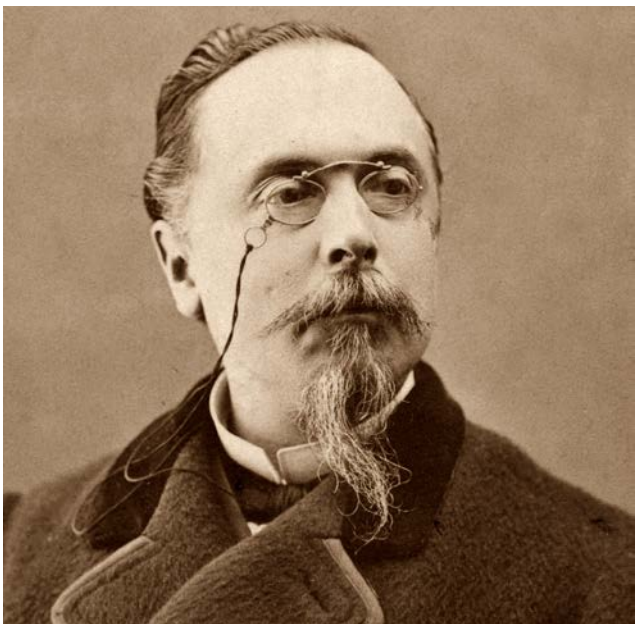


Figura 1. Aureliano Maestre de San Juan

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 32-48

de Granada, hospital vinculado a la Facultad de Medicina de su ciudad natal. En 1859 se incorpora a la Real Academia de Medicina de Granada y su Reino y en 1860, y tras una brillante oposición en Madrid, alcanza también la cátedra de anatomía descriptiva y general de la Facultad granadina (fig. 2). A partir de ese momento Maestre de San Juan dedica sus esfuerzos a la ciencia histológica y durante sus vacaciones viaja por Europa visitando los laboratorios de histología más importantes del viejo continente y estableciendo contacto con algunos de los histólogos más relevantes del momento (fig 3).

Figura 2. Aula de Histología de la Facultad de Granada en la segunda mitad del siclo XIX

Figura 3. Microscopio modelo Nachet utilizado en la época de Maestre de San Juan

En 1873 se traslada a la Facultad de Medicina de Madrid para ocupar la primera cátedra de histología de España e impartir docencia primero en el doctorado y, a partir de 1886, también en la licenciatura. Fundador de la Sociedad Histológica Española en 1874, Director del Laboratorio de Histología y Microbiología de la Facultad madrileña desde 1875, y Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina desde 1885, Maestre de San Juan, sufre en 1888 un grave accidente en su laboratorio al recibir una salpicadura de sosa caustica, que le hace perder la visión en ambos ojos. Dos años más tarde muere en Alicante a causa de un proceso cardiopulmonar de naturaleza no aclarada cuando intentaba recuperarse de sus secuelas oculares (1)(2)(3)

La aportación de Don Aureliano a la medicina española es, a mi modo de ver, una aportación triple de la cual, a pesar del tiempo transcurrido, es aún posible extraer, algunas consecuencias importantes. Por un lado su obra es un ejemplo de difusión y verdadero apostolado, así lo describió su discípulo Eduardo García Solá, a favor del desarrollo y la inserción en la medicina de una nueva rama del saber científico -la histología- a la que, logró institucionalizar en la sociedad médica y española de su tiempo. Su obra constituye asimismo una importante aportación a la docencia de la medicina al estimular y promover acciones e innovaciones docentes que siguen teniendo en nuestros días una extraordinaria vigencia. Su obra constituye, por último, un excelente ejemplo de la importancia que tiene, para la investigación y la adquisición de nuevos conocimientos médicos, la observación inteligente y atenta de la realidad diaria.

En relación con la promoción y difusión de la ciencia histológica basta recordar que cuando Maestre alcanza en 1860 la cátedra de Anatomía, en la Facultad de Medicina de Granada, el microscopio constituye un instrumento exótico ignorado por la mayoría de los profesores españoles de la época para los que las maravillosas descripciones de células y parásitos invisibles constituían una pura fantasía. A su muerte, apenas treinta años después, la histología, asentada en la teoría celular que ha introducido en España el también profesor granadino Mariano López Mateos en 1853, no solo forma ya parte del plan de estudios de la licenciatura de medicina sino que dispone también de cátedras en todas las Facultades de Medicina de España y está incluso presente en Real Academia Nacional de Medicina. A todo ello ha contribuido Maestre de San Juan de forma muy notoria publicando y divulgando sin desmayo hechos y hallazgos histológicos en las revistas profesionales de la época en las que insiste con fervor en la utilidad que los estudios histológicos tienen para ciencia médica y en los que recomienda la creación de laboratorios de histología en los hospitales (4). Sus dos tratados, el "Tratado de Anatomía General" de 1872 (fig.4) y el "Tratado Elemental de Histología Normal y Patológica" -en sus dos ediciones de 1879 y 1885- constituyen los libros de referencia de la época y el punto de partida en España de una histología científica plenamente incardinada en la ciencia médica de su tiempo (5) (6).

La contribución a la docencia de Maestre de San Juan es de primera magnitud. En Granada comienza de forma pionera a impartir practicas de histología lo que lleva implícito la utilización de microscopios por parte de los alumnos, actividad que sigue hoy día constituyendo uno de los recursos didácticos más importantes para el aprendizaje de la histología en todas las Facultades de Medicina del mundo. Por otro lado Maestre genera a su alrededor un pequeño número de colaboradores que va a constituir el primer grupo de trabajo de la histología española y que, de alguna manera, constituye el germen de un nuevo modelo de actividad universitaria que trasciende a la mera actividad aislada e individual del profesor. Es, en el seno de este grupo, dirigido por Don Aureliano, en el que van a formarse algunos de los investigadores más importantes de la ciencia española. Entre ellos destacan Leopoldo López García, futuro catedrático de Valladolid y maestro de Don Pío del Río Hortega, y, sobre todo, Don Santiago Ramón Cajal, que fue alumno de Maestre en el doctorado , y que a la muerte de este le sucederá en su cátedra de Madrid. El propio Cajal nos cuenta el impacto emocional que supuso para él observar las preparaciones microscópicas elaboradas por don Aureliano y sus ayudantes en el laboratorio de la Facultad de Madrid. Tras ello, y como ha señalado Laín, el joven anatomista que es en ese momento Cajal se transmuta en un incipiente histólogo. En sus memorias Cajal nos da cuenta, asimismo, de otras dos importante cualidades que, en relación con la docencia, poseía Don Aureliano: la comunicación entusiasta y el estímulo constante que procuraba a sus discípulos.

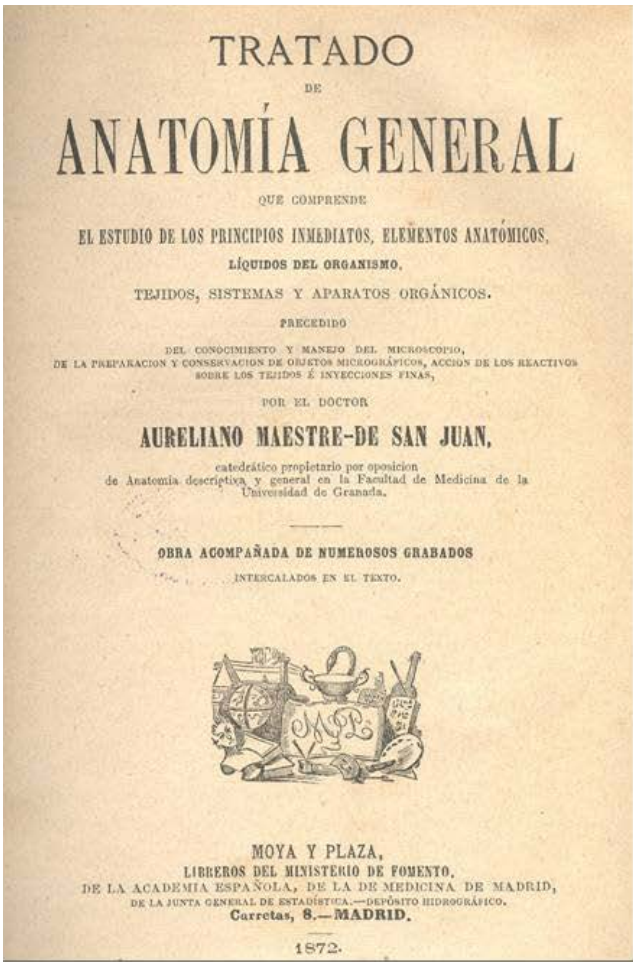

TRATADO
DE
ANATOMÍA GENERAL
QUE COMPRENDE
EL ESTUDIO DE LOS PRINCIPIOS INMEDIATOS, ELEMENTOS ANATÓMICOS,
LÍQUIDOS DEL ORGANISMO,
TEJIDOS, SISTEMAS Y APARATOS ORGÁNICOS.
PRECEDIDO
DEL CONOCIMIENTO Y MANEJO DEL MICROSCOPIO,
DE LA PREPARACION Y CONSERVACION DE OBJETOS MICROGRÁFICOS, ACCION DE LOS REACTIVOS
SOBRE LOS TEJIDOS É INYECCIONES FINAS,
POR EL DOCTOR
AURELIANO MAESTRE-DE SAN JUAN,
catedrático propietario por oposicion
de Anatomía descriptiva y general en la Facultad de Medicina de la
Universidad de Granada.
OBRA ACOMPAÑADA DE NUMEROSOS GRABADOS
INTERCALADOS EN EL TEXTO.
MOYA Y PLAZA,
LIBREROS DEL MINISTERIO DE FOMENTO,
DE LA ACADEMIA ESPAÑOLA, DE LA DE MEDICINA DE MADRID,
DE LA JUNTA GENERAL DE ESTADÍSTICA.—DEPÓSITO HIDROGRÁFICO.
Carretas, 8.—MADRID.
1872.

Figura 4. Tratado de Anatomía General de 1872

"Me animó insistentemente durante mis ensayos de investigador -escribe también Cajal- fortaleciendo mi confianza en las propias fuerzas. Las cartas con que acusaba recibo de mis publicaciones constituían para mí un tónico moral de primer orden" (7). A la práctica estas cualidades la moderna pedagogía les llama motivación y refuerzo positivo.

La importancia que tiene la observación atenta de la realidad en el ámbito de la medicina para diagnosticar un determinado proceso o en su caso para identificarlo y describirlo la puso de relieve Maestre de San Juan en numerosas ocasiones al dar cuenta, en las revistas de la época, de distintos casos observados en el curso de disecciones anatómicas o en casos clínico-quirúrgicos que tuvo la oportunidad de estudiar. El caso más relevante es la descripción por primera vez del hoy conocido como Síndrome de Maestre-Kallmann-Morsier, Síndrome de Maestre de San Juan-Kallmann o Síndrome de Maestre de San Juan-Kallmann-Morsier. Se trata de un síndrome que se caracteriza por la asociación de hipogonadismo y anosmia y que Maestre de San Juan identifica y describe por primera vez en el "El Siglo Médico" en Julio de 1856 (8)

En 1888, en la Real Academia Nacional de Medicina, Aureliano Maestre de San Juan va a desarrollar su último trabajo; será la contestación al discurso de ingreso del doctor Magaz, profesor de fisiología. Don Aureliano, el promotor e impulsor de la histología española, el docente innovador y entusiasta y el médico atento a realidad médica que tiene ante sus ojos, va a postular, una vez más, algo que por obvio parece evidente: la anatomía y la histología constituyen no sólo la base de la fisiología, sino también de la patología y de la terapéutica. Postula, en última instancia, una medicina asentada en la célula y el tejido como sustrato de la enfermedad y todo ello en un contexto social en el que el mundo microscópico era calificado como "Anatomía Celestial" por la mayor parte de los profesores de la época.

La figura del profesor granadino Aureliano Maestre de San Juan es sin duda una de las más relevantes de la medicina española del siglo XIX. De su fecundo magisterio surgirá la mecha de la potente escuela española de histología que con Santiago Ramón y Cajal y sus discípulos - Jorge Tello, Nicolás Achúcarro, Pio del Rio-Hortega y Fernando de Castro entre otros - van a llevar a la ciencia española al nivel más alto de su historia.

REFERENCIAS

1. Nogales, A. Garcia-Poblete, E, *Maestre de San Juan. El ilustre desconocido*. Servicio de Publicaciones. Universidad Rey Juan Carlos. 2004

2. Olagüe de Ros, G.. La obra histológica de Aureliano Maestre de San Juan en Granada. Histología Médica, 1-2, 143-146. 1986

3. Olagüe de Ros, G, *Ciento veinte años de labor docente, asistencial e investigadora en la Facultad de Medicina de Granada 1857-1976*. Granada, Universidad de Granada. 2001

4. Maestre de San Juan A, De la necesidad de establecer en todos los hospitales de España laboratorios de Histología para los progresos de la Anatomía patológica *La Gaceta de Sanidad Militar*, 1 , 235-243. 1875

5. Maestre de San Juan, A. *Tratado de anatomía general precedido del conocimiento y manejo del microscopio, de la preparación y conservación de objetos micrográficos*. Madrid, Moya y Plaza, 1872

6. Maestre de San Juan, A. *Tratado de histología normal y patológica, precedido de un resumen de técnica histológica.* Madrid, Moya y Plaza, 1879-1885

7. Ramón y Cajal S. *Recuerdos de mi vida. Historia de mi labor científica*. Madrid , Alianza Editorial, 1981

8. Maestre de San Juan, A. F*alta total de los nervios olfactorios con anosmia en un individuo en quien existía una atrofia congénita de los testículos y miembro viril. El Siglo Medico*, 3, 211, 1856

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 34-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

Federico Olóriz y la identifiación por huellas dactilares

Federico Olóriz and identification by fingerprints

Miguel Guirao Piñeyro
Departamento de Anatomía y Embriología Humanas. Presidente Comisión "Año Olóriz". Universidad de Granada

Resumen
El granadino Federico Olóriz, catedrático de Anatomía de San Carlos entre 1883 y 1912, derivó sus estudios hacia la antropología, sin abandonar nunca su magisterio anatómico. Desde aquella, tras ser nombrado jefe del servicio de identificación, se esforzó en conseguir la mayor fiabilidad en la identificación de los delincuentes, aplicando el análisis de las huellas dactilares y proponiendo sus propias conclusiones, en lo que se ha venido en llamar el Sistema de Identificación Español, universalmente conocido como Método Olóriz. En Granada, en 1911, se propone que esta identificación por huellas dactilares se extienda a toda la población en lo que sería, décadas más tarde, el Documento Nacional de Identidad.

Palabras clave: Antropología, anatomía, identificación, huellas dactilares.

Abstract
Federico Olóriz, Professor of Anatomy of San Carlos between 1883 and 1912, derived his studies to anthropology, without ever leaving his anatomical teaching. From that, after being appointed head of identification, strove to achieve greater reliability in identifying criminals, applying the analysis of fingerprints and proposing their own conclusions on what has been called the Identification Spanish System, universally known as "Olóriz Method". In Granada, in 1911, it is proposed that this fingerprint identification is extended to the entire population in what would, decades later, the National Identity Card.

Keywords: Anthropology, anatomy, identifying, fingerprints.

INTRODUCCIÓN

Federico Miguel de la Santísima Trinidad Olóriz Aguilera nace en Granada el 9 de octubre de 1855, a las 8 de la mañana –según leemos en su partida de bautismo- en el barrio de San Lázaro, en una casa de la calle San Juan de Letrán, próxima a la iglesia del mismo nombre. Sería el menor de los nueve hijos que tuvieron Rafael Olóriz Alonso Barroeta y Ana Aguilera Gabaldón. Pese a lo que se ha venido afirmando en otras ocasiones, pertenecía a la burguesía letrada, pues su abuelo fue escribano y un hermano de su padre, notario. Aunque sí es cierto que su familia pasó algunos apuros económicos, ya que el padre estuvo más veces cesante, que en activo, de su puesto en el ayuntamiento granadino.

Aprende las primeras letras en un colegio privado dirigido por José Aguilera López, pedagogo de reconocido prestigio en esa época y situado en el entorno del por entonces Convento del Ángel Custodio, hoy Banco de España, en la Gran Vía. Hace el bachillerato en el Instituto de Secundaria, situado en el actual Colegio Mayor San Bartolomé y Santiago. En el libro de matrículas del curso 1865-66 encontramos inscritos a los hermanos Olóriz Aguilera: Emilio: 1er curso, 11 años; Rafael, 18 años; Eduardo, 3er curso, 14 ó 15 años; Federico, 10 años, 1er curso. El resto de sus hermanos fueron Matilde, Enrique y Natalia; tuvo otros dos que murieron prematuramente. Obtiene, según recoge Guirao Gea, uno de sus primeros biógrafos, "unas calificaciones buenas, pero nada extraordinarias" (1).

Empieza la carrera de Medicina en 1870, con 14 años. La Facultad estaba situada junto al Hospital de San Juan de Dios, constituyendo un tercer patio del mismo. Este edificio fue la sede de una de las primeras facultades en abandonar el núcleo central universitario granadino que, por aquel entonces, se ubicaba en el llamado Colegio de San Pablo o Cuartel de la Compañía, actual Facultad de Derecho. Allí se había trasladado la Universidad desde su primitivo edificio frente a la Catedral, tras la expulsión de los Jesuitas en el siglo XVIII.

Durante sus estudios fue alumno interno de Anatomía desde marzo de 1872. Se licencia en septiembre de 1875, con 19 años, obteniendo premio extraordinario. De inmediato se incorpora al profesorado, como ayudante de clases prácticas, y en 1877 obtiene la plaza de profesor clínico. En este mismo año lee su Tesis Doctoral en Madrid, sobre un tema quirúrgico. Entre otras disciplinas, fue encargado de impartir Anatomía, Disección y Osteología. Pensando en consolidar su carrera universitaria, opositó a una cátedra de Anatomía Descriptiva y General de la Universidad de Granada, convocada en 1880. Tras la realización de los ejercicios, el tribunal no lo consideró idóneo, como tampoco "a un tal Santiago Ramón y Cajal".

Poco antes, el 2 de diciembre de 1878 se había casado con Gracia Ortega Garrido. Tuvieron seis hijos, de los que sólo les so-

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

brevivieron dos: Federico (1879), el mayor, que fue catedrático de la Universidad de Granada durante la primera mitad del siglo pasado, casado con María Prieto Ledesma y que no tuvieron hijos, y Teresa (1893), la menor, casada con el oftalmólogo extremeño Luis González Calderón de la Barca, y que fue, a la postre, la que daría a Olóriz su descendencia, que hoy llega hasta los trastataranietos. Sus otros hijos se llamaron: José, Ricardo, Gracia y Emilia. De la vida de este matrimonio en Granada sabemos poco. A principios de 1885 escribe en uno de sus diarios "Mis dos primeros años de casados vivimos en Boquerón 38, la casa de mis suegros" (2). Gracia debió ser una joven guapa, ya que la llamaban, según su biznieta Mª Ángeles González Olóriz, "la perla del Boquerón".

Federico Olóriz Aguilera, 1896.

En 1883 consigue por unanimidad la cátedra de Anatomía Descriptiva y General de Madrid. Su sueldo, entonces, sería de 4.000 pesetas anuales. Permaneció al frente de la misma durante veintiocho años y compatibilizaría la tarea universitaria, siempre muy reconocida por sus alumnos y compañeros, con una labor asistencial con enfermos privados.

Federico Olóriz muere en Madrid el 28 de febrero de 1912 de un proceso canceroso, posiblemente de origen prostático y con metástasis intestinales y óseas. Tenía al fallecer únicamente 56 años y unos meses.

OLÓRIZ, ANTROPÓLOGO

En la frontera de los siglos XIX y XX, la investigación anatómica empezaba un cierto declive, mientras que emergían con fuerza ciencias como la Embriología, la Histología, la Fisiología u otras, como la Antropología. De esta opinión participaron varios anatómicos de aquella época; ya Santiago Ramón y Cajal en una carta dirigida a Federico Olóriz desde su cátedra de Anatomía de Valencia, en 1886, confirma este mismo criterio. Él llevaba tiempo dedicado a la Histología y Olóriz escogerá la Antropología, aunque nunca abandonaría del todo la Anatomía, en sus publicaciones y en su docencia. Como muestra de las primeras, las más destacas fueron: *Nuevo compendio de Anatomía descriptiva*, junto a Calleja, y en 1890, un excelente *Manual de Técnica Anatómica*, con muchos años de vigencia. Y de la calidad y entrega de su magisterio anatómico, dan idea los elogios ofrecidos por compañeros, como Gómez Ocaña y Ramón y Cajal que diría años más tarde *que era el maestro por excelencia*; y alumnos como Marañón, Pio Baroja o Leonardo de la Peña, primer catedrático de urología de España, que diría sobre él en su ingreso en la Real Academia de Medicina en octubre de 1927 lo siguiente: … *fue un sapientísimo anatómico, un investigador admirable, un orador elocuente, un eminente maestro y un arquetipo de cualidades morales relevantes, desde el punto de vista de la rectitud, la honradez, la justicia y la modestia* (3).

Con Olóriz se consolidan los estudios antropológicos en nuestro país, en todas sus vertientes. Sus trabajos iniciales fueron sobre cráneos humanos y serían publicados en 1884 en la *Gaceta Médica de Granada.* Luego pasaría a realizar miles de anotaciones antropométricas de cualquier índole, escritas en tablas muy ordenadas y que le llevaron a publicaciones de prestigio. El material procedía de colegios, hospitales, academias militares, centros de reclutamiento e instituciones penitenciarias.

Su obra más difundida en este ámbito es la *Distribución Geográfica del Índice Cefálico en España* de 1894, obtenido tras la medición de 8.368 varones adultos. En él concluye que la población española es muy homogénea, pues no existen diferencias apreciables en dicho índice entre las distintas regiones. Tras su publicación, fueron muchas las felicitaciones de los más relevantes científicos europeos de la época, como Ranke, Zuckerkland, Waldeyer o Bertillon, etc. y fue admitido en las principales sociedades científicas de Antropología. Incluso, la Société d´Antropologie de París le concedió el prestigioso Premio Godard, en competencia con otros importantes antropólogos.

La conocida *Expedición Antropológica a Las Alpujarras,* realizada en el verano de ese mismo año (1894), le llevó a iniciar trabajos en Antropología Social. Comenzó el 7 de agosto por Lanjarón, y recorrió sucesivamente: Órgiva, Cáñar, Bayacas, Carataunas, Soportújar, Capileira, Bubión, Pampaneira, Pitres, Mecina Fondales, Ferreirola, Pórtugos, Busquístar, Trevélez, Bérchules, Jubiles, Cadiar, Narila, Mecina Bombaron, Yegen, Válor y Nechite, terminando su recorrido en Ugíjar el 17 de septiembre. Olóriz no publicó ningún resultado de la misma. Sin embrago, cien años después, un grupo de estudiosos del tema editaron el diario y notas de Olóriz de la expedición (4).

Para el discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina, titulado *La Talla Humana en España*, Olóriz reunió una serie de observaciones realizadas sobre 8.098 casos procedentes de toda España, entre ellos 200 cadáveres de la Facultad de Medicina de Madrid. En él indica que la media de la talla es 1,64 m. explicando las distintas causas de esa baja talla. Anecdóticamente podemos decir, tras el estudio antropológico de sus restos, que estaba por debajo de esa medida, pues su altura era de 1,60 m. Y finalmente, en enero de 1911, inauguraba el curso de esta misma institución –el último de su vida- con un discurso titulado *Morfología Socialística o Morfología exterior del hombre aplicada a las ciencias sociales* en el que hace una síntesis muy completa de todo lo que fue su pensamiento antropológico.

Además, fundó en la Facultad de Medicina el Laboratorio de Antropología, modélico en su tiempo, que llegó a tener más de 2.000 cráneos humanos, convenientemente filiados y que todavía se conservan.

OLÓRIZ Y EL PROBLEMA DE LA IDENTIFICACIÓN

En diciembre de 1886, tres años después de su llegada a Madrid, y a propuesta del Ministerio de la Gobernación, Federico Olóriz es nombrado vocal del Consejo Penitenciario para ocupar la vacante de D. Gabriel Rodríguez. Éste había sido creado unos años antes "con el fin de velar e intervenir en la fiel y correcta aplicación del régimen penitenciario, establecido en el Código Penal". Pensamos que hubo una razón para este nombramiento. Olóriz llevaba desde 1884 utilizando a los presos de las cárceles madrileñas, primero El Saladero y después la Cárcel Modelo, para realizar sus mediciones antropométricas con continuas visitas a sus instalaciones, tal como leemos reiteradamente en su Diario personal de este año. Por tanto, no debía de ser un desconocido en las instancias penitenciarias, amén de su categoría como catedrático de Anatomía de San Carlos.

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 36-48

La correcta identificación de los delincuentes era, por entonces, un problema al que se intentaba dar una solución lo más fiable posible. Se estaban ensayando diferentes procedimientos, como eran: utilizar la distribución de las venas superficiales del dorso de la mano, las características del ombligo, la morfología de los vasos retinianos, etc. El asunto estribaba en la dificultad de reconocer al delincuente reincidente. Por entonces, el método más utilizado era el ideado por Alphonse Bertillon en 1879 y éste, llamado comúnmente "bertillonaje" consistía en reflejar en una ficha once medidas correspondientes a cada individuo: estatura, braza, altura sentado, diámetro transversal y longitudinal de la cabeza, largo y ancho de la oreja derecha, longitud del pie izquierdo, del dedo medio izquierdo, del meñique izquierdo y del codo izquierdo; además, se incluía una fotografía y cualquier anomalía externa. Atendiendo a este sistema de identificación de delincuentes, en 1894 se crea en las cárceles españolas un Servicio de identificación judicial, para ponerlo en marcha.

Más tarde, en 1901 se le nombra inspector general del Servicio, profesor de Antropometría de la Escuela de la Policía y Jefe del Gabinete de identificación de Madrid, con una gratificación anual de 3.000 pts.

Desde este último puesto, Olóriz se preocupa en mejorar dicho Servicio. Por entonces, las descripciones antropométricas citadas no resolvían el problema de identificación con total fiabilidad, puesto que se había dado el caso de que una misma ficha antropométrica correspondiese a delincuentes distintos. Además estaba el problema de los menores de edad, que aun estaban en crecimiento, y cuyas medidas irían cambiando con el paso del tiempo. Para obviar este último inconveniente, pensó en introducir las huellas de los relieves epidérmicos de las últimas falanges de los dedos de las manos como sistema de identificación. En 1902, basándose en un artículo de Varigny publicado en la *Revue Scientifique*, en el que se hacía mención a los estudios de Francis Galton sobre las huellas dactilares, empezó a estudiar las impresiones digitales, como medio de identificar los jóvenes delincuentes. El estudio de las huellas había merecido la atención de varios investigadores como fueron, además del propio Galton, Purkinje, Pottercher, A. Daae, Rocher y Gasti.

Las diez impresiones de los dedos puestas sobre una ficha, permitirían reconocer de manera inequívoca la identidad de los delincuentes, puesto que no se repiten. Podemos decir que el denominado "Método Olóriz" de identificación será su principal aportación a la ciencia, y por ello, entre otras razones, ha sido recientemente declarado por la Junta de Andalucía, a través de su Delegación en Granada, "Granadino Universal".

Fórmula dactiloscópica, firma dactilar y firma escrita de Olóriz.

En 1903, con ocasión del XIV Congreso Médico Internacional de Madrid, presentó una comunicación sobre "un proyecto de clasificación dactiloscópica adaptado a ese particular objeto [la identificación]". En el curso del mismo, el Dr. Domingo S. Cavia, de Buenos Aires, un congresista argentino, le hizo saber que en su país había un investigador de origen checo, llamado Juan Vucetich, que utilizaba las huellas dactilares como "un sistema sencillo, pero con una potencia clasificadora formidable", bautizado con el nombre de *Dactiloscopia*. A partir de ese momento, Olóriz revisó sus 3.000 fichas siguiendo el método argentino y llegó a la conclusión de que era muy útil, quizás mejor que el que había presentado. Como él mismo afirmara, se hizo "Vucetichista" aunque se dedicó a estudiarlo en profundidad.

El mérito de Olóriz fue completar y simplificar la clasificación de Vucetich, añadiéndole las variantes de Galton-Henry y las suyas propias. Así nació el método español de identificación, el Método Olóriz, en 1908 (5), aunque en países sudamericanos se llama método Vucetich-Olóriz. Para establecerlo, llegó a revisar 100.000 impresiones digitales correspondientes a 10.000 delincuentes. Y para divulgar el que a partir de entonces se llamaría "Método Olóriz", escribió en 1909 un libro titulado "Guía para extender la tarjeta de identidad", que repartió gratuitamente entre sus alumnos de la Escuela de identificación.

Para finalizar, ofrecemos dos muestras de la importancia de sus trabajos. La primera, aparecida en un periódico sólo unos meses antes de su muerte, está escrita por Antonio Lecha Marzo, médico por entonces del Hospital Militar de Madrid y posteriormente catedrático de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Granada entre 1914 y 1917. Allí recoge lo que el eminente Edmond Locard, (1877-1966), un conocido criminalista francés, había dicho al respecto (6):

Cuando los grandes servicios identificadores posean los registros donde, por la clasificación monodactilar, las impresiones de los criminales estarán sistemáticamente catalogadas, no habrá, por decirlo así, ningún crimen cometido por un reincidente cuyo autor no sea descubierto en seguida. Y el día en que tal realización sea un éxito, nosotros deberemos acordarnos, con reconocida admiración, que el promovedor de esta revolución policial, muy difícil verdaderamente, pero á la cual deben dirigirse y converger todos nuestros esfuerzos, es Federico Olóriz Aguilera.

La segunda, aparecida unos días después de su muerte, escrita por Rafael Maldonado, alumno de Olóriz en la Escuela de Criminología y más tarde, su colaborador en el Registro Central de Identificación de la Dirección de Prisiones (7):

Cierto es que con su muerte, la medicina y la cirugía española están de duelo, pero aún lo está más la moderna ciencia criminológica, donde Olóriz brillaba como estrella de primera magnitud, y en la que era, no una gloria patria, sino mundial.

Cien años después, la Universidad de Granada conmemora el centenario de su fallecimiento con una serie de actos enmarcados en el denominado Año Olóriz, en el que, la exposición titulada "A propósito de Olóriz", instalada en el Parque de las Ciencias granadino, es una de sus más relevantes actuaciones.

REFERENCIAS

1. Guirao Gea, M. Datos biográficos de D. Federico Olóriz Aguilera. Apertura de Curso Académico 1954-55. Universidad de Granada. 1954, p. 12.

2. Dicho diario y otros documentos que se citan pertenecen al "Fondo Olóriz" de la Universidad de Granada.

3. ABC, 29 de octubre de 1927.

4. Olóriz Aguilera, Federico, *Diario de la Expedición antropológica a La Alpujarra*. Estudios preliminares de Miguel Guirao Pérez, Juan de Dios del Pino Artacho y Francisco Izquierdo Martínez. Granada, Fundación Caja Granada, 1995.

5. Esta clasificación fue presentada por Olóriz en el Congreso Nacional de Medicina de Zaragoza, el 24 de octubre de 1908, titulada *El sistema dactiloscópico español*.

6. *La Correspondencia de España,* 12 de abril de 1911.

7. *La Correspondencia Militar,* 12 de marzo de 1912.

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

El Colegio Oficial de Médicos y la profesión médica

The General Medical Council of Spain and the medical profession

Dr. Juan José Rodríguez Sendin
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)

Resumen
El compromiso del médico con el enfermo está por encima de cualquier otra consideración. Es algo que forma parte de los valores y principios de la medicina que nos dejaron nuestros antepasados y que han permanecido invariables hasta nuestros días. Y los colegios de médicos son, desde hace casi dos siglos, las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de ese compromiso y son los garantes del patrimonio, de la cultura sanitaria que se construye, se renueva y se defiende cada día.

Palabras clave: Compromiso, enfermo, valores, cultura sanitaria, institución.

Abstract
The compromise of the doctor with the patient is over any other consideration. It is part of the invariable values and principles of medicine that our ancestors transmitted to us. Since almost two centuries ago, the medical colleges are the institutions charged of watching over the fulfillment of that compromise and guarantors of the heritage, of the health culture that is built, renewed and defended every day

Keywords: Compromise, patient, values, health culture, institution.

Los médicos somos sociedad y somos historia. Desde Hipócrates, en el siglo V a C., a la Declaración de Ginebra, adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1948, los médicos hemos asumido nuestro compromiso con los enfermos por encima de cualquier otra consideración, es decir, de velar solícitamente y, ante todo, por la salud de los pacientes.

Tanto el juramento hipocrático como la Declaración de Ginebra, incluyen los principios y valores de la medicina que han permanecido mediante su actualización invariables hasta nuestros días: el altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, todos ellos esenciales para una relación asistencial de calidad.

Las normas éticas y deontológicas que compartimos con el resto de la profesión a nivel europeo y mundial proceden del desarrollo de ese patrimonio común, de esa cultura que nos ha permitido llegar hasta la actualidad, con esa manera de ser, de responder a lo que nos rodea y, sobre todo, de responder ante el enfermo, ante el que sufre, ante el que lo necesita. Algo que se ha construido en el crisol de las estructuras y normas que nos dejaron nuestros antepasados.

La profesión médica, el profesional médico y el profesionalismo médico son tres conceptos que, en su conjunto, explican muy bien a quien nos debemos y a qué nos comprometemos. Hace más de tres años, la Organización Médica Colegial, aprobó la conceptualización de estos tres términos y los entregó en el Congreso de los Diputados para dejar constancia de este ideario profesional por el que nos regimos los médicos.

En este ideario se refleja que, para realizar una atención sanitaria de calidad, cada médico no solo debe poseer los conocimientos y habilidades necesarias en el máximo grado posible sino que, además, debe comprometerse con un conjunto de valores, manifestar una serie de actitudes y mantener unas conductas que en su conjunto es lo denominamos profesionalismo médico y que avalan la confianza de la población en los médicos.

La integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos; la compasión como guía de acción frente al sufrimiento; la mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano y la colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de la salud y el bienestar de la población, son los valores que sustentan el compromiso del profesional en su práctica médica.

Y los colegios de médicos son, desde hace casi dos siglos, las instituciones encargadas de velar por el cumplimiento de esos compromisos y son los garantes de ese patrimonio, de esa cultura sanitaria que se construye, se renueva y se defiende cada día.

La historia de los colegios está ligada a movimientos asociativos médicos que, a semejanza de la escuela hipocrática, surgieron a principios del Siglo XIX para dar solución a las consultas que surgían en torno a temas médicos. Más tarde, en el año 1894, se establecería su regulación.

Fue precisamente en ese año, 1984, cuando se pusieron los cimientos del colegio de Granada. El Gobernador Civil de esta provincia convocó a 10 destacados médicos y creó el Consejo Rector de Médicos que, un año después daría lugar al Colegio Oficial de Médicos de Granada. Y, por orden gubernativa, se nombró al primer presidente, el Dr. Eduardo García Duarte, antecesor del

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 38-48

actual presidente, el Dr. Javier de Teresa.

Así surgió el de Granada y otros varios colegios que, con posterioridad, a principios del siglo XX, iniciaron una etapa en la que gozaron de plena autonomía, hasta que llegó la Guerra Civil y la dictadura volvió a recuperar las competencias de los colegios. Volvió a poner y quitar presidentes, normalmente militares, hasta que la llegada de la democracia y la nueva Constitución Española estableció de nuevo la estructura democrática en los colegios y la colegiación obligatoria, con las escasas excepciones que introdujeron posteriormente algunas comunidades autónomas al afrontar competencias sanitarias pero que, con el tiempo, han tenido que dar marcha atrás ante las sentencias contundentes del Tribunal Constitucional.

Los colegios profesionales han sido y son corporaciones de derecho público, encargadas del control y regulación del ejercicio de la profesión, independientemente del ámbito donde se ejerza, ya sea público o privado. Su principal objetivo no es otro que velar para que el ejercicio profesional se realice con las garantías necesarias para la correcta atención al ciudadano. Y, precisamente, la colegiación universal surge del interés general y social que de ella se deriva.

Los colegios son instrumentos para crear inteligencia ética, clínica y profesional y tanto el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, los Consejos Autonómicos y los Colegios provinciales que constituyen la Organización Médica Colegial, son autoridades competentes en el control deontológico de la profesión y en la habilitación e idoneidad profesional. La Validación Periódica de la Colegiación es un paso más en ese compromiso de las corporaciones para garantizar que el médico reúne y mantiene los estándares para ejercer como médico y, por tanto, son los responsables de analizar, evaluar, reconocer y certificar su idoneidad profesional. Y los médicos tenemos el deber de formarnos permanentemente porque, como decía Gregorio Marañón, "ser médico es no cansarse nunca de estudiar y tener todos los días la humildad de aprender una nueva lección de cada día".

Ahora, afrontamos una nueva encrucijada ante el Anteproyecto de Ley de Colegios y Servicios Profesionales que, con más luces que sombras, regula por fin la colegiación obligatoria de los profesionales sanitarios, despejando así la incertidumbre de los colegios que han afrontado durante años el control y la regulación de la profesión sin la referencia de un marco común.

Pero la tutela Administrativa vuelve a aparecer en la penumbra, retrotrayéndonos a otras épocas que todos quisiéramos olvidar y que supone una serie de amenazas sobre la autonomía e independencia en el ejercicio de las potestades que tienen los colegios, concediendo a la Administración la potestad de disolver las Juntas de Gobierno o incorporar a un representante de la propia Administración competente del órgano sancionador del Colegio. Es decir, parece que volvemos a la época en la que el Gobernador Civil ponía y quitaba presidentes.

Hay que dejar bien claro que los colegios son instituciones independientes que se financian al margen de las Administraciones, con las cuotas de los propios colegiados y, por tanto, cualquier exceso en la tutela o control administrativo sobre la organización, actuación y funcionamiento de los colegios puede quebrar las reglas de autonomía y la garantía institucional de los mismos. Porque las funciones de los colegios son inherente a los propios colegios. No son potestades delegadas, ni encomendadas por la Administración, sino atribuidas a los colegios por la propia Ley, lo que acredita la verdadera autonomía de los colegios en el ejercicio, desarrollo y desempeño de dichas potestades públicas administrativas. Otra cosa muy distinta es que tenemos que regirnos por la transparencia y normas de Buen Gobierno que garanticen la confianza en estas instituciones.

Porque, solo así, los que estamos al frente de las corporaciones conseguiremos que todos y cada uno de los médicos a los que institucionalmente representamos sientan orgullo de pertenencia a su Colegio, a su Organización y que todos los Presidentes de las corporaciones médicas se sientan identificados y representados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y por la Organización Médica Colegial.

Estoy convencido de que esta nueva etapa será la del afianzamiento e impulso definitivo de nuestras corporaciones y tendrán un reconocimiento basado en la autoridad clínica y competente que nos corresponde por derecho y no solo en base a delegaciones ó encomiendas graciables y necesariamente pasajeras.

Para lograrlo, lo que necesitamos son liderazgos compartidos, grupos de alto rendimiento donde cada cual haga lo que corresponde y todos tengamos un compromiso común, pero también hagamos un análisis crítico, una evaluación y una leal exigencia como corresponde al espacio ético y democrático de responsabilidades profesionales y directivas, muy comprometido con lo profesional, con lo sanitario y con lo social.

Pero también somos hijos de nuestra época, de la sociedad en la que vivimos y, por tanto, nada de lo que nos afecta a la sociedad, a los médicos, a la medicina y a la salud está al margen de las condiciones económicas, culturales, tecnológicas, políticas y sociales. Por ello, uno de los principales compromisos que tenemos los médicos en estos tiempos de crisis es preservar el patrimonio cultural y humano de la medicina que se concreta especialmente en el Sistema Nacional de Salud, para seguir atendiendo las necesidades de salud de ciudadanos aunque no tengan recursos para afrontarlas. Porque el SNS es, en este momento, un elemento indiscutible de cohesión social basado en las señas de identidad de nuestro modelo asistencial equitativo, universal, de calidad y financiado mediante impuestos, que permite atender a todos por igual.

Los médicos estamos comprometidos con este sistema de excelencia, construido con los sólidos cimientos de atención sanitaria pública –Atención Primaria, Hospital General y las Unidades de Alta Especialización- y no podemos ni debemos abandonar estos cimientos a su suerte, ni dejarlos en manos del mercado o negarles instrumentos de buen gobierno y gestión porque sería una apuesta muy arriesgada para los intereses ciudadanos, para los intereses profesionales y para los valores a defender en el periodo de crisis en el que nos encontramos.

El horizonte no muestra muchos claros tras la tormenta de recortes de los últimos años. Pero los hay y, si no los hubiera, es preciso buscarlos, crearlos, inventarlos y, sobre todo exigirlos. En la profesión médica tiene que surgir la voluntad de transformar la realidad, el deseo vehemente de no estarnos quietos esperando que el deterioro solucione los problemas. Porque, como decía Charles Darwin "quien sobrevive no es el más fuerte, ni el más inteligente, sino el que el que mejor se adapta a los cambios".

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

José Gutiérrez Galdó y la Memoria médica de Granada

José Gutiérrez Galdó and medical memory of Granada

José Luis Gutiérrez Pérez

Resumen
José Gutiérrez Galdó fue un médico ilustre de Granada que dedicó su vida al ejercicio de la Pediatría y cultivó con intensidad su faceta de médico escritor, configurándose como un médico humanista que ha legado una importante obra literaria. Este artículo recoge una semblanza de su biografía.

Palabras clave: Médico, pediatría, humanista, obra literaria.

Abstract
José Gutiérrez Galdó was an illustrious doctor from Granada who devoted his life to the practice of Pediatrics and intensely cultivated his role as medical writer, configured as a humanist doctor who has an important literary legacy. This article contains a sketch of his biography.

Keywords: Medical Doctor, pediatrics, humanist, literary legacy.

Existen algunas condiciones que la sociedad tiende a considerar como categóricas, cuando se analiza la trayectoria vital de una persona: si triunfó, si tuvo éxito, si desarrolló carisma o, sencillamente, si la vida fue justa o injusta con ella. Sin embargo, nunca, probablemente, se puede llegar a poner en su auténtico valor a una persona si no se incorporan, a la semblanza descriptiva de su biografía, las distintas y diversas perspectivas que básicamente configuran una biografía: el contexto histórico, el marco social, el enclave geográfico, el ecosistema familiar, el medio ambiente afectivo, los ciclos laborales, la carrera profesional, el entorno creativo y la bombona de valores que la persona respira, primero, y contribuye a crear, después.

La persona a la que voy a intentar poner en valor, gracias a la amable invitación de Actualidad Médica y a la generosidad del Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Granada, es nada menos que mi padre. Y digo *"es"* y no *"fue"* intencionadamente, porque es cierto que desde las diez y media horas del día 23 de enero del año 2012, no está ni se expresa físicamente entre nosotros, pero no es menos cierto que su presencia en nuestras emociones y la vivencia de él, es muchísimo más intensa y constante desde entonces.

Como corresponde a la validez y credibilidad de una publicación tan acreditada como es Actualidad Médica, les garantizo, poniendo como aval mi trayectoria científica, que la semblanza que les ofrezco de mi padre es exacta, seria, rigurosa y basada en evidencias fácilmente contrastables.

José Gutiérrez Galdó es hijo de unos tiempos convulsos. Nació en el año 1931, en Granada. Sus primeros recuerdos los asociaba, muy a menudo, a refugiarse con sus hermanas debajo de la mesa de la cocina o en el hueco de la escalera de la casa familiar en la carretera de la Sierra, para esperar que los bombardeos de los ejércitos litigantes en la guerra civil pasaran

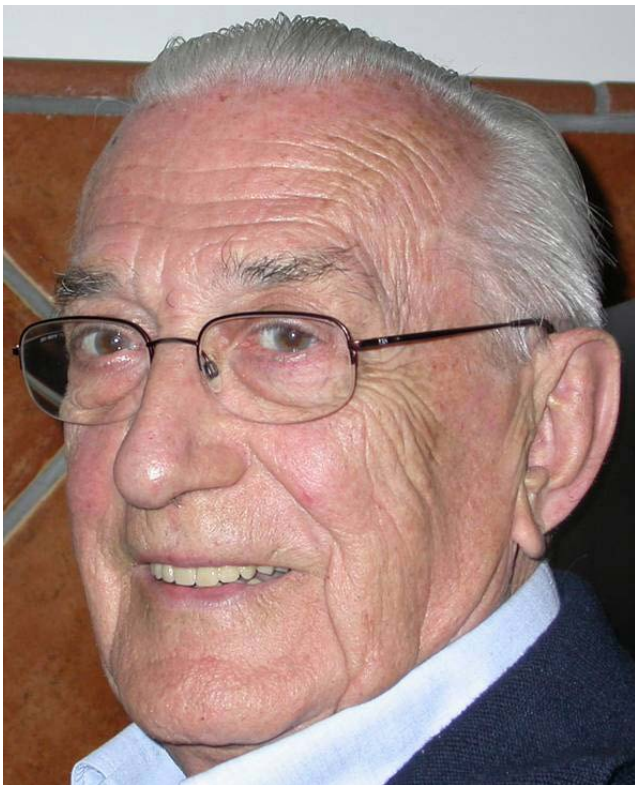


Foto del Dr. José Gutiérrez Galdó

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 40-48

sin percatarse de ellos. Pertenece, por tanto, a esas generaciones que conocieron la guerra antes que la paz, las penurias de la postguerra y los racionamientos. Fue un joven testigo de la reconstrucción de Granada desde los posicionamientos excluyentes de los vencedores de la contienda y de la dictadura franquista. La transición política y la democracia de nuestros días, ya pertenecieron a su segunda y tercera edad. Siempre me ha resultado curioso observar cómo, a pesar de haber desarrollado su vida en el seno de experiencias históricas tan traumáticas y complejas, la comprensión y la empatía para ponerse con facilidad en el lugar del otro han sido dos de las principales características determinantes de su forma de ser y de relacionarse con los demás. Lejos de posiciones ideológicas o políticas más extremas, ha conjugado con maestría los argumentos y las formas concretas de actuar con el análisis de la actualidad y la razón, en una clara apuesta por la concienciación frente a los dogmas ideológicos que pudiera haber detrás.

La vida de José Gutiérrez Galdó, se alumbró en un marco social que podríamos caracterizar como apurado, ya que, durante su infancia y juventud, la economía familiar se expresó en una familia modesta de padres trabajadores. De hecho, pudo estudiar gracias a la alianza de su esfuerzo personal con la ayuda económica de las becas y, como tantos y tantos hombres de esas generaciones, con los solos recursos de su estudio, entrega, profesión y esa capacidad de ahorro que tanto desarrolla el haber tenido un origen humilde, consiguió con éxito dar ese tipo de salto social que, en tan sólo una generación, deja a tu familia posicionada en un entorno acomodado para unas cuantas generaciones siguientes.

Su enclave geográfico de referencia siempre ha sido Granada. De hecho, siempre se ha sentido *granadino "hasta la médula"* y él es de los que han tenido ocasión de demostrarlo. Su infancia y juventud transcurrieron en Granada, en el arraigo del barrio de la carretera de la Sierra, el Colegio de los Escolapios y la Academia Isidoriana y sus estudios universitarios, milicias incluidas, en la Facultad de Medicina de la ciudad nazarí. Pero su ciclo profesional arrancó muy lejos, en Valladolid, adonde se desplazó tras acabar sus estudios universitarios por la sencilla razón de que aquella ciudad era la única que tenía abiertas las "escalas" de trabajo (esbozo, en aquella época, de las actuales bolsas de trabajo), sistema que permitía inscribirte en las mismas en demanda de trabajo, circunstancia que no se solía demorar demasiado como así ocurrió. Hoy en día, propiciamos que nuestros hijos sean ciudadanos en la aldea global que representa el mundo en su totalidad, pero en el año 1958, las dinámicas sociales y familiares eran muchísimo más locales y arraigadas. Por ello, desplazarse de Granada a Valladolid, recién casado, y sin más bagaje que una expectativa de trabajo, ciertamente nos permite identificar un carácter aventurero y una aceptación de los desafíos. Estas han sido también dos importantes características de nuestro ilustre personaje.

En Valladolid residió con su familia más de veinte años. Allí nacimos mis dos hermanos y yo. Les puedo asegurar que llamaban a mis padres con el sobrenombre de los *"granadinos"* y que nunca perdieron su acento andaluz, ni la referencia de Granada. De hecho todos los veranos y navidades nos desplazábamos a la tierra de nuestros padres y así se mantuvo siempre la raíz familiar. Hasta que en el año 1977, se produjo en la familia un importante giro al obtener José Gutiérrez Galdó, mediante concurso oposición, una plaza de Jefe de Sección facultativo en el Hospital Virgen de las Nieves de su ciudad, Granada. Con la vuelta a la ciudad de los Cármenes, finalizó su periplo castellano, de tantos y tan buenos recuerdos siempre referenciados por él, para iniciar una nueva etapa de plenitud y madurez en su ciudad natal.

"Cuando el negro se convierte en plata", es el título de su penúltimo libro, en un juego de palabras que hace referencia al color del pelo cuando se tiñe de canas. Las etapas de júbilo y de retiro que describe en esta obra, las ha pasado junto a mi madre, alternativamente y por temporadas, entre Granada y Sevilla, al verse arrastrados por la querencia y el calor de los hijos y los nietos, repartidos entre esas dos ciudades.

Su ecosistema familiar ha sido típicamente andaluz, esto es, en la creencia, intensa y profunda, de que los lazos de sangre son perennes e indestructibles y proclamando como valor irrenunciable que la familia se debe proteger, amparar y fortalecer siempre. Fue el tercero entre sus tres hermanas, Conchita, Fernanda y Carmen, y ha tenido tres hijos varones, José Luis, Eleuterio y Francisco Javier. Ha conjugado siempre su papel de hijo y el de padre con absoluta coherencia e integralidad desarrollando tanto hacia arriba como hacia abajo los mismos principios de amor y entrega sin sesgo alguno. Pero, sin duda, la persona más determinante de su vida ha sido su mujer, Conchita, con la que se ennovió siendo estudiante de bachillerato en la Academia Isidoriana, con la que se casó ante la Virgen de las Angustias el dos de enero de 1958, y con la que ha compartido toda su vida, con complicidad enamorada y con amor cómplice, de los que ya no quedan. Con ella también compartió el último momento de su existencia.

En sus afectos, José Gutiérrez Galdó, ha demostrado poseer un carisma radiante y una singular capacidad para hacer amigos "de los de toda la vida", en todos los registros de edad y en todos sus escenarios vitales. De hecho, su cortesía galante, su sobrada capacidad para establecer un diálogo con empatía y su fácil disponibilidad para fortalecer cualquier tipo de vínculo incipiente siempre han sido su mejor tarjeta de presentación.

La Medicina ha representado su vocación esencial. Estudió íntegramente su carrera en la Facultad de Medicina de Granada, finalizando sus estudios en el año 1956. Allí no sólo aprendió Medicina, sino también un exquisito respeto y admiración hacia sus maestros que le ha acompañado toda su vida, algo cada vez menos frecuente en nuestros días.

Se especializó en Pediatría y Puericultura y esta especialidad ha sido el principal hilo conductor de su actividad profesional, con muchos énfasis distintos: psicología evolutiva, psiquiatría infantil, psicopedagogía, medicina escolar, entre otras. Con todo este bagaje siempre ejerció la medicina pública que, durante su estancia en Valladolid, complementó con práctica privada. Fue médico de numerosos colegios vallisoletanos de reconocido prestigio (Centro cultural, las Cubanas, la pequeña Obra) y su interés por la medicina escolar le llevó a desempeñar también funciones en la administración pública, ejerciendo como Jefe provincial de la Inspección médica escolar en la correspondiente Delegación de Educación de la capital castellana. Tras su vuelta a Granada, ejerció en exclusiva para el incipiente Servicio Andaluz de Salud, en su calidad de Jefe de Sección del Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de las Nieves, puesto que ha ocupado hasta su jubilación.

Cumplidos los cuarenta años, los riesgos inherentes al ejercicio de la medicina en aquellos años le marcaron para siempre, ya que perdió el dedo índice de la mano izquierda por una radiodermitis complicada originada por la radiación excesiva sobre la mano que colocaba o sujetaba a los niños tras la pantalla de los rayos X. Con el dedo ausente, jugaba con sus pequeños pacientes.

Pero, si algo ha dejado una huella indeleble en su recorrido profesional, equivalente a una medalla en el uniforme militar, sin duda fue su condición de médico del centro que la Orden hospitalaria de San Juan de Dios tiene en Valladolid, para el cuidado y desarrollo de jóvenes con discapacidad psíquica. Allí, José Gutiérrez Galdó desplegó lo mejor de su profesionalidad y de su ternura humana y, en simbiosis perfecta con los valores de la Orden, creó un vínculo perdurable en el tiempo. Muchos años después, ya en Granada, asumió el honor de ser admitido como Caballero del Santo Sepulcro de la Orden de San Juan de Dios, velando muchas noches las reliquias del Santo que ahora le velan a él.

Su carrera profesional no ha sido exclusiva en el ámbito de la Medicina. Marañón definió muy bien el perfil en el que mejor se podría encuadrar a José Gutiérrez Galdó: el de *médico humanista*. Comenzó incipientes escarceos literarios en el mundo de la investigación histórica con motivo de la elaboración de su tesis doctoral, que culminó con éxito y máxima calificación, para acabar siendo un Médico Escritor de reconocido prestigio. Aunque hacia esta faceta creativa se decantó finalmente, su recorrido artístico ha sido mucho más amplio, pues cultivó la pintura y las artesanías manuales para las que siempre ha tenido una especial habilidad.

Sus principales obras literarias, configuran una bibliografía con más de cien volúmenes que pueden clasificarse en seis grandes grupos: Investigación histórica, Publicaciones científicas, Ensayos, Memoriales, Literatura costumbrista granadina y Compen-

dios históricos de sus Instituciones más próximas a las que regaló su creación literaria escribiendo grandes y densos tratados sobre sus orígenes, antecedentes e historia reciente. También escribió varios libros de poesía y tuvo el honor de ser pregonero de la Semana Santa granadina en los años ochenta.

No ha sido nostálgico nunca, pero sí le apetecía recrearse en sus valores. Unas veces, regresando a los lugares de los recuerdos; otras, explorando la aventura de los desafíos sin importarle su edad. Sin presumir de tener un espíritu joven, se rebelaba si se le consideraba una persona mayor y siempre le han gustado más las conmemoraciones que cumplir años en un cuerpo que, en realidad, estaba más desgastado de lo que él mismo sabía.

Conforme crecía como persona, se acrecentaron con él su sencillez, su espíritu colaborador, su capacidad de comprensión y su tolerancia. Por ello, sus últimos años los ha dedicado, además de a la creación literaria, a convertirse en un colaborador imprescindible de un amplísimo abanico de juntas directivas y órganos asesores, a los que llegaba invitado por su prestigio personal y rápidamente ocupaba el lugar que sólo se reserva a las personas generosas y comprometidas. No acompasaba los acontecimientos cercanos a su ritmo vital, sino que él mismo realizaba el esfuerzo de adaptarse a la velocidad que los acontecimientos diarios imponían, incluso, viajando incesantemente. De hecho, aceptaba con la ilusión de un principiante los retos y los encargos que le hacían. Los dos últimos han sido respectivamente, aceptar el reto de ser el *Cronista oficial del Colegio de médicos de Granada* y asumir el encargo de escribir una obra sobre el Milenio de Granada y su Medicina.

José Gutiérrez Galdó no sabía que esa obra sería la última que ha escrito. Merece ser introducido en ella como un ilustre médico de Granada más, sólo que a él, apenas le faltaron unos minutos para saberlo. Por eso, esta semblanza, que mi corazón ha dictado, quizás sea un apéndice, no sólo de esa obra, sino de la propia historia de Granada.

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 42-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

Compromiso por la salud
Granada, un reino de mil años

La vocación humanitaria de la medicina granadina

Medicine in Granada: a humanitarian vocation

Dr. Guillermo Vázquez Mata y Dr. José Antonio Lorente Acosta

Resumen
Aunque desde hace muchos años ha habido colaboración de médicos de Granada por todo el mundo, en 2012 se estableció una colaboración formal entre el Colegio Médico de Granada y la Orden de San Juan de Dios, para apoyar básicamente en África. Este trabajo describe la situación y las actividades desarrolladas en la lucha contra la pobreza, enfermedades ligadas a la pobreza, para mejorar las infraestructuras y las competencias de los profesionales y finalmente describe programas de cooperación con la justicia y de apoyo a víctimas de delitos desde la medicina forense, como el del tráfico de menores (DNA-PROKIDS).

Palabras clave: África, colaboración, médicos, pobreza, cooperación.

Abstract
For many years, doctors from Granada have voluntarily cooperate and collaborate all over the world. But in 2012 , the Medical College of Granada signed a formal agreement to collaborate with the Orden de San Juan de Dios, basically to support its work in Africa. This paper describes the situation and the ongoing activities to fight poverty and the pathologies associated to poverty, to improve the infrastructures and the competence of the health professionals, to finally describe programs based in forensic medicine, as i.e., DNA-PROKIDS, set to fight and prevent children trafficking.

Keywords: Africa, Colaboration, medical doctors, poverty, cooperation.

EL COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA Y LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN LOS PAÍSES SUBSAHARIANOS

El año 2012, el Colegio Médico de Granada, promovió que el Consejo Médico Andaluz firmara un convenio de colaboración con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios de Andalucía, centrándose dicha colaboración especialmente en África. La novedad de este convenio radicó en por primera vez una institución médica que agrupa decenas de miles de profesionales, reconocía la cooperación como una forma de desempeño profesional a la que había que dar visibilidad. El colegio de Médicos de Granada, ciudad en la que se fundó la Orden de San Juan de Dios, decidió centrar dicha cooperación en la formación y entrenamiento de los profesionales de la salud en los países africanos. Para entender esta opción, es necesario comprender las diversas posibilidades de cooperación en los países subsaharianos.

LA LUCHA CONTRA LA POBREZA

Los datos suministrados por Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud certifican una mejora global en estos países, evidenciada por parámetros como el incremento del número de kilómetros de carretera asfaltados, la rápida mejora en la accesibilidad a la electricidad de ciudades y aldeas, y la presencia de escuelas en toda la geografía de estos países.

Sin embargo otra lectura emerge a la analizar la población subsahariana. Su población ha alcanzado los 739 millones de habitantes, destacando el desarrollo de nuevas macrociudades donde la población se está concentrando, con barrios carentes de servicios básicos, mientras que la población rural sigue marginada. El 76% de los habitantes viven con 2 dólares / día, y de estos el 46% con menos de 1 dólar; de cada 16 mujeres embarazadas 1 fallece en el parto; los niños tienen una probabilidad alta de alta de orfandad y de vivir a lo largo de vida sequías inundaciones, hambrunas, guerras o incluso el convertirse en refugiados. La esperanza de vida de esta población es 47 años (OMS 2009) Según nuestros estándares occidentales la situación descrita corresponde a una pobreza extrema.

Formar personal sanitario para ayudar a las Poblaciones desfavorecidas

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES LIGADAS A LA POBREZA

Íntimamente relacionado con la pobreza, se encuentra un perfil de enfermedades muy característico. Un primer grupo viene dado por las enfermedades tropicales propiamente dichas, que tienen en esta parte del continente africano su mayor concentración; muchas se conocen como enfermedades olvidadas "neglected diseases" (nombre que induce a error, dado que son bien conocidas pero su problema radica en la carencia de tratamientos activos y de investigación sobre ellos); en total la OMS reconoce 17 enfermedades a los actualmente se añaden 4 mas; estas enfermedades muy extendidas, tienen una influencia negativa sobre el desarrollo físico e intelectual de los niños, afectando también la actividad laboral de los adultos; es decir contribuyen activamente al subdesarrollo de estas poblaciones. El segundo grupo lo constituyen cuatro enfermedades con tratamientos eficaces pero en ocasiones de difícil accesibilidad; en primer lugar figuran son las diarreas (ej. shigela, amebiasis, cólera, salmonelosis) que afectan a cientos de millones de personas en los países en vías de desarrollo y con una mortalidad infantil superior a cualquier otra causa; otra enfermedad es la malaria que afecta anualmente a 250 millones de personas, provocando más de 1 millón de muertos, la mayor parte en los países subsaharianos; afecta especialmente a niños; el HIV / SIDA, ocupa un lugar destacado, afectando a unos 34 millones de personas con unos 2 millones de personas fallecidas / año; en el África negra se localizan 27 millones de enfermos; en este continente se concentran la de niños afectados por transmisión vertical dada la dificultad de llevar el tratamiento preventivo a las embarazadas HIV positivas; finalmente encontramos la tuberculosis, con 1.7 millones de muertos anuales y cerca de 10 millones7año de nuevos casos, con gran predominio en África;, con un rasgo distintivo, la tuberculosis multiresistente. Finalmente el tercer grupo lo constituyen enfermedades comunes con otros países pero que en la población africana tienen peculiaridades propias, tal es el caso de la hipertensión arterial o del número creciente de diabéticos, y de enfermedades mentales.

LA LUCHA PARA MEJORAR LAS ESTRUCTURAS SANITARIAS

La característica más sobresaliente es una carencia de medios para atender a su población junto con un gran esfuerzo para mejorar la situación. La estructura sanitaria descansa sobre dos pilares; el primero es la red de hospitales y dispensarios que aunque insuficiente en número, se va incrementando, especialmente gracias a la colaboración de instituciones religiosas cristianas, y especialmente católicas. El segundo pilar es modelo sanitario predominante basado el pago por acto médico, lo que hace que una parte de la población no tenga acceso a los cuidados médicos modernos y siga siendo tratada y cuidada por la medicina tradicional. Otro factor a tener en cuenta es la dificultad para acceder a medicamentos de calidad, en cantidad suficiente y a precios asequibles.

LA LUCHA PARA MEJORAR LAS COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En su conjunto la preparación es deficitaria y su número insuficiente; basta señalar algunos ejemplos para comprenderlo: la Republica Centro Africana tiene 205 médicos y 1097 enfermeros, para una población de 4.5 millones de habitantes, el Chad 368 médicos 1891 enfermeras para 12.4 millones de habitantes, Costa de Marfil (Un país emergente) 2746 médicos y 9231 enfermeros para una población de 19.8 millones de habitantes; estas cifras se agravan al estar estos profesionales concentrados en las grandes capitales; paralelamente existe un déficit en número de facultades de medicina, existiendo como norma una o dos por país, con algunas excepciones.

LA OPCIÓN DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE GRANADA (CMG): LA COOPERACIÓN ORIENTADA A LA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO

El lector habrá identificado que la cooperación al desarrollo puede centrarse en diferentes aspectos, todos ellos útiles; la decisión del CMG está basada en que de todos los aspectos citados en este articulo, el mayor impacto a medio plazo vendría dado el incremento del número de profesionales de la salud de estos países, y en la mejora su preparación mediante un entrenamiento adecuado. La formación según el CMG, debe de entenderse como una formación basada en la actividad clínica en la que los profesionales de la salud puedan adquirir habilidades útiles a la cabecera del paciente.

El convenio firmado con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, se ha centrado inicialmente en Camerún en los tres hospitales que la Orden tiene allí, y se está desarrollando según las premisas anteriores. Paralelamente el Colegio de Médicos de Granada junto con la Facultad de Medicina de Granada está trabajando para dar formar a un programa de colaboración con diversas facultades de medicina varios países Africanos.Otras actividades, desarrolladas ha sido ONG Medicina Andaluza Solidaria, dedica a coordinar actividades de formación de voluntarios en España, , un blog sobre medicina tropical en que se explican aspectos prácticos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tropicales y finalmente una reunión anual sobre la Medicina Andaluza en la Cooperación Internacional, que permite contactar a diversas ONG entre sí y a posibles médicos interesados en dichas actividades.

La formación de personal sanitario una necesidad ineludible para ayudar a las poblaciones desfavorecidas

COLABORACIÓN CIENTÍFICA CON LA JUSTICIA Y LAS VÍCTIMAS DE DELITOS

El espíritu de colaboración supera en muchas ocasiones con creces las barreras físicas que en el fondo suponen las fronteras. Y hay profesiones, entre ellas de modo muy particular la medicina, donde el espíritu y deseo de ayuda y apoyo se puede realizar universalmente de modo más fácil, teniendo en cuenta que los problemas de salud y otros afines a la medicina son comunes a todos los seres humanos, a todas las personas, independientemente de su lugar de origen y residencia.

Granada, desde sus centros sanitarios y su Universidad, ha sido desde siempre origen de programas y actividades que, teniendo la medicina como eje central, se han desarrollado por todo el mundo.Han sido y son programas de asistencia personal, a pacientes, de tipo médica o quirúrgica; han sido y son programas de ayuda global en el campo de la salud pública y la medicina preventiva, y han sido y son programas de ayuda en el campo forense, o sea, ayudar desde la medicina a la Justicia, a solucionar delitos o a prevenirlos.

En este sentido, desde el área de la Medicina Legal y Forense de la Universidad de Granada, bajo la Dirección del Prof. Enrique Villanueva Cañadas, se han creado y desarrollado en los últimos años diversas actividades nacional e internacionales tendentes a la identificación de personas víctimas de delitos, a la resolución de casos pendientes de investigación judicial y también casos de prevención de delitos graves, asociados a las personas.

Podríamos destacar la creación (en 1998) del llamado Programa Fénix, que fue el primer intento en el mundo de identificar por medio de bases de datos de ADN a personas desaparecidas. Se puso en marcha en colaboración exitosa con la Guardia Civil y el Ministerio del Interior, y hasta la fecha se han identificado más

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 44-48

de 500 personas (que nunca hubieran podido ser identificadas de otro modo). Lo más interesante fue su deriva internacional, de modo que entre 2000 y 2008 más de 20 países de todo el mundo tomaron el programa Fénix español como referencia para desarrollar bases de datos similares, algunas de ellas bajo el asesoramiento y control de nuestra universidad como las de mujeres desaparecidas de Ciudad Juárez, las víctimas de la dictadura de Pinochet en Chile o casos de Guatemala y El Salvador.

El programa de más reciente desarrollo (desde 2004) y de enorme trascendencia es el llamado DNA-PROKIDS (www.dna-prokids.org), que no está sino naciendo pero que ya ha mostrado una efectividad altísima para resolver problemas (identificar niños alejados de sus familias) y lo que es más importante, para prevenir delitos de tráfico de menores y adopciones ilegales.

Hasta la fecha han sido ya más de 650 los niños devueltos a sus familias tras haber sido identificados, y se han generado bases de datos con unas 10.000 muestras (de niños no identificados y de familias de niños desaparecidos, para comparar datos) en 16 países de Latinoamericanos y asiáticos, llevando el nombre de Granada, de su Universidad y de sus médicos por todo el mundo.

REFERENCIAS

Chen C, Buch E, Wassemann T, Frehywot S, Mullan F, Omaswa F. A surrvey of Sub-Sharan African medical schools. http://www.human-resources-health.com/content/10/1/4.

WHO, publications: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. 2010

WHO Publicacitions :. La santé des populations, le défis a relever en Afrique. 2016.

WHO publications: African tradionale medicine. 2010

Medicina Andaluza solidaria http://www.massolidaria.org/

WHO Data and Statistis : *http://www.who.int/research/en/*

WHO countries *http://www.who.int/countries/en/*

DNA-PROKIDS: *www.dna-prokids.org* - - *www.facebook.com/DNAPROKIDS*

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 45-48

Actualidad
Médica
|SUPLEMENTO|

El Parque Tecnológico de la Salud Investigación, desarrollo empresarial y ... empleo

Health Science Technological Park
Research, business development and... jobs

Jesús Quero Molina
Director-Gerente de la Fundación PTS

Resumen
Docencia, asistencia sanitaria, investigación y desarrollo empresarial son los vectores que definen el Parque Tecnológico de la Salud (PTS). Firmas y laboratorios farmacéuticos de primer nivel se han implantado en la tecnópolis, donde también se han concentrado los principales centros de investigación de la UGR. Pero el objetivo final es generar riqueza y puestos de trabajo para reducir la tasa de desempleo.

Palabras clave: Docencia, asistencia sanitaria, investigación, desarrollo, salud.

Abstract
Teaching, healthcare, research and business development are the cornerstones of the Granada Health Science Technological Park (PTS). Leading pharmaceutical laboratories and companies have set up facilities in the Park, which is now also home to the University of Granada's main research centres. However, the overall objective is to generate wealth and create jobs to reduce the unemployment rate.

Keywords: Teaching, healthcare, research, development, health.

Junto a la docencia y la asistencia sanitaria, la investigación y el desarrollo empresarial suponen los otros pilares sobre la que se asienta el Parque Tecnológico de la Salud (PTS) que, con trece edificios ya operativos y doce más en construcción –algunos de ellos prácticamente finalizados-, se ha posicionado definitivamente en la senda de un nuevo modelo productivo. En ésta nueva economía, el sector biotecnológico está llamado a ocupar un importante espacio que es estratégico para Andalucía por su potencial innovador, el incremento que registra y la actividad que despliega.

Según datos de la Asociación Española de Bioempresas (Asebio), Andalucía se configura como la tercera comunidad autónoma en número de empresas de este sector (aquellas en la que la biotecnología es su actividad principal y/o exclusiva). Nuestra comunidad supone el 13% del total, solo por detrás de Cataluña y Madrid, siendo también la segunda región por número de empresas usuarias de biotecnología.

Con relación a la creación de empresas, Andalucía lidera también la clasificación ya que el 30% de las nuevas firmas iniciaron su actividad en nuestra comunidad. Además, entre 2008 y 2012, el porcentaje de creación de este tipo de empresas en nuestra región ha pasado del 18% al 30% actual, constituyendo el mayor incremento de todas las comunidades autónomas. Desde 2009, Andalucía se mantiene como la comunidad en la que más empresas 'biotec' se crean cada año.

Hace una década, en sus comienzos, uno de los principales objetivos del PTS era captar la atención de empresas biotecnológicas y farmacéuticas. Hoy, grandes firmas multinacionales como Pfizer, Rovi, MSD, Abbott, Telefonica I+D, conviven con otras como Althia, Neuron, Vircell... que, en su conjunto, han aportado mucho valor al repunte de la investigación y la actividad empresarial en el recinto biosanitario, desde donde defendemos un proyecto de desarrollo económico basado en la transferencia del conocimiento, poniéndonos a disposición de los emprendedores para que estos encuentren mayores facilidades en el terreno del sistema de I+D+i.

Además de estar desarrollando su actividad las empresas citadas, en el Parque se han ubicado los principales centros e institutos de investigación de la Universidad de Granada, lo que coadyuva a que pequeñas y medianas empresas biomédicas fijen su atención en la actividad que realizan los mismos. Algunas de ellas tuvieron su origen en la incubadora "BIC Granada", donde se desarrollan empresas de base tecnológica especializadas en ciencias de la vida.

Ante una eventual demanda del sector privado por contar con un sitio en el PTS, estamos en condiciones de dar respuesta a la misma con espacios como el futuro Centro de Empresas, actualmente en ejecución, que podrá albergar un centenar de sociedades y que vendrá a enriquecer el panorama del I+D+i sanitario. También el edificio de Salud Laboral, que abre nuevas oportunidades para la investigación en el campo de la prevención de la salud y los riesgos laborales.

Aunque el Parque se define por su especialidad en ciencias de la salud, aspecto en el que la Universidad de Granada ha demostrado su fortaleza docente y el Servicio Andaluz de Salud su alto nivel asistencial, el PTS no quiere perder de vista la

© 2013. Actual. Med. Todos los derechos reservados

Actual. Med.
2013; 98: (790). Supl. 46-48

pujanza que la Universidad está adquiriendo en informática y en tecnologías de la información y la comunicación. Debemos estar muy atentos a ello, porque en el futuro el mercado laboral va a demandar muchos especialistas de ese sector y, a su vez, el propio mercado se va a mover cada vez más en el entorno de las TICs.

Sin embargo, todo lo que se ha citado anteriormente, no debe impedirnos ver con perspectiva lo que, sin duda, constituye el principal problema de Granada, el desempleo. Uno de los objetivos que, como proyecto de desarrollo económico, persigue con ahínco el PTS es generar riqueza y puestos de trabajo en una provincia que en la última encuesta de población activa se situaba en una tasa de desempleo del 37%. No se trata de una tarea fácil, porque ni a corto ni medio plazo se puede sustituir un sistema productivo que, prácticamente, ha estado supeditado a un par de sectores, el de la construcción y toda la industria que lo rodeaba, y el de los servicios, con lo que estos conllevan de temporalidad.

Es importante contar con plantillas de investigadores y científicos de primer nivel, con docentes cualificados, con modernos centros educativos para preparar mejor a nuestros jóvenes, con hospitales que den respuesta a las demandas del siglo XXI, con espacios de excelencia…, pero también tiene que ser una preocupación social y política que todo ello, en su conjunto, se refleje en una disminución de los insoportables números rojos del desempleo.

En el PTS ya se han contratado 577 millones de euros de la inversión global, prevista en más de 700 millones. Existen alrededor de setenta empresas e instituciones en las que trabajan ya más de 1.600 personas, un 46% de ellas dedicadas prioritariamente a actividades de I+D y en todo el Parque se han generado ya más de 850 puestos de trabajo de nueva creación con alta cualificación.

Con ello hemos contribuido a que se beneficien otros sectores productivos (se ha comparado a la tecnópolis con una “isla de grúas”), pero es deseable que el consenso que históricamente se viene dando en el seno de la Fundación PTS –donde están presentes todos los niveles de la administración- se traslade a otros círculos económicos y políticos y a la sociedad en general, para poder abordar con garantías temas de futuro como la ampliación del Parque, en aras de ganar en proyección y mirar con mayor optimismo el mercado de trabajo.

La docencia, la sanidad, la investigación y el desarrollo empresarial…el trabajo que se reclama, pueden ser más efectivos bajo la marca ‘Granada Salud’, que determina y que distingue lo que se hace aquí y desde aquí. Administraciones, Universidad, colegios profesionales de Farmacéuticos y Médicos, empresas y entidades que conforman el Parque Tecnológico de la Salud, podemos conseguir el objetivo de convertir a Granada en un referente en el sur de Europa y norte de África como el modeloa seguir en ciencias de la salud.

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

Su trabajo es generar confianza
El de **A.M.A. Seguros** es que usted
siempre tenga en quien confiar

LA CONFIANZA ES **MUTUAL**

A.M.A.
agrupación mutual aseguradora
LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

www.amaseguros.com
902 30 30 10

A.M.A. GRANADA
Gran Vía de Colón, 46; bajo
Tel. **958 29 26 00**
granada@amaseguros.com

A.M.A. GRANADA (Colegio Médico)
Avda. Andrés Segovia, 53

milenio
reino
de granada
2013:1013

Primer Milenio
del Reino de Granada
(1013-2013)
Celebrado en asociación con la UNESCO

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Consorcio para la Conmemoración del Primer Milenio de la Fundación del Reino de Granada

JUNTA DE ANDALUCIA

GOBIERNO DE ESPAÑA

Ayuntamiento de Granada

Diputación de Granada

DIPUTACIÓN DE ALMERÍA

Diputación de Cádiz

Diputación de Córdoba

DIPUTACIÓN DE JAÉN

málaga.es diputación

Cofinanciado por

PROGRAMA
Cooperación Transfronteriza
España-Fronteras Exteriores

Unión Europea
Fondo Europeo
de Desarrollo Regional
Invertimos en su futuro

CULTURMIL 2013

milenio
reino
de granada
2013:1013

Fundación
El legado andalusí