

DEPARTAMENT D'INFERMERIA

LA ASISTENCIA Y HOSPITALIDAD A POBRES,
ENFERMOS Y PEREGRINOS EN LA BAJA EDAD MEDIA
EN EL CAMINO REAL DE VALENCIA A ZARAGOZA.

FRANCISCO FAUS GABANDÉ

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2011

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 4 març de 2011 davant un tribunal format per:

- Dr. Juan Segura García del Río
- Dra. Paloma Moral de Calatrava
- Dra. Carmen Chamizo Vega
- Dra. Concepción Germán Bes
- Dr. José Pedro Esclapez Valero

Va ser dirigida per:
Dr. Ramón Camaño Puis

©Copyright: Servei de Publicacions
Francisco Faus Gabandé

Dipòsit legal: V-4111-2011
I.S.B.N.: 978-84-370-8095-6

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115



**UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
ESCOLA D'INFERMERIA I PODOLOGIA**

Departamento de Enfermería

**LA ASISTENCIA Y HOSPITALIDAD A POBRES, ENFERMOS Y
PEREGRINOS EN LA BAJA EDAD MEDIA EN EL CAMINO REAL DE
VALENCIA A ZARAGOZA**

TESIS DOCTORAL

**Presentada por:
Francisco Faus Gabandé**

**Dirigida por:
RAMÓN E. CAMAÑO PUIG**

Valencia 2010

AGRADECIMIENTOS

Quisiera manifestar mi agradecimiento a todas las personas que me han ayudado en la realización de esta tesis doctoral.

A mi director, el Dr. Camaño Puig, por el tiempo dedicado dentro y fuera del despacho, por su siempre acertadas y clarificadoras indicaciones, sus comentarios, sus revisiones e ideas y porque creyó y confió en mí.

A mi familia porque ha entendido mi esfuerzo correspondiendo con comprensión y ayuda a las horas empleadas en este trabajo.

A mis padres, porque les hubiera gustado estar presentes.

Al Profesor Piqué Angordans por su ayuda y comprensión, a los compañeros del Departamento de Enfermería de la Universidad de Valencia por su estímulo en hacerme ver que esta tesis era posible.

A los amigos, a los de cerca y los de lejos, por comprender que este trabajo les ha quitado un poco de dedicación.

A todos gracias de corazón.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Agradecimientos	1
Índice	3
Introducción	9
A) Introducción	11
B) Objetivos	13
C) Revisión bibliográfica	16
D) Material y Método	19
E) Estructura de la tesis	26
Capítulo 1. La Salud y la Enfermedad en la Edad Media.	31
1.1 Concepto histórico de Salud-Enfermedad	34
1.2 El planteamiento religioso de la salud y la enfermedad	38
1.3 La Salud y la Enfermedad en la sociedad cristiana	43
1.4 La Salud y la Enfermedad en los pueblos germánicos	49
1.5 La perspectiva islamista	51
1.6 La perspectiva del sanador	53
1.7 El arte de sanar en la Edad Media	57
Capítulo 2. Del origen de los hospitales a la Baja Edad Media	63
2.1 La hospitalidad y la asistencia hospitalaria	66
2.2 Influencias del cristianismo en la práctica de la hospitalidad.	72
2.3 La evolución de los hospitales	77
2.4 Los hospitales en el período medieval.	92
2.5 La necesidad asistencial de la pobreza	105
2.6 El protagonismo hospitalario de las Órdenes Militares.	108
2.7 La función asistencial de los Gremios y Cofradías	114
2.8 Los Hospitales de la Beneficencia	119
Capítulo 3. El personal sanitario	123
3.1 Las enfermerías monásticas	125
3.2 La figura del hospitalero en los hospitales medievales	129
3.3 La mujer entre el personal sanitario de los hospitales medievales	132

3.4	Referencias en la literatura popular valenciana al oficio de enfermero	136
Capítulo 4. Historia de los caminos		139
4.1	Los caminos en la Antigüedad	141
4.2	Los itinerarios romanos en la Península Ibérica.	143
4.3	Aportaciones de los árabes a los itinerarios romanos.	146
4.4	Los caminos en tiempos de la recuperación cristiana.	147
4.5	La ordenación de los caminos de comunicación en los territorios de la Corona de Aragón.	148
4.6	Los Caminos de peregrinación a Santiago de Compostela	152
4.7	El Camino valenciano a Santiago de Compostela por Aragón.	156
4.8	El Camino Real de Valencia a Zaragoza	162
4.9	Señalización en el Camino Real	163
4.10	Los peirones	164
4.11	Las Ermitas	167
4.12	Los primeros Repertorios de Caminos de España	171
Capítulo 5. Las Peregrinaciones y el ambiente devocional.		177
5.1	Las Peregrinaciones medievales.	183
5.2	El ambiente religioso popular en la Baja Edad Media.	185
5.3	La revitalización del cristianismo tras la conquista de Valencia	187
5.4	El culto a los Santos, milagros y reliquias en la Valencia medieval	189
5.5	Las primeras devociones de la Valencia cristiana (siglo XIII)	190
5.6	Lugares de peregrinación en el Camino Real de Valencia a Zaragoza	194
5.7	El ambiente devocional de la Zaragoza medieval.	204
Capítulo 6. Hospitales, hospicios y lugares de acogida en el Camino Real de Valencia a Zaragoza.		217
6.1	La ciudad de Valencia en el Medievo.	221
6.2	La asistencia sanitaria en los Hospitales de la Corona de Aragón.	234
6.3	Primera etapa: Valencia a Murviedro	236
6.4	Segunda etapa: Murviedro a Jérica.	260
6.5	Tercera etapa: Jérica a Sarrión.	268

6.6	Cuarta etapa: Sarrión a Teruel	274
6.7	Quinta etapa: Teruel a Torre la Cárcel.	286
6.8	Sexta etapa: Torre la Cárcel a Calamocha.	292
6.9	Séptima etapa: Calamocha a Lechón	300
6.10	Alternativa a la séptima etapa: Calamocha a Daroca	304
6.11	Octava etapa: Lechón a Longares	316
6.12	Alternativa a la octava etapa: Daroca a Longares	326
6.13	Novena etapa: Longares a Zaragoza.	332
6.14	La ruta hacia Santiago de Compostela desde Valencia por Daroca y Soria. Etapa Daroca a Calatayud.	348
6.15	La ruta hacia Santiago de Compostela desde Valencia por Daroca y Soria. Etapa Calatayud a Torrelapaja	356
	Conclusiones	361
	Bibliografía	373
	Listado Anexos	403
	Anexos	409

INTRODUCCIÓN

A) Introducción

La existencia de estudios relacionados con la asistencia sanitaria en la Baja Edad Media es bibliográficamente abundante, en cuanto a los trabajos dirigidos a documentar la presencia de un determinado sistema de atención sanitario, a nivel local y también, extendido a ámbitos más amplios tales como los estudios de epidemias o los relacionadas con rutas tales como la que es objeto de este estudio. Al tiempo, son numerosos los estudios acerca de la fundación e historia de hospitales, relacionados con la acogida de peregrinos en rutas de peregrinación. También existen numerosas aportaciones relativas a los aspectos arquitectónicos y muestras de arte expresadas en su construcción o incluidas en el interior de los hospitales medievales. Estudios de enfermedades concretas así como de los hospitales fundados para la atención y/o “reclusión” de los enfermos. En estos estudios y análisis encontramos igualmente representadas determinadas profesiones, tanto en cuanto a su descripción histórica como a su papel en el ámbito de las instituciones hospitalarias.

La investigación histórica con la localización, catalogación, análisis y descripción de archivos antiguos ha contribuido a facilitar información que ha sido utilizada para complementar las diferentes perspectivas. Son visiones que van desde cómo contemplar la existencia de hospitales en una determinada población, en una ruta de peregrinación, a establecimientos justificados por la epidemiología de una determinada enfermedad, pasando por comprender la acción social de una población o simplemente para valorar la evolución histórica de estas instituciones. Todo ello, con más o menos acierto, está presente en los trabajos de la historiografía moderna.

Creemos que de forma individual los hospitales medievales han sido y son estudiados atendiendo a diversos fenómenos: epidemiológico, sanitario, político, social, económico, etc. Sin embargo, las funciones propias asistenciales desempeñadas en estas instituciones durante la Baja Edad Media no constituyen una fuerza documental como son las perspectivas ya citadas. Parte de esta pobreza documental se basa en la inexistencia de registros cualitativos acerca del tipo de personas que requerían atención y cuidados, a excepción de los hospitales fundados para la atención única de una determinada causa. Más dificultades encontramos para definir quienes prestaban esa asistencia, hombres, mujeres, laicos, religiosos, sanadores, médicos, físicos, sangradores, enfermeros/as, parteras, hospitaleros/as, voluntarios/as, etc., dado que los problemas se circunscriben principalmente a la ausencia de registros y de profesiones regladas adscritas a las tareas de curar y cuidar.

Por otro lado, también son considerables los estudios relacionados con la asistencia sanitaria ofertada a peregrinos a lo largo de las rutas de peregrinación, a través de los estudios de los hospitales monacales, las fundaciones municipales y de la propia realeza que protegía a los peregrinos. Concretamente, el estudio vinculado a la ruta medieval entre Valencia y Zaragoza no ha sido contemplado desde una perspectiva global que evidencie, por una parte, la existencia de hospitales y lugares de acogida y, por otra, que analice los factores presentes durante la Baja Edad Media y que influyeron en la necesidad de su fundación. Con todo, pensamos que no fue únicamente por la comunicación comercial, sino que también contribuyó en su momento el fomento y auge de las peregrinaciones.

El camino real de Valencia-Zaragoza tampoco ha sido estudiado desde la visión retrospectiva de un peregrino medieval, que en este itinerario encontraría estímulos suficientes para ver colmados sus proyectos de viajar y venerar reliquias. En este ámbito, tampoco se ha estudiado esta ruta desde la globalidad histórica que representa la ciudad de Valencia y su tradición vicentina, como lugar

de peregrinación más antiguo de la historia de las peregrinaciones en los reinos cristianos peninsulares. Asimismo, previo al fervor y auge de las peregrinaciones hacia Santiago de Compostela, también debe considerarse significativa la peregrinación y veneración a la patrona de Zaragoza, Nuestra Señora del Pilar. Valencia y Zaragoza, por tanto, unen con esta ruta los más antiguos y venerados lugares de peregrinación, reforzados posteriormente por el auge y culto a Santiago.

B) Objetivos

A partir de los argumentos que se desprenden de los diferentes ámbitos de posible influencia, creemos que existen una serie de factores determinantes, favorecedores en la sucesión de acontecimientos y situaciones, objeto de este proyecto. Por ello, los argumentos que hemos utilizado constituyen el punto de partida para más adelante profundizar con el análisis de los hechos que, probablemente, nos ofrecerán la evidencia para plantear nuestros objetivos.

En la Baja Edad Media, las comunicaciones entre pueblos, villas y ciudades se realizaban a pie y/o a caballo, carreta o diligencia. Los antiguos caminos que unían los núcleos de poblaciones fueron consolidándose en el tiempo, en función de diversos intereses, basados principalmente en el desarrollo de las poblaciones y sus pobladores, desde y en todos los ámbitos, ya fuera el social, comercial, político, cultural, demográfico, religioso, lúdico, etc.

Las rutas hacia el interior de la península, desde los puertos mediterráneos, permitían un trasiego de gentes e importantes intercambios comerciales con las ciudades y pueblos de Aragón y también de Castilla. En la actualidad se dispone adecuadamente conservados de mapas históricos que evidencian la existencia de caminos de transporte y comunicación que ya fueron utilizados, entre otros, por los romanos en su expansión por Europa.

Uno de los itinerarios es el que desde el Mediterráneo se dirige hacia Aragón, que estuvo definido en un principio por la antigua calzada romana que unía “Sagvntvm–Cesaravgvsta” (Sagunto–Zaragoza). Esto nos induce a pensar que dicha ruta se utilizó en el período de auge de las peregrinaciones a Santiago desde el siglo XI, como parte del trayecto de la peregrinación, siguiendo el itinerario del Camino Real que unía las ciudades de Valencia y Zaragoza.

Un elemento a tener en cuenta y que apoya en cierta manera nuestros argumentos, es el culto y veneración a santa María en sus diferentes advocaciones, evolucionando a lo largo de la historia e identificando el origen común de los pueblos y de sus pobladores sobre todo reforzando y dando sentido a una actitud caritativa, hospitalaria y cuidadora hacia el prójimo. A dicho culto se podría sumar la celebración del Corpus Christi, que tradicionalmente se realiza a lo largo de estas rutas, lo que podría representar en la época un referente añadido en el apoyo, acogida y justificación espiritual a la peregrinación hacia Santiago.

En esta línea, la identificación de los establecimientos sanitarios de acogida y hospitalidad, que jalonan estas rutas camineras, vienen a establecer una actitud cuidadora, en primer lugar, hacia los habitantes del lugar y por extensión, a las necesidades de quienes, como transeúntes y peregrinos en su viaje de paso, pudieran plantear. Estos establecimientos han dejado un rastro documental que podría permitirnos valorar la suficiencia en cuanto a número y capacidad de acogida para atender la posible demanda de cuidados. A partir de estas evidencias se puede categorizar la disponibilidad de recursos humanos y materiales dedicados a la acogida de este grupo poblacional, objeto de nuestro proyecto, en su estado de sanos y/o enfermos. Por lo tanto, del estudio y la consulta bibliográfica, así como de la visita a los lugares y consulta de la supuesta existencia de registros escritos, trataremos, en primer lugar, de identificar las rutas en base a la presencia de estos centros de acogida, y valorar la existencia de

registros documentales en estas instituciones acerca del paso de transeúntes y peregrinos.

La época medieval, tema que subyace nuestro estudio, viene marcada también por episodios de depresión económica y poblacional, motivados en gran parte por los repetidos brotes de enfermedades epidémicas principalmente a raíz de la peste negra. Este hecho nos llama la atención, pues suponemos una probable disminución de paso entre poblaciones y zonas afectadas, pero por otro lado viene a dar consistencia a las formas de extensión de la enfermedad como consecuencia del uso de estas vías de comunicación de viajeros procedentes de los lugares origen de los focos epidémicos. Por ello, como cuestión a considerar, nos planteamos si los peregrinos y transeúntes pudieron influir en la epidemiología de las enfermedades infecciosas transmisibles clásicas de la época.

Por todo ello, nos planteamos los siguientes objetivos como base y finalidad principal de nuestra investigación. Objetivos que han sido enunciados atendiendo al eje central de la tesis, en el que confluyen los diferentes contextos relacionados.

- Proceder al contraste de ideas con diversos estudiosos de los Caminos a Santiago de Compostela con la intención de llenar un vacío en las rutas de peregrinaje.
- Enunciar el camino/s que partiendo de la ciudad de Valencia utilizarían los transeúntes y peregrinos con destino a Zaragoza y por ende a Santiago de Compostela, aprovechando el desarrollo económico, comercial, poblacional y de comunicaciones que se consolidó a partir de la Conquista del Reino Valencia.
- Identificar lugares de peregrinación consolidados y frecuentados en esta época, ubicados a lo largo de la ruta, así como las poblaciones de paso en

base a la presencia de centros y/o lugares de acogida y atención sanitaria a los peregrinos.

- Reseñar en la medida de lo posible referencias acerca de la hospitalidad practicada en las poblaciones que enlazan estas rutas objeto de este proyecto, con la selección de registros escritos susceptibles de esta interpretación.
- Establecer y categorizar las posibles alternativas del Camino Real Valencia-Zaragoza en base a los hallazgos obtenidos relacionados con la devoción y las instituciones sanitarias de la época.

C) Revisión bibliográfica

En la revisión bibliográfica, expresada a lo largo de los capítulos de esta tesis, hemos consultado diferentes autores pertenecientes a diversas disciplinas. Concretamente la búsqueda de argumentos históricos relacionados con los conceptos de salud y enfermedad y la hospitalidad asistencial, nos ha llevado a recurrir a los trabajos de Eseverri, Siles, Donahue, Hernández Conesa, entre otros, a historiadores de la medicina, especialmente representados por Laín Entralgo, López Piñero, García Ballester, y otros. De sus diferentes estudios nos hemos enriquecido y visionado una convergencia que, mediante el análisis particular y de conjunto, han contribuido a definir y a posicionarnos en nuestras argumentaciones.

Muy importante ha sido también la aportación histórico-religiosa, vista desde la perspectiva del pensamiento cristiano, ideología imperante durante el período de la Baja Edad Media, especialmente en las ideas relacionadas con la hospitalidad y la atención a enfermos y necesitados, un sector de población prevalente en la época. El análisis del teólogo Conde Herranz (2006), junto con

las aportaciones de diversos autores, nos ha servido para conocer una línea más y, al mismo tiempo, representativa de la influencia de la sociedad medieval.

Las aportaciones de expertos medievalistas, derivadas de sus experiencias investigadoras en el ámbito histórico de la Corona de Aragón, nos ha permitido aproximarnos a los principales rasgos identificadores de la particular situación social, política y económica de los territorios dependientes de la Corona especialmente en la Baja Edad Media. Evidentemente, desde nuestro punto de vista enfermero, la existencia de los hospitales no es de iniciativa exclusiva de este período, sino que la decisión de fundar, construir un hospital y consolidar su funcionamiento y mantenimiento, dependió fundamentalmente de necesidades derivadas de la salud de la población y, desde ese punto de vista, la detección de acontecimientos que justificaran estas fundaciones presuponían, además de su justificación, un incremento de la actividad de atención sanitaria que se mantendrá durante muchos años.

Para la búsqueda de antecedentes relacionados con el personal implicado en la atención y cuidados derivados de la hospitalidad, son significativas las aportaciones de Rubio Vela, López Terrada, Aurelio Baquero, así como los manuscritos de Diego Espes. De estos trabajos hemos recopilado la descripción de los diferentes niveles asistenciales del personal adscrito a hospitales valencianos y aragoneses, así como las tareas que tenían asignadas. Estos argumentos se han visto enriquecidos por los estudios de Rodrigo Pertegás, para la ciudad de Valencia, y de Falcón, para la de Zaragoza. Asimismo, hemos acudidos a autores como Carmel Ferragud, Cía y Blasco, Domínguez Alcón, García Herrero, entre otros, para nuestra definición y análisis del personal sanitario de este periodo.

La revisión histórica de los antiguos caminos, desde la Hispania romana a los primeros Repertorios del siglo XVI, ha sido facilitada especialmente por expertos en áreas relacionadas con la geografía física y la ingeniería de caminos; a

este respecto, Uriol y Menéndez de Luarca nos han orientado, el primero, acerca de la evolución de los caminos en diferentes épocas y, el segundo, sobre la situación actual de los caminos a Santiago de Compostela. Queremos destacar al respecto que la definición de este itinerario, como camino hacia Compostela, sigue sin establecerse. Creemos, por tanto, que nuestra aportación puede contribuir de alguna manera a confirmar o refutar el uso de este itinerario como de peregrinación a Santiago de Compostela desde la ciudad de Valencia.

La abundancia de acontecimientos históricos ocurridos en los siglos bajo medievales así como las influencias y repercusiones de los que precedieron a este período, hace difícil establecer una línea argumental que, en nuestro caso, creemos haber encontrado, limitándonos precisamente a describir la existencia de instituciones de acogida y asistencia en diferentes períodos bajomedievales. Desde los contenidos de registros y archivos localizados, hemos analizado el sentido de sus fundaciones y, al mismo tiempo, hemos procedido a justificar su ubicación en las poblaciones situadas a lo largo de este camino de comunicación y peregrinación.

Por otra parte, hemos considerado la posibilidad de valorar, al mismo tiempo, los rasgos censales de población para comprender la importancia de la población con respecto a su ubicación en el camino. También hemos tenido en cuenta las repercusiones que sobre los censos de población pudieron tener los episodios epidémicos de peste negra. Para el desarrollo de esta perspectiva, historiadores como Ubieto Arteta, Falcón y Ledesma nos han enriquecido con sus aportaciones especialmente en los territorios aragoneses, mientras que Burns, Gallent Marco y Narbona Vizcaíno, lo han hecho para los espacios valencianos. Sin embargo, Rubio Vela y Esparza Urroz con sus contribuciones son probablemente quienes mejor se han aproximado a nuestra perspectiva de análisis de la existencia de los diferentes hospitales y las variedades argumentales en favor de su existencia.

La descripción de este recorrido como camino jacobeo, según criterios utilizados en las rutas de peregrinación, también es objeto pendiente de definición. En este sentido, nuestro trabajo aporta la novedad de su presentación y deja abierta las posibilidades de mejorar y profundizar en la propuesta. Como eje vertebrador correspondiente a la exposición y enumeración de instituciones hospitalarias, además de los autores citados, cabe destacar los estudios de Villanueva Morte los cuales nos han orientado en la construcción de las etapas, estableciendo la adecuada relación y coherencia entre la distancia a recorrer, tiempo a emplear, lugares que visitar, donde descansar, para aquellos que decidían realizar el recorrido en calidad de viajero y/o peregrino. Por otro lado, el refuerzo argumental de Lacarra, Uría y Vázquez de Parga, a través de la historia de las peregrinaciones a Santiago, así como de Lasagabáster al Pilar de Zaragoza, han dado coherencia a la conexión entre esta ruta y los itinerarios jacobeos.

D) Material y Método

Para la obtención de los objetivos e hipótesis planteadas se ha llevado a cabo una revisión de bases de datos en las que se han encontrado diferentes aportaciones y artículos. El primer punto a considerar fueron qué bases de datos se iban a utilizar para identificar los documentos relevantes, así como los criterios de inclusión y exclusión. Las bases de datos y fuentes consultadas han sido las siguientes:

Bases de datos de libre acceso: Dialnet, hemeroteca virtual española. SciElo, CUIDEN de la Fundación INDEX, Redalyc, AbysNET Opac REBIUN.

Bases de datos de acceso restringido accesibles a través de las instituciones académicas tales como: Bibliotecas de la Universidad de Valencia (UV), Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, etc. Asimismo, fuentes de libre acceso,

como Google Académico (Google Scholar), Ministerio de Sanidad y Política Social de España, Ministerio de Trabajo e Inmigración de España, etc.,

De los documentos obtenidos se procedió en su momento al vaciado de las bibliografías identificando cada uno de los artículos que podrían ser de utilidad para la consecución de nuestros planteamientos. En este sentido, se procedió a la búsqueda sistemática de documentos en las correspondientes bibliotecas, relacionadas de una manera u otra, tanto con el investigador como con todos los individuos que de una manera u otra le han apoyado durante la elaboración de esta investigación. Entre estas bibliotecas, se procedió al vaciado de los fondos de:

Bibliotecas de Ciencias de la Salud. Universidad de Valencia

Bibliotecas de Humanidades. Universidad de Valencia.

Bibliotecas de Ciencias Sociales. Universidad de Valencia.

Instituto Histórico Médico.

Archivo del Reino de Valencia (ARV)

Archivo de la Catedral de Valencia (ACV)

Archivo Municipal de Valencia (AMV)

Archivo Municipal de Valencia. Manual de Consell. (AMVMC)

Archivo de la Corona de Aragón (ACA)

Ayuntamiento de Sarrión (Teruel)

Archivo Municipal de Teruel (AMT)

Archivo Histórico Diputación Provincial de Teruel (AHPTE) del que se obtuvo acceso a los archivos históricos digitalizados

Archivo de la Santa Iglesia Catedral de Teruel (ASICT)

Archivo del Capítulo General Eclesiástico (ACGE)

Centro de Estudios Turolenses. Teruel

Centro de Estudios del Jiloca. Calamocha (Teruel)

Archivo Municipal de Calamocha (Teruel)

Archivo Histórico de Protocolos de Daroca (AHPD)

Archivo Parroquial de Bágüena (Teruel) (APB)

Centro de Estudios Darocenses. Daroca. (Zaragoza)
Archivo Municipal de Daroca (AMD)
Centro de Estudios Bilbilitanos. Calatayud (Zaragoza).
Ayuntamiento de Longares (Zaragoza)
Archivo Municipal de Zaragoza (AMZ)
Archivo Diputación Provincial de Zaragoza (ADPZ)
Fundación Fernando el Católico de Zaragoza
Archivo de la Seo de Zaragoza (ASZ)
Archivo Diocesano de Zaragoza (ADZ)

En todos los casos se llevo a cabo la consulta, mediante las siguientes palabras clave, “hospital”, “hospitalero”, “camino”, “peregrino”, “enfermo”, “enfermedad”, “pobreza”, “cuidados”, “cofradías”, “beneficencia”, “cuidadores”, restringiendo los resultados obtenidos de la búsqueda, mediante el cruce temporal, así como la ubicación geográfica.

En algunos de estos Centros de Documentación y en la discusión pormenorizada de los objetivos que guiaban la búsqueda con los archiveros, el feedback obtenido planteó determinadas dudas ante el escepticismo de los individuos con los que se compartieron ideas. La existencia de este prejuicio fue importante en la medida que como producto de todas las discusiones y argumentaciones llevadas a cabo, en última instancia, condujeron a la construcción de nuevas vías de acarreo documental.

Orientaciones que condujeron a la consulta y utilización de inventarios y recopilatorios de fondos históricos, que complementaron la información disponible procedente de otras fuentes documentales. La labor de recopilación documental de los archivos históricos puestos a disposición para su adecuado aprovechamiento, a través de colecciones publicadas y servidores en red, nos ha sido muy útil ya que nos ha permitido apoyarnos en fuentes primarias

(manuscritos, incunables, pergaminos, etc.) que de no haber sido así, habría sido prácticamente imposible o al menos muy difícil disponer de ellas para enriquecer nuestro trabajo.

Ibarra (1904) justifica la utilidad y uso de las fuentes de la siguiente manera:

Juzgo esta labor indispensable y primaria: sin la publicación de fuentes inéditas, la tarea de aprovecharlas para basar sobre ellas estudios especiales del derecho, literatura, filología, costumbres, etc., es difícilísima y sin estas monografías jamás podrá formarse la síntesis constructiva que abarque todo el desarrollo de la historia [...] (Citado en Rodrigo Estevan, 1999)

Se procedió, asimismo, a la consulta de distintos documentos producidos por historiadores locales de diferentes poblaciones ubicadas a lo largo de la ruta en estudio. De estos documentos se hizo igualmente su vaciado sistemático, utilizando los índices temáticos, onomásticos, etc., y consultando las palabras clave utilizadas de manera habitual en la búsqueda de nuestro contenido temático.

La utilización de recopilatorios de caminos de la época, que en algunos casos podríamos considerar como precursoras de las actuales guías de carreteras y/o de viajes, nos ha permitido ubicar tanto temporal como espacialmente determinados acontecimientos que han sido clave en la construcción de esta investigación. Mediante todos estos medios pudimos identificar determinadas prácticas devocionales útiles para fijar y argumentar de manera indirecta el curso del camino objeto de nuestro estudio.

Los repertorios de caminos junto con los distintos censos poblacionales y los correspondientes diccionarios y/o tratados geográficos, estadísticos, económicos e históricos, nos han permitido identificar la evolución de los censos de población a favor de los poblados atravesados por la ruta. Por otra parte, a través de los documentos históricos hemos podido identificar la progresión de los

diferentes episodios epidémicos de enfermedades infecciosas de la época, lo cual ha tenido repercusión y correspondencia en el proceso de análisis.

Por último, la ubicación de los hospitales en el período estudiado ha tenido un alto nivel de dependencia de las características poblaciones y los procesos económicos y sociales vinculados al camino analizado.

Esta investigación se ha llevado a cabo en base a enfoques diferentes;

- Un enfoque general de localización a partir de diferentes datos históricos, cartográficos, usos sociales y aspectos culturales que han tratado de definir la ruta así como las diferentes diversificaciones que sobre ella se hayan practicado a lo largo del tiempo.
- Una visión basada en los problemas concretos de la sociedad, (pobreza y enfermedad) buscando en nuestro caso las relaciones y su evolución histórica
- Una perspectiva de análisis y búsqueda de las instituciones sanitarias, civiles, militares y/o religiosas que se han dedicado a lo largo de la historia a la atención a transeúntes y peregrinos que han propiciado la creación de una historia asistencial tradicional e incardinada con los usos y costumbres de la zona.
- Finalmente un enfoque más específico que ha dependido, en gran parte, del nivel de supervivencia y conservación de los archivos y documentos utilizados para identificar las actividades profesionales en la atención y cuidados a transeúntes y peregrinos en la ruta.

Todo ha sido tratado desde perspectivas sincrónicas y diacrónicas. La perspectiva sincrónica se ha utilizado para el establecimiento de factores centrales que han servido para la categorización de los objetos de investigación. La

perspectiva diacrónica ha facilitado ayuda en términos de datación y organización cronológicas.

La combinación de ambas perspectivas nos ha proporcionado un aparato conceptual dinámico a través del cual el fenómeno en estudio ha podido ser mejor explicado respecto de cada dato histórico considerado de importancia. Se ha estudiado también la forma de procesarlo en relación con los demás, de manera que, a la vez que se ha analizado en función de su singularidad, ha podido ubicarse en su correcto ámbito intelectual.

Además, el desarrollo metodológico ha exigido completar una muestra de poblaciones que han sido lugar de paso durante el período de la Baja Edad Media. Se han localizado suficientes datos reflejados en archivos que nos han permitido trabajar desde la perspectiva de identificar los correspondientes centros de atención y cuidados. Dichos archivos se han analizado de manera cuantitativa y cualitativa. De la identificación ha resultado una descripción, de una manera más o menos indirecta, que nos indica aspectos relacionados con los medios utilizados en los cuidados y las actividades de paso de los peregrinos.

Por otra parte, la orientación cualitativa siguiendo los criterios de López Terrada (1996) nos ha permitido deducir cómo estaban integrados los hospitales en la sociedad que los rodeaba y cómo los concebía. Asimismo, se ha procedido a analizar la relación del hospital con otras instituciones, como la Iglesia y el municipio. Siguiendo en esta línea, se ha valorado la asistencia a este grupo de población, el peregrino desde sus características específicas y las razones de su necesidad asistencial. Por lo tanto, las orientaciones que se plantearon para el desarrollo de este proyecto, que inicialmente comportaba ciertas debilidades en la consideración de sus evidencias, nos han llevado a emprender el tratamiento conjunto de los datos y evidencias y, desde una perspectiva de triangulación que ha resultado con un cierto nivel de fortaleza, a las conclusiones obtenidas.

La triangulación puede ser definida como la mezcla de datos o métodos de manera tal que diversos puntos de vista y consideraciones arrojen luz sobre la temática (Olsen, 2004). Por otra parte, Jick (1975) ha sugerido que el uso de dos o más métodos de recolección de datos en un único análisis es un enfoque adecuado en estudios de conceptos complejos. En este caso, ha sido prioritario proceder a identificar los centros en donde se llevaba a cabo los cuidados, el análisis de procesos de atención proporcionados a los transeúntes y peregrinos en las rutas que enlazan el Mediterráneo con el Camino de Santiago, es un proceso complejo que incorpora diversas dimensiones, el cual es de gran envergadura lo que sobrepasa ampliamente los objetivos de la tesis y cuyo cumplimiento seguramente supere las expectativas de vida de los investigadores implicados. La incorporación de diversos métodos proporciona oportunidades para la compensación de las debilidades de uno con las fortalezas de los otros, todos utilizados en términos de obtener cierto nivel de convergencia, validez y fiabilidad en la recolección de los datos, el análisis y la interpretación de los resultados.

Denzin (1989) describe tres tipos de triangulación de datos; tiempo, espacio y persona. En nuestro caso hemos procedido a realizar la triangulación en diferentes momentos en el tiempo, extendiéndonos a lo largo del período objeto de nuestro estudio. Aunque se podría considerar un estudio de tipo longitudinal, no hemos tratado de realizar cambios en el tiempo, sino la permanencia de un fenómeno. Al tiempo se ha procedido a realizar la triangulación en términos de espacio recogiendo datos en diferentes lugares. Recogiendo datos en diferentes momentos y lugares los investigadores hemos podido obtener una clara y completa perspectiva así como una mejor descripción del fenómeno, pudiendo diferenciar determinadas características que le son inherentes a lo largo del tiempo y el espacio.

Se ha estructurado esta tesis en seis capítulos: en los cinco primeros se analizan las relaciones y los factores que influyeron y determinaron la existencia de una red asistencial al servicio de los viajeros y peregrinos, prestaciones extendidas a las necesidades de una numerosa y segregada población medieval, instaurada entre la pobreza y la enfermedad. En el sexto, como objetivo primordial de nuestra investigación, nos hemos centrado en las distintas etapas en que se puede descomponer el Camino Real Valencia-Zaragoza, a la vez que se introducen algunas alternativas basándonos en la evidencia geográfica, asistencial y tradición jacobea.

E) Estructura de la tesis

Los seis capítulos de que se compone esta tesis están centrados alrededor de los objetivos, los cuales de alguna manera contribuyen a fundamentar nuestro trabajo. Inicialmente, a partir de la evolución y conceptualización del binomio salud-enfermedad, pretendemos ubicar el momento del desarrollo del proyecto, a través de la historia de la hospitalidad y de los hospitales, teniendo en cuenta el espacio territorial, desde donde pretendemos proyectar nuestros resultados. Es evidente la importancia de estos resultados por el hecho de que se enmarcan en un itinerario de comunicación entre dos de las ciudades más importantes de la península Ibérica en la Baja Edad Media, es decir, entre Valencia y Zaragoza. Hemos considerado necesario valorar la importancia de este eje viario apoyándonos en su antigüedad, en los orígenes de este camino y, al mismo tiempo, estamos convencidos de que constituye un eje de peregrinación estimulado especialmente por un ambiente fomentado en las ideas que el cristianismo fue imponiendo en los territorios de la Corona de Aragón, tras el largo proceso de reconquista y cristianización.

Dedicamos un espacio significativo a la búsqueda de las correspondencias laborales de quienes se encargaban de administrar cuidados a enfermos y

necesitados, para finalizar enumerando las características de las poblaciones que enhebran el Camino Real, así como la evolución de los censos poblaciones, y cómo pudieron verse afectados a causa de los brotes de enfermedades infecciosas. Y, como complemento, concretamos la existencia de hospitales y lugares de acogida con lo cual establecemos las relaciones entre la existencia de centros asistenciales, las necesidades derivadas del crecimiento de población, así como el auge de las peregrinaciones en la península y su incidencia en el Camino Real Valencia-Zaragoza.

En el primer capítulo nos centraremos en el concepto de salud y enfermedad en el período bajomedieval mediante la recopilación de referencias relacionadas con civilizaciones previas al período medieval, donde el cristianismo se convierte en protagonista en la conceptualización del binomio salud-enfermedad, imponiendo nuevas formas de entender la vida y la muerte.

En el segundo capítulo pretendemos establecer la evolución de las instituciones hospitalarias a través de diferentes referencias ubicadas en el período medieval justificando la existencia de estos centros dedicados a la asistencia a enfermos y necesitados. La necesidad de atender a los enfermos ha constituido una prioridad ahora y siempre; de hecho, los antecedentes de la existencia de instituciones de acogida dedicados a la atención de enfermos se pierden en las antiguas civilizaciones. Con la implantación del Cristianismo la creación de espacios para el cuidado de los enfermos toma protagonismo de la mano de la Iglesia a través del ejercicio de la caridad, al propio tiempo que surgen órdenes religiosas en las que la oración y el fomento de las ideas cristianas se compatibilizan con la atención a los enfermos.

El tercer capítulo, sobre el personal sanitario, es fundamental en nuestro desarrollo histórico profesional, si bien la dificultades en la búsqueda y localización documental en que nos apoyamos deja en el aire la cuestión

relacionada con la identificación de las personas que prestaban sus cuidados a quienes los necesitaban. Estas actividades eran practicadas en el ámbito de instituciones sanitarias que estaban ubicadas en las principales ciudades y poblaciones por las que transcurre el Camino Real entre Valencia y Zaragoza. Además, estas actividades están pendientes de identificar o están encasilladas en colectivos no reconocidos, es decir, encubiertos en un anonimato que no se corresponde con el reconocimiento de otras profesiones sanitarias minoritarias en la época a las que la historia ha otorgado la responsabilidad del cuidado a enfermos y necesitados.

En el capítulo cuarto analizamos la existencia y uso del Camino Real de Valencia a Zaragoza como eje de comunicación entre la costa mediterránea y el interior de la Península, un camino que ha estado presente en la historia de las civilizaciones que vivieron en la península ibérica. A lo largo del medioevo distintos pueblos y pobladores fueron ocupando los territorios y dejando muestras de sus asentamientos y legándonos, especialmente, claras muestras de rutas que fueron utilizadas tanto para desplazamientos con fines comerciales, como para diseñar estrategias de conquista y expansión. Otros caminos fueron objeto de variaciones en función de las diferentes dominaciones políticas y culturales, los cuales fueron sin duda utilizados para la comunicación desde el interior de la península hacia la costa mediterránea y viceversa.

En este Camino Real encontramos poblaciones y lugares que configuran una potencial ruta de devoción y peregrinación, que es precisamente el tema que ocupa el capítulo quinto. A las tradiciones ya existentes, es preciso añadir también el papel desempeñado por la figura de Santiago Apóstol y su Camino en la religiosidad medieval. Las peregrinaciones a Santiago supusieron un movimiento de masas que debemos tener presente y en el que la ciudad de Valencia se constituye en un importante referente en la cultura y comercio del Mediterráneo.

De hecho, representa la puerta natural y enlace con las rutas jacobeanas a través de este histórico itinerario.

Concluimos el trabajo en el capítulo sexto con la descripción de los hospitales y lugares de acogida presentes en diferentes momentos durante el período bajomedieval. Estos hospitales se fundaron por iniciativas de diversa índole y por la demanda asistencial en las rutas señaladas. Algunos fueron muy efímeros, otros desaparecieron, por problemas de mantenimiento y por los difíciles momentos que identifican a esta época, especialmente vinculados con la pobreza y las enfermedades epidémicas. No obstante, hasta la aparición de los grandes hospitales generales, describimos un inventario de las instituciones hospitalarias localizadas en las poblaciones que contemplan el paso de este histórico itinerario, otorgando a los registros que señalan la existencia de hospitales para peregrinos, un valor añadido que fundamentará y dará fuerza a nuestra hipótesis, de que esta ruta constituyó en este período una alternativa más a los numerosos accesos a rutas jacobeanas de reconocida tradición. Valor que se añade al propio de la ruta de comunicación, comercial, cultural y política de este importante eje vertebrador de los Reino de Aragón y Valencia integrados junto a Cataluña, Córcega y Cerdeña en los territorios de la Corona de Aragón.

Capítulo 1

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN LA EDAD MEDIA

La asistencia y hospitalidad a pobres, enfermos y peregrinos en la Baja Edad Media en el Camino Real de Valencia a Zaragoza.

Tanto la salud como la enfermedad han sido motivo de atención y preocupación a lo largo de la historia. Las civilizaciones más antiguas han dejado constancia de esa preocupación, así como de sus interpretaciones acerca de los procesos de salud-enfermedad.

La necesidad de explicar los hechos que el hombre no podía controlar hizo que muchos de estos hechos se relacionasen con elementos de experiencia sobrenatural, siendo así como la salud adquiere un carácter divino y como los procesos del enfermar se recubren de misterio otorgándoseles un carácter mágico-simbólico e incluso diabólico. Magia y religión son, por ello, cuestiones íntimamente relacionadas con los procesos de salud-enfermedad, tanto en lo que concierne al propio concepto y a su evolución en el tiempo como a las prácticas que se realizan en las distintas civilizaciones, no solamente para mantener la salud, sino también para actuar ante la enfermedad.

Desde las culturas primitivas se ha relacionado a las enfermedades como castigos de los dioses y a la salud con los premios por buenos comportamientos de los humanos o por la benevolencia de las distintas divinidades; una concepción religioso-moral de la salud y la enfermedad que llegó hasta la Edad Media, y que no ha sido exclusiva de esos siglos ya que en la Época Moderna y a pesar de los avances en el conocimiento, va a persistir en la mentalidad del hombre y de la mujer, la relación entre salud-curación-gracia y enfermedad-pecado-castigo. Este binomio salud-enfermedad ha sido poco diferenciado a lo largo de la historia y ello ha supuesto que la salud fuese interpretada y definida desde las carencias que conlleva uno de los términos, la enfermedad.

Hoy conocemos que a partir de las ciencias sociales este tipo de definiciones tiene una validez limitada: por ejemplo, la paz dicen los sociólogos, no debe ser definida como la ausencia de guerra; pero durante siglos y hasta que el avance en el conocimiento de la ciencias sanitarias nos permitió contemplar la

enfermedad como algo científicamente vencible, la salud-enfermedad ha sido considerado desde el punto de vista teórico, en los conceptos salud y enfermedad, como cuestiones inseparables e interrelacionadas entre si. Pero no solamente ha existido una dificultad en cuanto a su diferenciación, cuestión básica para poder ser definida de forma individualizada, sino que la consideración o no de una dolencia como enfermedad ha sufrido modificaciones importantes en el tiempo.

Según Ackerknecht (1985), la diferenciación entre salud y enfermedad no puede ser entendida con arreglo a criterios actuales, dice este autor que la enfermedad, es una función cultural siendo necesario que la sociedad sancione a la enfermedad como tal. La existencia de enfermedad, dice, “no se decide por la presencia de un cambio biológico, aunque evidentemente éste siempre exista, solo cuando la sociedad decida que este cambio biológico es enfermedad, entonces aparece la enfermedad” (Ackerknecht, 1985:17). Para explicar esto refiere una serie de casos y cuenta que, por ejemplo, el eczema infantil no fue considerado enfermedad hasta el siglo XVIII, ya que como lo habitual era que todos los niños lo padeciesen, se pensaba que era este un medio para que los malos humores saliesen del organismo; se buscó incluso una explicación razonable para la existencia del eczema, considerándolo así saludable. Sin embargo no parece necesario remontarse al pasado para encontrar situaciones similares; una enfermedad habitual entre los actuales habitantes del alto Missisipi, es el paludismo, dolencia no considerada enfermedad en ese contexto social; dicen: “ese hombre no está enfermo, solo tiene paludismo”. Son, por lo tanto, diversas cuestiones las que inciden en las distintas maneras de entender la enfermedad y la salud.

1.1 Concepto histórico de Salud-Enfermedad

En relación con el concepto de salud, algunas de sus definiciones ponen de manifiesto la diversidad de criterios que han existido para su valoración. Como

primera referencia, las fuentes documentales hablan de los planteamientos que desde el siglo V antes de Cristo, tenían los chinos acerca de este tema, un saber fundamentado intelectualmente en la “doctrina cosmológica” y para los que la salud suponía, en contraposición con la enfermedad, el equilibrio entre el *Yang* (fuerza activa o masculina) y el *Yin* (fuerza pasiva o femenina); representan los dos grandes principios cósmicos del Taoísmo que establecen que este equilibrio era el responsable directo de que se mantuviesen en orden los cinco elementos constitutivos de la vida.

Los pensadores griegos transmitieron a la civilización occidental sus criterios en relación con la salud a la que veían como el equilibrio entre los humores que componen el cuerpo humano, estableciendo una perfecta relación entre salud y belleza, lo que a su vez intentaron transmitir en sus numerosas obras de arte.

Los romanos, que adoptaron los planteamientos de los griegos en prácticamente todos los aspectos del conocimiento y de las artes, también en relación con la salud mantuvieron los criterios heredados de los griegos e incluso llegaron a divinizar a la salud – diosa de la salud – a la que rendían culto y le hacían ofrendas para que mantuviese sanos a emperadores, soldados y, en general a todo el ejército, con el fin de obtener la victoria en las batallas y acrecentar la grandeza del imperio, llegando a ser sinónimos salud y éxito.

Durante la Edad Media y parte de la Moderna, la salud del cuerpo estuvo directamente relacionada con la salud del alma, de aquí que las buenas obras permitiesen conservar una salud perfecta tanto del cuerpo como del espíritu, lo que a su vez ayudaba a alcanzar la vida eterna.

Será ya en el siglo XIX cuando la influencia en la salud, individual y colectiva, de aspectos como la higiene y el medio ambiente, entren a formar parte

de la consideración que se tiene de la salud, siendo en el siglo XX cuando se empieza a contemplar como algo positivo en sí misma y alcanzable, de aquí que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la década de los años cuarenta del siglo XX (1948) la defina como: “el estado de completo bienestar físico, social y mental y no sólo la ausencia de enfermedad”, definición que por otra parte, ya ha sido cuestionada y matizada con una serie de observaciones acerca del significado del “completo bienestar” y sus implicaciones.

De igual manera el concepto de enfermedad ha evolucionado en el tiempo. El hombre primitivo parece que pensaba en ella como si de un cuerpo extraño se tratase, siendo debida su penetración en el organismo a la acción de fuerzas misteriosas o mágicas, lo cual llevaba implícita una forma de curación relacionada con una serie de prácticas basadas en ritos y magia, que lógicamente eran realizadas por aquellas personas de la tribu (sanador/a, curandero/a) que se suponía tenían poderes sobrenaturales para conseguir expulsar al espíritu causante del mal y por tanto la sanación. Es decir que para las sociedades primitivas, la enfermedad y su consecuencia la muerte, no eran explicadas por causas naturales, sino por la acción de fuerzas sobrenaturales; por eso, en general, los mecanismos de producción de la enfermedad podían ser: la intrusión de un cuerpo o espíritu extraño y/o la pérdida del alma por consumición o envejecimiento prematuro o encantamiento. Pero estos mecanismos necesitaban la presencia de “algo” que actuase como desencadenante de la enfermedad, pudiendo ese algo ser: un agente sobrenatural (dioses, espíritus), que se sintiese ofendido¹, o bien un ser humano que deseaba vengarse, en cuyo caso, o se valía de un hechicero/a o actuaba el mismo como tal.

¹ Forma de concebir la enfermedad basada principalmente en la idea religiosa de la misma, creyéndose que se producía, bien por el castigo de algún dios a la persona que no había cumplido los preceptos, es decir al pecador, o bien porque el sujeto era poseído por los malos espíritus de algún dios maligno

Entender la enfermedad, y también la muerte, como el castigo que inflige lo sobrenatural por violar las normas naturales, parece que está presente en la mentalidad de los pueblos primitivos; por tanto, dado que la forma de actuar sobre las causas sobrenaturales era con medios sobrenaturales. Los tipos de diagnósticos consisten en distintos procedimientos de adivinación como arrojar huesos, contemplar cristales, entrar en situación de trance, etcétera. Consecuentemente, los remedios que se buscan a tales situaciones también intentan ser sobrenaturales y permanecen en el secreto de quien los posee y los practica, convirtiendo prácticas como masajes y baños, unidos a encantamientos mágicos y oraciones, en un saber que se transmitirá de generación en generación, haciendo de sus poseedores/as un ser mágico relacionado con lo sobrenatural.

Esta idea de la enfermedad como un castigo divino traspasará las fronteras de la antigüedad y durante muchos siglos la humanidad vivirá las enfermedades como el efecto del castigo de Dios, la curación en estos casos estará encomendada a los sacerdotes primero y a los religiosos después, mediante la “imposición de manos” y las “oraciones”, respectivamente, y serán en definitiva quienes los intercedan ante Dios para conseguir la salvación, tanto del cuerpo como del alma.

Hay que señalar, sin embargo, que las primitivas prácticas mágicas relacionadas con la curación de las enfermedades no desaparecerán, sino que se unirán a los nuevos criterios religiosos y, aunque unos y otros irán sufriendo transformaciones con el paso del tiempo, durante siglos seguirán estando presentes en la mente de los humanos; así, la Astrología considerada como una de las siete artes, será a lo largo de gran parte de la Edad Media y aún de la Moderna, la base del tratamiento de los problemas de salud. En opinión de Rojas (1999: 4), por ejemplo, Arnau de Vilanova (1238-1311) fue el más paradigmático en el uso de la alquimia y la consulta astral en algunas de sus terapias.

Hoy día no es raro reconocer reminiscencias de esas creencias en algunas prácticas relacionadas con la curación de determinados males, aunque evidentemente, la ciencia ha permitido identificar en parte muchas de las causas de la enfermedad y, por consiguiente, los métodos de tratamiento y diagnóstico difieren sustancialmente de lo que a lo largo de muchos siglos ha sido utilizado para estos fines. El concepto de enfermedad ha cambiado también de una forma trascendente, hasta ser considerada en el siglo XX como una dolencia científicamente vencible, lo que lleva a que su actuación se plantee desde el enfoque de la profesionalidad y se halle estrechamente relacionada con la tecnificación y con los avances del conocimiento científico.

1.2 El planteamiento religioso de la salud y la enfermedad.

En general se podría decir que hablar de salud en la Edad Media es referirse a la salud del alma, mientras que hablar de enfermedad es sinónimo de los males que afectan al cuerpo como consecuencia del pecado. Dos términos, por lo tanto, relacionados entre sí y ambos con amplias connotaciones morales y religiosas.

Es preciso, sin embargo, hacer algunas matizaciones a la visión de la enfermedad como castigo, ya que la idea cristiana en la Edad Media no se correspondía exactamente con el planteamiento arcaico de la enfermedad, ni como castigo sin más de la divinidad, ni tampoco en el sentido hipocrático de la enfermedad como azar o necesidad de la dinámica del cosmos, sino que la orientación que desde los escritos de los patristicos –Clemente de Alejandría, Tertuliano, Cipriano de Cartago, Lactancio, Gregorio de Nisa, Basilio de Cesarea, entre otros–, utilizaron el pensamiento de Platón y de Galeno para elaborar una teoría antropológica del pecado y de la penitencia; es decir, una teología moral y una antropología cristiana, que resultó en la idea de que la enfermedad era una prueba a la que todos los cristianos estarían sometidos con la finalidad de poder

expiar los pecados. A causa del pecado original todos los cristianos son pecadores y, por eso, algunas enfermedades concretas, como por ejemplo la lepra o la peste, son consideradas “castigo divino” que no conllevan un suplicio en abstracto sino una expiación concreta, el apartamiento social y la muerte inmediata, de ahí la concepción de algunas enfermedades como “morales”; es, por tanto, una nueva relación: pecado-castigo-enfermedad-prueba, una variante y una adaptación cristiana del planteamiento antiguo.

Aunque esta idea general se mantiene a lo largo de la Edad Media, es un período amplio y consecuentemente a lo largo de estos siglos se producen cambios que afectan directamente a su interpretación y, por tanto, a las actitudes que se generan en la sociedad ante las situaciones de enfermedad y se actúa ante los enfermos, tanto por los profesionales encargados de atenderles e interpretar sus dolencias, como por el resto de la sociedad, que los margina o los ayuda dependiendo de múltiples variables.

1.2.1 Planteamiento teológico del ser humano

Los hombres y mujeres del medievo se enfrentaron a contradicciones acerca del significado que tenía para ellos la condición humana. Pero cuál fue la aportación teológico-filosófica a partir del siglo XI, acerca de la naturaleza humana, que sabían y que aportaron al conocimiento científico sobre el hombre los pensadores de los siglos centrales de la Edad Media. Un mundo de contradicciones en el que observamos, por una parte, la imposición de manos como medio sanador, en donde se produce la sanación utilizando el cuerpo como vehículo y por otra, el rechazo del cuerpo humano por ser causa de pecado y condena de estas ideas. Ideas que de una manera u otra van a estar presentes en el

pensamiento de filósofos y teólogos medievales². En general, se podría resumir este pensamiento en cuatro puntos:

- Adaptación cristiana de la concepción del hombre como microcosmos
- La naturaleza humana como proceso
- El ser humano, imagen y semejanza de Dios.
- Las consecuencias del pecado original

1.2.2 Adaptación cristiana de la concepción del hombre como microcosmos

La idea cristiana y microcósmica de la naturaleza humana estaría representada por cuatro elementos esenciales: Dios como creador, el macrocosmos, Jesucristo y el hombre como microcosmos. El universo o “macrocosmos”, creado por Dios, está representado simbólicamente por Él, y como el hombre fue creado a su imagen y semejanza y teniendo en cuenta que el mismo Dios se encarnó en Hombre, en la segunda persona de la Trinidad, el hombre se simboliza como “microcosmos” en la realidad del universo o macrocosmos. Para que el hombre realice la condición microcósmica de su naturaleza, debería hacerlo por medio de tres circunstancias:

- a) En la realidad humana se combinan todas las formas de vida, tanto activas como pasivas, que existen en el cosmos: animal, vegetal, mineral y astral;
- b) Los movimientos del hombre están en conexión con los ciclos del mundo natural: animales, estacionales y lunares.
- c) El hombre sigue un proceso a lo largo de su existencia, desde el nacimiento hasta la muerte, al igual que el mismo universo.

² Laín Entralgo en su obra *Historia de la Medicina*, hace un estudio bastante amplio acerca de este tema

1.2.3) La naturaleza humana como proceso

El hombre, desde su nacimiento hasta la muerte es un caminante, un “viator”, como hombre que sigue un camino, un camino físico en el que el viajero se desplaza de un lugar a otro. El camino simbólico de quien hace de su vida una búsqueda de perfección o, cuanto menos, de desasimiento respecto al mundo, concebido como simple tránsito, como mera vía, para la morada definitiva del cielo y que solo está en la tierra de paso. Su vida es un camino hacia el más allá y mediante las buenas obras que realice alcanzará la gloria eterna, la salvación, o será merecedor del castigo y la condena si sus obras no son merecedoras de recompensa; pero además su estancia sobre la tierra sirve para cumplir con los designios que ya fueron apuntados en una sentencia de Pseudo Dionisio Areopagita y asumidos por los pensadores de la Baja Edad Media y que hacía referencia a la función entre cósmica y sacra a desempeñar por los hombres; así las cosas inferiores pertenecientes a la naturaleza son elevadas hacia las supremas cumpliendo una misión trascendental en la naturaleza y ocupando su sitio en ella. Estar de paso en este mundo moduló las actitudes ante la enfermedad y los enfermos, la Iglesia marcó la pauta de actuación de los cuidadores llegando a indicar el orden preferencial en su atención, imponiendo castigos a los profesionales que no cumplieren esas normas y recordando a los enfermos cual sería su destino. No importa lo que le suceda al cuerpo humano, lo importante es que cumpla con el fin para el que fue creado. Por eso, en numerosos Sínodos de la Iglesia, se hace mención expresa que lo que hay que hacer ante un enfermo es conminarle a que cumpla con los mandamientos de la Iglesia y confiese sus pecados, cuestión que si el enfermo o la familia de éste no desempeñan será suficiente motivo para no ser cuidado y atendido adecuadamente en su enfermedad.

1.2.4. El ser humano imagen y semejanza de Dios

Es ésta una sentencia que está presente en las Sagradas Escrituras y asumida por todos los cristianos, pero, cual es su significado y la semejanza de la

naturaleza humana respecto a la infinita, omnipotente y misteriosa naturaleza divina. Para los teólogos clásicos del siglo XIII lo que hace al hombre semejante a Dios, son la inteligencia y la razón humana. El hombre, es libre para elegir el camino que le conduce al fin y por lo tanto responsable, dice Tomás de Aquino. Es precisamente esa libertad lo que le proporciona su inalienable dignidad como persona, el hombre tiende a la búsqueda de su perfección mediante la posesión de la verdad y la bondad por una irrefrenable exigencia de su naturaleza.

Para el franciscano Duns Escoto (1265-1308) lo que hace al hombre ser imagen y semejanza de Dios, infinitamente libre y poderoso antes que su infinito entendimiento, es primero, la libre voluntad de su alma y sólo en segundo lugar su inteligencia. Este paralelismo, que sitúa en primer lugar la libertad y en segundo término la inteligencia, es lo que hace al hombre “a imagen y semejanza”, situándole por encima de todo lo creado y en eso precisamente radica su dignidad, (Bujosa, 1989).

1.2.5 Las consecuencias del pecado original

Para los teólogos platonizantes del cristianismo primitivo el pecado original, aunque redimido por Jesucristo, supuso una herida importante y trascendente de la naturaleza humana. Así, para san Agustín, la libertad se halla amenazada por la corrupción de la naturaleza, que inclina al ser humano hacia el mal, y por la fuerza de la gracia, que lo empuja hacia el bien. En definitiva las consecuencias del pecado original son tan negativas que influyen en la predestinación de los hombres, de hecho esas consecuencias se plasman irrefutablemente en Adán el primer pecador. Las diferencias son substanciales entre el Adán del Antiguo Testamento al que se describe como longevo (930 años) y con buena salud (se diría que sin sufrir enfermedades) y el Adán que nos ofrece el Nuevo Testamento donde se le muestra longevo pero con los achaques y las características que confiere al hombre no solo la edad sino también las

enfermedades, unas condiciones físicas que como consecuencia del pecado son apreciables y ostensibles.

El hombre, en su condición masculina como descendiente de Adán es un ser pecador, pero ese pecado, al que fue conminado por la mujer, solo implica una falta de su voluntad, una falta cometida en el ejercicio de su libertad y no supondría, a priori, más que una flaqueza de su inteligencia y su razón. La verdaderamente culpable sería la mujer, quien habría demostrado mediante este acto de incitación al pecado, su debilidad, una naturaleza afín con la carencia de inteligencia y razón.

Los teólogos bajomedievales, fieles a los postulados cristianos y aristotélicos acerca de la inferioridad femenina, se afianzan en esas creencias misóginas e inciden en ellas, teniendo esta postura un amplio reflejo en el cuidado y la atención a los enfermos, e incluso en la atención que las mujeres recibían cuando eran ellas las necesitadas de ayuda. En definitiva, el conocimiento científico sobre el hombre se va configurando durante la Edad Media, filósofos y teólogos influyen la sociedad con sus ideas acerca de la condición humana las cuales dependen en buena medida de lo que realmente el hombre es.

1.3 La salud y la enfermedad en la sociedad cristiana

Para la sociedad cristiana, el origen de esta concepción de enfermedad como pecado, se encuentra en el pueblo judío y en los escritos de la Biblia. Para el pueblo judío, la enfermedad era considerada como un castigo que recibía una o varias personas que habían cometido “un pecado”, una falta más o menos grave y por ello merecían la desaprobación divina y el consiguiente castigo individual o colectivo. En el Antiguo Testamento se hacen referencias a los castigos que recibirán los hombres por los pecados cometidos por ellos o incluso por sus

progenitores y entre los castigos, figuran las enfermedades, plagas, inundaciones, fuego y muerte, como los más abundantes.

Entre las enfermedades, las pestes y la lepra ocupan el primer lugar, por ejemplo: Levítico. 26, 1-45: "... Y si os refugiareis a las ciudades muradas, os enviaré peste... "; Deuteronomio. 24, 5-22: "... Guárdate bien de incurrir o de merecer la plaga o azote de la lepra... "; Deuteronomio. 28, 1-68: "...Hará el Señor que se te pegue la peste... "; Ezequiel. 14, 19-20: "Y si también enviaré Yo pestilencia sobre aquella tierra, y derramaré sobre ella mi indignación causando gran mortandad..."; Jeremías. 44, 11-14: "...Y castigaré a los judíos que habitan en Egipto, como he castigado a los que habitan en Jerusalén, con la espada, con el hambre y con la peste...".

La Iglesia cristiana, lejos de desmentir este planteamiento lo asumió plenamente y desde los primeros tiempos del cristianismo enfermedad y pecado estuvieron relacionados y fueron interpretados como causa y efecto, de tal manera que el sufrimiento que produce la enfermedad en el individuo o en el grupo social, es solo la respuesta adecuada que debe existir por las faltas cometidas –del propio individuo o incluso de sus antepasados- y la curación de la enfermedad es por el contrario una gracia que se recibe inmerecidamente por la intervención de Dios.

El primero en desarrollar esta idea fue Gregorio de Tours (538-594) aunque con anterioridad algunos de los Padres de la Iglesia ya habían sentado las bases para su establecimiento. Así, san Jerónimo (346-420) al revisar la antigua versión latina del Nuevo Testamento e incluir múltiples comentarios de los Libros Sagrados, incidió en la importancia que había tenido en algunos de los personajes por él estudiados en su vida como asceta, como fue el sufrimiento necesario en esta vida terrenal para obtener el perdón y la misericordia de Dios, igualmente san Agustín (354-430), con su tesis sobre la salvación, plantea que el hombre es incapaz por sí solo de desear el bien y por tanto necesita la divina gracia para todo

acto conducente a la salvación. Su planteamiento influyó en san Gregorio para hacerlo extensivo a su tesis sobre la causa y curación de las enfermedades.

San Isidoro (570-636), erudito escritor e historiador de los visigodos y obispo de Sevilla, se encargó de recopilar las obras de los autores que le precedieron en su obra "*Las Etimologías*", en donde dedicó algunos de sus libros, en concreto el IV (a enfermedades y remedios) y el XI (a las descripciones anatómicas), otorgando a las prácticas de la sanación la consideración de "filosofía segunda", esta obra junto con otra titulada "*De natura rerum*", influirán de forma decisiva en la consideración medieval del arte de curar, así como en el planteamiento de los clérigos europeos que durante la Alta Edad Media fueron los protagonistas en la forma de entender en su ámbito a la atención sanitaria. En estas obras, san Isidoro pone de relieve la importancia que debe darse al conocimiento de lo que son las enfermedades, y de hecho lo que él hace es recopilarlas y definir las desde el punto de vista etimológico, pero referido estrictamente al significado de las palabras y no a la causa de las enfermedades, ni tampoco a su tratamiento; por ejemplo, cuando habla del frenesí dice: "el frenesí es llamado así por el impedimento de la mente, o porque en él rechinan los dientes, pues rechinar (*frendere*) es entrechocar los dientes". A pesar de las carencias que hoy se aprecian en la obra, como expresa Fontaine (1959: 20), "la adopción sistemática del diccionario isidoriano ha podido ejercer una influencia determinante sobre el pensamiento medieval".

En el estudio de García, et al. (2005), acerca de la enfermedad y los cuidados en la obra de san Isidoro de Sevilla, analizan diversos datos contenidos en el capítulo XXII *De infirmis fratribus* de su *Regula Monachorum*, san Isidoro establece el cómo atender las obligaciones monacales cuando la enfermedad afecta a los monjes, reglando la actuación especializada, del monje que tenía a su cargo los cuidados de enfermería:

"el cuidado de los enfermos debe ponerse en manos de un monje sano y de vida observante que pueda dedicar toda su solicitud a los enfermos y cumpla con la mayor diligencia todo lo que exija la enfermedad". García et al (2005: 72)

Este monje encargado de la enfermería debía tener unas condiciones especiales de abnegación: "debe prestar sus servicios a los enfermos de modo que no pretenda comer de los alimentos de éstos". De hecho, es precisamente la administración de una dieta adecuada la que debe servir sobre todo para la curación: "a los enfermos debe servirles alimentos más adecuados hasta que recobren la salud". Como podemos observar aquí, el plan de cuidados presente en Isidoro de Sevilla estaba basado en la dietética, buscando la armonía espiritual y el cuidado en el modo de vida, citado por García García, (2005: 70-73))

Además, hay que tener en cuenta que para los primeros cristianos, convencidos de la inminencia de la segunda venida de Cristo y por tanto de la proximidad del juicio final, las enfermedades y lo que conllevan de penalidades físicas o lo que es lo mismo, la preocupación por el momento presente, parece que carecía de la trascendencia que desde nuestra mentalidad otorgamos a lo que supone de pérdida, vivir una enfermedad. Esto puede parecer escasamente trascendente, pero desde el punto de vista de lo que es un sistema de atención a los enfermos, tiene su importancia ya que supone el punto de partida de todo sistema sanitario. Seguramente, este punto de vista también incidió en esta relación de enfermedad como producto del pecado y la curación como acto sobrenatural.

Verdaderamente son muchos los casos que aparecen en las Sagradas Escrituras y que sirven para argumentar estos planteamientos; probablemente el mejor ejemplo en que se muestran las virtudes cristianas deseables ante las aflicciones y los padecimientos, se encuentra en el libro de Job, y los doctores de la Iglesia se hacen eco de ello y ensalzan la postura del santo ante las enfermedades, como ejemplo a seguir por todos los cristianos. De igual forma son

numerosos los casos en los que se muestra a Cristo como sanador³, todos los evangelistas dedican en sus obras un espacio importante a desarrollar la “*misión curadora de Cristo*”. Esto, desde el planteamiento de la salud-enfermedad puede analizarse desde diferentes perspectivas:

- a) *Perspectiva bíblica.* En la Biblia está presente la preocupación de hombres y mujeres por las enfermedades y la muerte, de forma que muchos de los milagros que se le piden a Cristo tienen relación con casos de sufrimiento ante situaciones de enfermedad y muerte.
- b) *Desde la imagen de Cristo.* La imagen de Cristo como sanador es ensalzada y siempre muestra su condición benevolente y condescendiente. Se le presenta en las Escrituras como sanador por excelencia, igual cura a hombres o mujeres, ancianos, jóvenes o niños, ricos o pobres, amigos, seguidores o incluso enemigos acérrimos de su persona o de su obra.
- c) *Perspectiva sanadora.* Jesucristo cura cualquier tipo de enfermedades (que hoy llamaríamos físicas y psíquicas), sin diferenciar entre ningún tipo de mal; él cura a cojos, paralíticos, mudos, ciegos, leprosos, enfermos con fiebres, mujer con hemorragias, expulsa demonios y resucita a muertos.
- d) *Perspectiva sobrenatural.* Aunque la sola presencia de Cristo se presenta como suficiente para realizar la curación, generalmente esta presencia va acompañada de un contacto físico al que en las Escrituras se le concede una importancia decisiva, y este simple contacto se describe como suficiente para curar cualquier tipo de enfermedad, física o psíquica, lo que concede al acto de la curación una connotación sobrenatural que no establece diferencias entre los métodos de la curación: por fe, exorcismos o milagros.

Todos estos aspectos que se recogen en la Biblia constituyeron para los cristianos, durante siglos, la forma de entender la vida y vivirla, dando un sentido

³ Por ejemplo: Jeremías. 33, 1-23; y en el Nuevo Testamento: Mt. 20, 29-34; Mr. 10, 26-52; SL. 19, 35-36; SL. 17, 11-19; SL. 14, 1-6; SL. 13, 10-17; Mt. 9, 18-26; SL. 9,40-56; SL. 9, 26-39; Mt. 8, 28-34; Mr. 5, 1-20; SL. 7, 1-10; Mt. 8, 5-13;... y un largo etcétera.

a la enfermedad y a la muerte, al sufrimiento y al dolor; unos planteamientos que contribuyen a la pérdida de confianza en el propio individuo y que solo la fe sea un valor a considerar, cuestiones que en la vida medieval alcanzan unas connotaciones trascendentes.

La creencia sobrenatural acerca de la curación de las enfermedades, que en la Edad Media se llamó "*Praeter Natura*" (más allá de la naturaleza) y que implicaba la supresión de todas las normas del aquí y ahora, marcó una forma de entender el tratamiento de los enfermos, confiriendo una orientación concreta a la actuación de los sanadores e incluso una limitación para el desarrollo del conocimiento sanitario, así como una pauta a seguir en las actitudes de las personas que los cuidaban. Esta tesis, según la profesora Santo Tomas está presente en la vida medieval y dirige la atención a los enfermos haciendo que las oraciones sean elementos imprescindibles en su cuidado: "La curación de las enfermedades será posible con la oración y mediante la intervención divina" (2002:73). Tan arraigada está esta actitud en la vida medieval que la Iglesia se valdrá de estos signos no solamente como elemento de veneración sino que incluso serán utilizados para probar la santidad de alguna persona. Obviamente, el recurso a la oración no excluye, sino que al contrario anima a usar los medios naturales para conservar y recuperar la salud, así como también incita a los hijos de la Iglesia a cuidar a los enfermos y a llevarles alivio en el cuerpo y en el espíritu, tratando de vencer la enfermedad.

"es parte del plan de Dios y de su providencia que el hombre luche con todas sus fuerzas contra la enfermedad en todas sus manifestaciones, y que se emplee, por todos los medios a su alcance, para conservarse sano". (Rituale Romanum, Ordo Unctionis Infirmorum eorunque Pastoralis Curae, n. 3). Instrucción sobre las oraciones para obtener de Dios la curación. Archidiócesis de Madrid (2000)

En efecto, aunque las bases teóricas que fundamentan desde el punto de vista religioso-moral las actitudes a seguir por los cristianos ante las enfermedades y su desenlace, se gestan en los primeros siglos del cristianismo, algunos acontecimientos que tienen lugar a lo largo de la Edad Media irán perfilando la

forma de pensar de hombres y mujeres, el modo de enfrentarse a las enfermedades, y desde luego la actitud de la sociedad ante los enfermos, lo que tendrá su proyección en la manera de atenderles, tanto institucional como personalmente. Algunos de esos acontecimientos, a nuestro entender refuerzan esa tesis y ayudan a que esas ideas vayan asentando en la sociedad. Acontecimientos tales como las invasiones de los pueblos germánicos (ostrogodos, lombardos, francos, visigodos, etc.), conquistadores de gran parte del imperio romano, que influirán en la concepción que en occidente se tenga a partir de entonces (siglos V, VI), tanto de la salud como de la enfermedad y de la atención a los enfermos. Esta circunstancia puso de manifiesto que la creencia en el fin del mundo y en el juicio final como algo inminente, no lo era tanto, pasando a ocupar un primer lugar los problemas de la vida diaria y consecuentemente todo lo relacionado con la salud y la enfermedad.

1.4 La influencia de los pueblos germánicos

Los pueblos germánicos mantuvieron sus creencias en la causa sobrenatural de las enfermedades y en sus planteamientos acerca del uso de plantas medicinales, exorcismos y actos sobrenaturales para su curación, y al asimilar el derecho romano y desarrollar un derecho práctico, que regulaba las relaciones interpersonales dentro de sus comunidades, también influyeron en el establecimiento de normas relativas a las cuestiones de salud pública e incluso a la relación que los sanadores/as debían de mantener dentro de la comunidad, estableciéndose en las ordenanzas aspectos relacionados con los salarios, sanciones y castigos para las personas que atendían a los enfermos.⁴

⁴ Las leyes Wisigotorum hacen referencia a la asistencia sanitaria y basándose en ellas el Fuero Juzgo dice: “si algún físico sangrase algún ome libre, si enflaqueciere por la sangría, el físico debe pechar CCL sueldos, e si muriere, metan al físico en poder de los parientes, que fagan del lo que quisieren. E si el siervo enflaqueciere por sangría, entregue el físico otro tal siervo a su señor” Libro XI, Título I. (1815: 171) También en la VII Partida, Título VIII, Ley VI, se establecen unas leyes similares. “Como los Fisicos, e los Zurujanos, que se meten por sabidores, e lo non son, merecen aver pena, si muriera algunos por culpa dellos”. (Las siete Partidas, Vol. III. 1830: 418)

La religión cristiana se extendió empíricamente entre los pueblos germánicos, aunque no modificó sus creencias en las causas y en los modos de curación de las enfermedades, aunque si supuso cambios para los enfermos, que serán acogidos en hospitales, que en los primeros siglos de la época medieval, tendrán unas características que no volverán a darse hasta bien entrada la época Moderna.

Por ejemplo, en el ámbito geográfico de la Península Ibérica, en el Gran Hospital de Mérida (el más importante del que existe constancia documental para la Alta Edad Media) eran atendidos sin ninguna distinción enfermos/as de cualquier religión, siendo la única condición exigida para ser internado y asistido en el hospital la de estar enfermo/a (Orlandis, 1972).

Estas ideas religioso-morales acerca de la salud y la enfermedad, fueron asentándose y consolidando en el mundo alto medieval y muy probablemente el sistema feudal en que vive la sociedad (jurídicamente ordenada en tres estamentos: los que luchan, los que rezan y los que trabajan), constituye un buen sustrato para que esas se ideas consolidaran. Un orden social establecido y considerado como “natural”, es decir, establecido por la naturaleza, o lo que es lo mismo, por Dios. Un orden que sujetaba a las personas a otros hombres y las hacía dependientes en términos de servidumbre y vasallaje, podría esgrimir muy probablemente los mismos principios para argumentar acerca de las causas de las enfermedades y de la muerte, afianzando los planteamientos de menoscabo del valor individual de la vida en este mundo y un aumento del valor de la vida en el más allá.

Varios autores tratan estos temas, por ejemplo: Sendrail, M. (1983); Schipperges (1987); Collière, M.F. (1982); Kenny, M.; de Miguel, J. (1980).

1.5 La perspectiva islámica.

La invasión de los reinos hispánicos por los pueblos árabes también constituyó un hecho decisivo en la consideración de las ideas de salud-enfermedad, desarrollando factores que estuvieron ligados a la vida de los hombres y mujeres medievales de la península Ibérica durante largo período. Estos pueblos compartían determinados elementos con base en las ideas judeocristianas acerca de la salud y la enfermedad, ya que otorgaban a su dios Alá poderes para provocar enfermedades, desde luego como castigo por los pecados cometidos por los hombres; sin embargo su concepto de enfermedad parece que estaba desligado de todo estigma moral.

Estos pueblos islámicos también utilizaban el recurso de la oración como un medio para conseguir la ayuda divina y, por tanto, merecer un milagro y sanar la enfermedad. Sin embargo, a diferencia de los cristianos, para los musulmanes la ayuda de su dios Alá se manifestaba por medio de la actuación del sanador, mientras que la redención de los pecados se alcanzaba al realizar una buena obra, otorgando así a la compasión, un poder redentor. El determinismo constituye una idea constante del pensamiento de los musulmanes “siempre se realizará el destino concreto prefijado desde siempre”, tenía su proyección, tanto en la aceptación de las enfermedades por los musulmanes como en la consideración que los sanadores alcanzaron en la sociedad.⁵

El criterio del sanador acerca de la enfermedad ante la sociedad no será cuestionado y se aceptará sin que su decisión tenga consecuencias negativas para él, como al contrario ocurría en la cristiandad. Según Chediak (2007: 166) Avicena decía: “El sanador juzgará apoyado en su ciencia de los signos; sabrá si el enfermo debe morir y se abstendrá de tratarlo”. En el mismo sentido, afirma que el sufista Algacel

⁵ Al profeta Mahoma se le consideraba, sanador y modelo de ser humano, es el ejemplo perfecto de conducta humana. Inspirado por Alá curó heridas, prescribió tratamientos, dio consejos dietéticos e higiénicos.

predicaba que: “Si no hay curación posible, la prudencia del sanador consiste en explicar la incurabilidad”.

Esta necesidad de intermediarios conocedores de temas relacionados con las enfermedades hizo que se desarrollase en esta cultura un interés especial por profundizar en el conocimiento y por eso esta cultura entró en Europa de la mano de los sanadores árabes. Sin embargo, en occidente en la época medieval, y a pesar de todos los cambios que la influencia árabe produjo en el conocimiento de la enfermedad siguió, en gran medida, vigente la influencia de las tesis de Gregorio de Tours, donde defendía que el conocimiento de las ciencias estaban influenciados de una forma considerable por planteamientos relacionados con las fuerzas ocultas de la naturaleza, la astrología y la magia, lo que dio lugar a una concepción estática de las ciencias. En cualquier ciencia se parte de una relación de causa–efecto, no sujeta a la influencia de fuerzas sobrenaturales ni ocultas, lo que si se produjo en la Edad Media, con la consiguiente ralentización en el avance del conocimiento y desde luego del saber sanitario.

El sentimiento de rechazo del cuerpo está representado en la figura de san Francisco de Asís (1182-1226). En la Leyenda Mayor (10, 4) según san Buenaventura, Francisco plantea que se sentía en su cuerpo como un peregrino alejado del Señor y se esforzaba, orando sin interrupción, por mantener siempre su espíritu unido a Dios. En el capítulo X de la Regla no bulada (De los hermanos enfermos) se instruye que, el cuerpo es objeto de sospecha o recelo, y por tanto “... la carne debe ser mortificada y despreciada, tenida por vil y abyecta...”. En el capítulo XXII, 5 (De la amonestación de los hermanos) “Y tengamos odio a nuestro cuerpo con sus vicios y pecados; porque el diablo quiere arrebatarlos, mientras vivimos carnalmente”.

Sin embargo, en santo Tomás de Aquino (1225-1274), un poco más tarde, encontramos algunas ideas que se oponen a las de san Francisco. El hombre se compone de cuerpo y alma espiritual; mediante el cuerpo se vincula con el mundo sensible y por el alma con el mundo espiritual. Es lo más perfecto en el orden sensible y lo menos perfecto en el orden de las sustancias intelectuales. La concepción del hombre tomista combina la óptica aristotélica y el pensamiento cristiano: a los vivientes les corresponde un conjunto de operaciones distintas de los no vivientes: nacer, nutrirse, crecer, reproducirse, moverse localmente y morir, y en los grados superiores sentir, pensar y querer.

1.6 La perspectiva del sanador

Como miembros de la sociedad, quienes ejercían la atención sanitaria, estaban influidos y sujetos al pensamiento de filósofos y teólogos así como, igual que los demás, a los designios de la Iglesia. Por ello debemos tener en cuenta cómo durante la Edad Media la Iglesia continuó sedimentando entre la sociedad su idea sobre la del ser humano y especialmente en relación con los planteamientos acerca de la causalidad de las enfermedades y sus formas de curación. Estos planteamientos van ser la esencia de argumentos para atender y cuidar a los enfermos.

Por tanto, nos planteamos cuál iba a ser el marco de actuación a seguir en el cuidado de los enfermos, cuáles eran los conocimientos de los que llevaban a cabo la atención sanitaria, del funcionamiento del organismo o de la conservación de la salud, y en caso de su quebranto que actividades se ejecutaban para curarlas. Los planteamientos que se hacen en las Escrituras acerca de la enfermedad, enfermos y sanadores, sirven de punto de partida para la elaboración de la filosofía cristiana medieval. El saber se apoyaba en los postulados griegos, paradigmas que continuaron vigentes en toda la Edad Media y, por tanto, en la

base de actuación de todas las personas que se encargaban del cuidado y atención de los enfermos. Parece claro que los griegos fundamentaron sus actuaciones basándose en la observación y se valieron de ella para aplicarla en el desarrollo del conocimiento sobre las enfermedades, las soluciones aplicadas y alternativas posibles.

En base a estos preceptos, Laín Entralgo (1972) considera que fueron tres los recursos que sirvieron de base a los griegos para desarrollar el conocimiento del cuerpo: la observación directa, la experiencia sobre las heridas recibidas en las batallas y, probablemente, la visión de los cadáveres abandonados y exentos de los ritos religiosos del enterramiento o incineración. Asimismo, siempre según Laín parece ser que a partir de la observación eran tres las causas que generaban enfermedades, unas traumáticas, otras ambientales y, por último, las atribuidas al castigo de los dioses. La observación y descripción de las heridas es una de las actividades más frecuentes que nos encontramos recogidas en los escritos de Homero donde aparecen descritas, atendiendo a la parte del cuerpo y del arma que la inflige, narrándose con detalle la actitud del herido y sus capacidades en relación con el lugar de la herida⁶.

Las causas ambientales están relacionadas con el calor, el frío, la humedad, etc. Respecto a las causas atribuidas al castigo de los dioses, la mentalidad de Homero le hace afirmar la causalidad divina al poner como ejemplo la presencia de la peste que, Apolo envió con los Aqueos en la epopéyica obra de *La Iliada*, en el Canto I refiere el poeta:

“Crises, sacerdote de Apolo, va al campamento aqueo para rescatar a su hija, que había sido hecha cautiva y adjudicada como esclava a Agamenón; éste desprecia al sacerdote, se niega a darle la hija y lo despide con amenazadora palabras; Apolo, indignado, suscitó una terrible peste en el campamento”.

⁶ En las obras de Homero, en *La Iliada* como en *La Odisea*, se describen además de viajes y actos bélicos, las enfermedades, los enfermos, los muertos, el valor de la juventud, la equiparación de esta con la salud y la vejez con la enfermedad. Calipso quiso dar a Ulises como regalo el elixir de la eterna juventud, el mismo regalo que hizo Zeus a Gamínedes, obsequio que implicaba no solo ser siempre joven, también sano y bello, bases de los postulados griegos sobre la salud.

En función de estos criterios, las actividades que los griegos realizaban para tratar sus dolencias eran por un lado de tipo empírico, utilizadas para combatir la enfermedad supuestamente producida por causas naturales, recurriendo a hierbas, pócimas, alimentos utilizados como brebajes, baños e higiene de las heridas y la aplicación de vendajes. Estos procedimientos aparecen inmortalizados en algunas de las obras de arte de estos siglos. El tratamiento de los problemas de salud de atribución divina se relaciona con la ingesta de brebajes y/o aplicación de rituales, actuaciones en las que habitualmente aparecen mujeres que gozan de ese prestigio y están identificadas en ocasiones como hechiceras, como es el caso de Agamede, Polidaman, Helena y Circe.⁷

En opinión de Laín (1972), la evolución de este conocimiento acerca de la salud y de la enfermedad, basado en las prácticas empírico-mágicas heredadas de la observaciones homéricas, se produce con el desarrollo de dos conceptos: el de *physis* o naturaleza, principio de todas las cosas y argumentados por los filósofos presocráticos que identificaron los principios de la realidad con entidades materiales y, por otro, el concepto de la *techne* o arte, no considerado simplemente como un oficio, sino un principio que excluye la magia en favor de la racionalización, haciendo de este hacer artesanal una categoría fundamentada en el conocimiento racional y no solo empírico.

Desde las escuelas de Cos, Crotona, y Cnidos, el saber se fundamenta en el conocimiento de la ciencia natural enunciada por los presocráticos y, desde Hipócrates hasta Galeno, se va a ir configurando un saber que va a perdurar a lo largo de varios siglos. La conceptualización de la práctica de la *techne* se consolida en un saber hacer algo que se espera ocurra, “al porqué” y al “qué” se

⁷ Odiseo y sus hombres huyen a la isla Eea, donde fueron algunos hombres hechizados por Circe, hija del Sol, que los convierte en cerdos. Ayudado por unas hierbas mágicas dadas por Hermes, Odiseo logra oponerse a Circe y libera a sus compañeros. (*La Odisea, Canto X*)

hace, teniendo en cuenta que el “qué” corresponde a la enfermedad y el remedio a la realidad de la *physis* o naturaleza de la enfermedad. Evoluciona la conciencia de lo que se puede hacer, en el arte de curar y, al mismo tiempo, la confianza en la capacidad del sanador. Para la elección de un método adecuado, se fortalece el principio de “*primum non nocere*” o “no hacer daño”. El incremento de conocimientos acerca del ser humano, de su constitución y de su funcionamiento, junto al desarrollo de cierta comprensión acerca de las enfermedades, va a configurar la base del arte de cuidar y sanar.

Ocho siglos transcurren desde los filósofos presocráticos hasta Galeno. En este tiempo el saber va a ir construyéndose en base al progresivo conocimiento de las funciones del cuerpo humano, que incluía tanto la actividad mental, como la morfología: número, estructura y relaciones de las distintas partes del cuerpo. Este saber va a mejorarse con la disección de cadáveres, práctica que rechazaron por suponerlas algo envilecedor y no válido como método de estudio, pues se pensaba que los cadáveres y los seres vivos eran entidades distintas⁸. Las aportaciones de los griegos acerca del conocimiento del ser humano, fueron más lejos que el simple saber del número de músculos, huesos o el lugar topográfico donde estaban ubicados; su interés estuvo centrado en conocer cómo funcionaba cada parte del cuerpo, qué misión desempeñaba cada órgano en el mantenimiento de la vida, y cómo y por qué se producía la vida y el ser humano enfermaba y moría, principios, elementos e ideas que son la base de las ciencias de salud actuales.

Para Hipócrates, el cuerpo humano fue concebido como un todo, compuesto por una serie de partes a las que relacionó, bien con un criterio de orden funcional o por un criterio numeral; en definitiva, la vida exigía un

⁸ Galeno, no basó parte de la adquisición de sus conocimientos en el estudio con cadáveres humanos, pero sí participó de la búsqueda de analogías entre los cadáveres de los animales y del ser humano, lo que indujo a errores, que fueron superados por la trascendencia de sus aportaciones destacando entre ellas la visión unitaria de la morfología y la función del cuerpo. García Ballester, (1972: 226)

equilibrio entre los humores, armonía entre las partes y estas con el cosmos, todo mantenido por el corazón y los alimentos, se consideraba que los líquidos iban de la traquea a los pulmones, los sólidos que pasaban al tubo digestivo, en el cual tras una cocción se convertían en materias semejantes. Con esta teoría los alimentos se configuran como una base en el tratamiento de las enfermedades.

Las aportaciones de Aristóteles se basaron en la incorporación de la idea de la *physis* como principio del movimiento y del reposo, Aristóteles consideró que el corazón era el centro y fuente de la vida psíquica ya que en él se asentaba el alma. Perfeccionó las aportaciones realizadas por los presocráticos e hipocráticos acerca del funcionamiento del cuerpo humano, dando importancia al corazón como órgano vital, describió los vasos sanguíneos y los movimientos de la sangre, diferenciando arteria y vena y considerando la sangre como alimento del cuerpo y materia del pensamiento. En cuanto a la función de los alimentos, estos eran transformados en jugo alimenticio y posteriormente el corazón los transformaba en sangre. Estos principios se transmitieron heredados desde el saber y la ciencia principalmente hipocrática, platónica y aristotélica, conocimientos que fundamentaron el paradigma fisiológico que fue asumido por todas las figuras dedicadas a la práctica del arte de sanar.

1.7 El arte de sanar en la Edad Media.

A lo largo de los siglos que configuran esta época histórica, en el terreno del saber y en concreto en el arte de sanar, se pueden distinguir dos períodos bien diferenciados; uno que abarca la Alta Edad Media, hasta los siglos XI-XII y otro, desde el XII hasta los siglos XVI-XVII, durante los cuales irá evolucionando hasta las nuevas aportaciones de la época moderna.

Los sanadores europeos de los siglos alto medievales parece ser disponían de pocos libros en los que apoyar su conocimiento, la mayoría eran tratados

breves y atribuidos a autores clásicos, algunas traducciones al latín de textos de Hipócrates relacionados con la dieta y su aplicación empírica. San Isidoro de Sevilla, se encargó de recopilar lo que acerca de este saber estaba vigente en su época y lo plasmó en *Las Etimologías*, los contenidos del Libro IV, sirvieron de apoyo a los clérigos que a lo largo de la Alta Edad Media se encargaron de practicar las artes del cuidado y la curación, fueron pues estos dentro de los monasterios y también en el seno de las escuelas eclesiásticas los lugares que se facultaron para conservar, cultivar y transmitir el saber de la época. Pero sin duda las aportaciones de los árabes al conocimiento van a influir en Europa. Es en los siglos X y XI cuando el conocimiento del arte del sanar encuentra su máximo esplendor, con las contribuciones de Avicena (980-1037) que recopila en su *Canon* todo el saber de su tiempo, aunando el pensamiento de Galeno y Aristóteles. También las aportaciones de los judíos marcaron su impronta ejerciendo su influencia, a través del mundo musulmán. Maimónides (1138-1204) en su obra *Aforismos*, reflexiona acerca del pensamiento de Galeno, sobre aspectos relacionados con la alimentación, asimismo se le atribuye una de las primeras obras dedicadas a la Higiene, anticipo de lo que la Edad Media representaran los *Regímenes Sanitatis*.

El saber heredado de los griegos sobre la salud, pasará a través de la Escuela de Salerno consolidada a mediados del siglo XI y la Escuela de Traductores de Toledo sin olvidar el papel desempeñado por otros centros como Bolonia, Montpellier, Paris, etc. Es en este siglo XI, y como consecuencia del surgimiento de estos centros cuando aparece un punto de inflexión entre la Alta Edad Media y los siglos siguientes en lo referente a los campos del saber, es un punto en la divisoria entre el arte de sanar y el conocimiento médico, canalizado por la formación de Salerno, primer centro laico europeo dedicado a la enseñanza y la práctica de la Medicina. Es en Salerno donde confluyen los conocimientos tanto de los sanadores griegos, judíos, árabes y cristianos, y la traducción de libros escritos en estas lenguas se enriquece con la producción y saber propios. La

Escuela Salernitana va a ser la semilla de las escuelas posteriores y de las Universidades europeas donde se enseñará e instaurará la enseñanza de la Medicina. La gran tarea “técnica” ya estaba prácticamente hecha, del saber que en el siglo X estaba depositado en los monasterios, se había dado paso en el siglo XI al saber de las escuelas capitulares y en la transición del XII al XIII a nuevas instituciones que se convertirán en depositarias y transmisoras del saber general y del saber médico, como lo fueron Los Estudios Generales, que darían paso en el siglo XIII a las Universidades.

Sin embargo, la labor no era tan simple, ni todos los médicos europeos pasaron por las escuelas de Medicina de Salerno, Bolonia, París, Montpellier, etc., ni los que fueron a ellas parece que contaron con una formación filosófica estricta, ya que en el Concilio provincial de París de 1210 se prohibió enseñar lecciones sobre los “*libri naturalis*” de Aristóteles, sólo hasta que hubieran sido examinados. Un saber, por tanto, que sin disponer de un marco conceptual ni de una metodología adecuada, no pasó de la compilación y el catálogo, lo que impidió el avance de lo que iba a ser la disciplina.

La situación social en la Península Ibérica es diferente a la del resto de Europa, la existencia de una población musulmana a lo largo de tantos siglos, con fronteras internas y luchas continuas, incursiones musulmanas y reconquista cristianas con las consiguientes movilizaciones de población, confieren a la Península y a sus reinos unas peculiaridades que no se dan en el contexto europeo. En este sentido la presencia de una población musulmana y judía en territorios recién cristianizados va a provocar un rechazo a las prácticas sanadoras llevadas a cabo por los hasta ahora habitantes de los territorios conquistados, hasta el punto de que en Valencia, en 1338, se dictan ordenanzas prohibiendo a los musulmanes la práctica de toda actividad sanadora entre los cristianos, prohibición que se hizo extensiva a las mujeres musulmanas

Esta situación no fue exclusiva del reino de Aragón; en el de Castilla existen muestras de la intolerancia hacia los sanadores musulmanes y judíos, una oposición que por parte de la Iglesia se canalizó a través de diversas actuaciones, desde los sermones del dominico valenciano Vicente Ferrer, pasando por ordenamientos que puso en práctica la Iglesia, transmitidos por el Concilio de Letrán en 1215, donde se advierte el peligro de la convivencia de los cristianos con los judíos, y reflejado en un texto evacuado a propuesta del Concilio celebrado en Valladolid en 1322, donde se ordena a los obispos castellanos que hagan uso de las penas eclesiásticas a los cristianos en caso de acudir a los sanadores judíos y mudéjares cuando estén enfermos. (Santo Tomás, 2002).

Beaujouan (1967), analizando el desarrollo de la ciencia incluida la medicina en los siglos XIII al XV, observó una importante debilidad de la institución universitaria, un papel prominente de las minorías judías y musulmanas y la precoz madurez de las diversas lenguas románicas. Lo que sí parece que existió en los reinos hispánicos hasta bien entrado el siglo XVI, fue una literatura escrita en árabe, que por supuesto contenía todo el saber greco-romano y árabe, pero que al parecer solo circulaba por las aljamas y las morerías; los médicos cristianos, aunque fuesen médicos de formación universitaria y/o escolástica, no tuvieron acceso a los textos en lengua árabe y parece que solo manejaron las obras escritas en latín, y éstas parece que no eran demasiado abundantes.

Debió de existir también un problema de competencia profesional entre la clase médica; los médicos “oficiales” es decir los médicos cristianos que habían recibido una formación universitaria con los físicos judíos, cirujanos mudéjares que practicaban conocimientos tradicionales y escasamente científicos. La presencia de estos profesionales, médicos oficiales que estaban muy relacionados socialmente con la clase dominante realizaron de manera intransigente una labor constante de desprestigio, tanto de los médicos como del saber médico de árabes y

judíos, intentando incluso forzarles a que abandonasen sus esquemas socio-científicos. En realidad estos médicos cristianos solo debían atender a una minoría social muy concreta, las clases más privilegiadas, pero el prestigio y la fama alcanzada por los médicos árabes y judíos debió de ser importante por lo que en situaciones de crisis sociales, políticas, económicas y también religiosas como fue habitual en el siglo XIV, la evidencia de actitudes de enfrentamiento de los médicos cristianos fue manifiesta para imponer y hacer valer su condición social y científica.

Es probablemente por esta circunstancia, por lo que la situación social señalada por Beaujouan (1967) y García Ballester (2001), acerca de los “*pogroms*”, incide de forma tan decisiva sobre la Medicina hispánica, ya que al parecer los nuevos postulados médicos solo estaban en posesión de los judíos y árabes, y al sufrir éstos persecuciones y verse obligados a convertirse al cristianismo y con ello a renegar de sus creencias y también de sus conocimientos y formas de vida, se les impedía poner en práctica sus saberes médicos. De hecho, los médicos musulmanes se vieron abocados a ejercer como curanderos, ya que el Tribunal del Protomedicato realizaba los exámenes con arreglo a las normas cristiano-escolásticas en latín o castellano y los sanadores moriscos no tenían posibilidades de ser aprobados. La intransigencia adquirió pautas formales al impedirles el acceso a la formación en las Universidades y, lo que es más drástico, al tratar de evitar que trabajasen como médicos obligándoles a realizar un examen ante un tribunal de médicos cristianos que juzgase sus conocimientos. Después de la diáspora de 1572, los moriscos eran prácticamente todos labradores y ni siquiera sabían leer y solo mediante la tradición oral en el seno de la familia adquirían conocimientos.

Hasta aquí un breve recorrido estimativo de la conceptualización de la salud y la enfermedad a través de diferentes culturas y perspectivas que influyeron en la época medieval. La historia de los hospitales sigue una evolución también

influenciada por los diferentes principios aportados por las civilizaciones a lo largo de los tiempos. De forma especial fue con el Cristianismo cuando se inició una evolución consecuente con las formas de aceptación tanto de la salud como de la enfermedad. En el capítulo siguiente trataremos de identificar en este proceso evolutivo el papel desarrollado por las instituciones hospitalarias, desde los orígenes en los antiguos xenodoquios de los primeros siglos, hasta el proceso de unificación de los hospitales acontecido en el siglo XVI.

Capítulo 2

DEL ORIGEN DE LOS HOSPITALES A LA BAJA EDAD MEDIA

La asistencia y hospitalidad a pobres, enfermos y peregrinos en la Baja Edad Media en el Camino Real de Valencia a Zaragoza.

A lo largo de su historia, los hospitales como institución, han cambiado profundamente tanto en sus funciones como en su forma, aunque siempre han sido y son, ante todo, instituciones asistenciales. Como señaló Rosen (1963), “la enfermedad crea dependencia. Los enfermos necesitan no sólo la curación de su enfermedad, sino también cuidados personales y cobijo”. A través de la historia, la sociedad ha aceptado tal necesidad como una responsabilidad de la vida comunitaria y ha ido creando distintas instituciones para proporcionar a los necesitados los servicios necesarios, puesto que las tendencias en el desarrollo de la caridad aparecen profundamente arraigadas en la dinámica social de protección, patronazgo y conflicto social. En opinión de López Terrada (1996: 195):

“el hospital, se ha convertido en la actualidad en el eje de cualquier sistema sanitario moderno. No obstante, esto no ha sido siempre así, ya que la forma y estructura de los hospitales ha estado siempre estrechamente ligada a las diferentes condiciones económicas, políticas, culturales y sociales que rigen la vida del hombre. Por ello, no es lo mismo un hospital actual, reflejo de una sociedad de clases y de un sistema económico capitalista, que un hospital medieval, inserto en una sociedad y economía feudal, sin un Estado articulado”.

Al estudiar los hospitales en la Edad Media, Jetter (1972: 263) plantea la necesidad de,

“describir la evolución del desarrollo de los hospitales desde sus comienzos hasta el año 1500... (Sin embargo) los hospitales actuales... tienen su base en aquellas instituciones que distan siglos de nosotros. Las costumbres que hoy perduran en las más modernas instalaciones, deben ser reconocidas como producto de aquella época, investigadas y a ser posible, reemplazar por algo mejor”.

Navarro (2005: 3), desde una perspectiva histórica, incluye varios rasgos generales, entre ellos:

Hospital es igual a camas. Desde los centros más antiguos que recibieron este nombre hasta finales del siglo XIX, un hospital equivalía a un centro de hospedaje que proporcionaba sustento y alojamiento a los que en él ingresaban. Lo utilizaban no sólo enfermos, sino también menesterosos. Hospital es igual a tecnología, (Aunque este concepto es solo y únicamente aplicable, tal y como ahora lo hacemos). Es a finales del siglo XIX cuando avances científicos y profesionales modifican el concepto de hospital... Todos estos cambios perduran en lo esencial durante el siglo XX.

La evolución del hospital en los últimos siglos plantea la cuestión central de si la asistencia es aún la función primaria de esta institución. En opinión de Günther (1999: 28) “la finalidad original del hospital fue admitir, confortar y cuidar a todos lo sufrientes y necesitados”. En gran medida los hospitales limitan en la actualidad la admisión a los pacientes que requieren de diagnóstico y tratamiento. La inclinación hacia los episodios agudos de las enfermedades físicas, las intervenciones tecnológicas complejas y el creciente coste económico de los ingresos y estancias han convertido al hospital en un lugar de permanencia breve. La burocratización, las restricciones financieras y la invasión de todo tipo de instrumental no hacen más que acentuar la despersonalización esencial de la asistencia institucional. La evolución que se ha producido, ha ido transformando el hospital de un centro de acogida y cuidados, para los pobres, en una estructura compleja destinada a tratar a los enfermos que pueden ser curados.

Desde finales del siglo XX, se ha producido una nueva revolución en el concepto de hospital, pasando, a ser considerado igual a solucionador de procesos. En este concepto de futuro (y de presente) las camas se relativizan e incluso la tecnología se externaliza del propio edificio-hospital. La evolución de los hospitales es dinámica y continuada. A principios del siglo XXI en opinión de Navarro (2005: 5), “el concepto de hospital está sufriendo el mayor cambio que probablemente ha tenido a lo largo de su historia”. No obstante, nuestro principal objetivo será, en este caso, analizar las características de los hospitales que se fueron creando en el momento de la cristianización y el desarrollo de las poblaciones por las que pasa el camino que proponemos.

2.1. La hospitalidad y la asistencia hospitalaria.

Un hospital no es solamente un edificio. su historia condiciona en gran parte sus posibilidades y sus limitaciones. Además, la historia de una institución

va configurando el conjunto de valores, actitudes, expectativas y formas de organización que la caracterizan. Todo lo cual tiende a persistir aunque las circunstancias y las necesidades cambien. Los hospitales actuales son el resultado de un proceso evolutivo histórico, en los que han intervenido un conjunto de factores tanto culturales, como religiosos, éticos, científicos, epidemiológicos, políticos y económicos. En este proceso se han sucedido y se han influido, mutuamente, distintos tipos de instituciones asistenciales.

Ciertos historiadores han pretendido remontar el origen de los hospitales a determinadas instituciones anteriores al cristianismo, basados en el hecho de que algunas fuentes documentales muestran que “diversas culturas primitivas desarrollaron instituciones destinadas a cuidar de los enfermos” (López Piñero 2002: 109).

No obstante en el “*ámbito enfermero*”, la actividad de cuidar esta presente en todas las etapas de la Historia, las madres, las mujeres, siempre han utilizado algún tipo de conocimiento intuitivo y/o de transmisión oral, tanto en su saber teórico como en su práctica. Es importante señalar el distinto valor conceptual a lo largo del tiempo, acerca del concepto de la enfermedad y del proceso de enfermar, así como el valor concedido a los elementos del cuidado, observado desde perspectivas sociales económicas y religiosas. La significación histórica de los cuidados es tan evidente como la existencia del ser humano. El origen de los cuidados de enfermería, se hunde en las raíces de un pasado anterior al documento escrito, y cuya existencia puede demostrarse contemplando como el ser humano ha sido capaz de perpetuar la especie y resuelto y atendido sus necesidades básicas.

Los fundamentos históricos acerca de los cuidados de Enfermería, han sido estudiados por Ventosa (1984), Donahue (1985), Domínguez Alcón, (1986),

Collière (1993), Eseverri (1995), Hernández Conesa (1995), Santo Tomás (1995) Hernández Marín (1996), Siles González (1999), entre otros autores, que han expresado sus argumentaciones históricas a través de publicaciones y actas de Congresos. Para ubicar el ámbito de nuestro trabajo, y con el objeto de dar sentido al ambiente social influenciado profundamente por las creencias cristianas, hemos tomado como referencia diferentes períodos que han sentado bases y precedentes y que constituyen la antesala de la Baja Edad Media, con tal de que confluya la idea del hospital con la hospitalidad, a través de los cuidados en un período histórico caracterizado por un ambiente cristianizado y modulado por la pobreza, las enfermedades epidémicas y las guerras.

En la antigua India, los documentos que hablan de su historia antigua describen centros asistenciales que dispensaban preparados curativos e incorporaban un personal capacitado para cuidar a los enfermos (Miller, 1995). Jetter (1972: 264) alude a los llamados hospitales de Asoka (264-228 a. C.) dependientes del budismo en la India antigua.

En el Egipto faraónico había santuarios¹, de los cuales nos han llegado sólo vagas noticias, en los que podían residir los enfermos que acudían a ellos en busca de ayuda. Jetter (1972: 268) sugiere la existencia de centros similares en el santuario de San Menas, que fue durante decenios meta de muchos peregrinos. En cuanto a la formación de quienes practicaban las artes curativas, según Laín Entralgo (1978:17)

“tenía lugar en las llamadas casas de la vida... una institución del Estado, próxima a los grandes templos, encargada ante todo de la protección del Faraón, mediante el uso de la magia”

¹ Imhotep, sumo sacerdote y arquitecto de la pirámide escalonada del rey Zoser, en Saqqarah,... fue considerado un dios con poderes curativos unos 2000 años después de su muerte. Los enfermos visitaban el templo de Imhotep en busca del sueño curativo. (W. Westendorf, 1993, p. 20)

La labor recopilatoria del pueblo hebreo transmitida a nuestros días a través del Antiguo Testamento, nos acerca a conocer las costumbres sobre la vida y la muerte.

En la Grecia antigua, se efectuó el paso del pensamiento mítico al pensamiento racional: del “mythos” al “logos”. Para Hernández Conesa (1995: 68), los cuidados practicados en esta época se mantuvieron en el contexto doméstico con algunas variaciones en cuanto a su presencia institucional. Estos cuidados fueron relegados a sirvientes y esclavos y continuaron practicándose en el ámbito del ostracismo doméstico. En este sentido los escritos de Vesalio (1524-1564) ponen de manifiesto la condición social de quienes los practican.

“... Relegaron en personas no preparadas, los tratamientos manuales requeridos por los pacientes y los sanadores se limitaban a vigilarlos como capataces...”
“...aquellos a quien se encomienda las tareas manuales eran demasiado ignorantes para leer...” Vesalio. De corporis humani fabrica, Libri Septem.

López Piñero (2002) identifica el concepto del *iatreion*, en Grecia, como tan solo una especie de habitación donde los sanadores (*iatrois*) mejor situados, ejercían su actividad con una cama para explorar a los enfermos y para que descansaran. El *iatreion*, en opinión de Siles (1999:135) pertenece al marco funcional junto con el *xenodochia*, y lo describe como el lugar de la ciudad donde los ciudadanos iban a curarse heridas, a que les identificaran una determinada afección, todo ello de forma puntual. No ofrecían un servicio de hospedaje, aunque como señala Gunter B. Risse (1999: 28), “algunos centros sí disponían de dependencias para el alojamiento de los enfermos, lo que los convertiría en un precedente directo de los hospitales”.

Hacia el año 400 a. C. se inició en la isla de Cos la construcción de un santuario, el *asclepieion*, dedicado a *Asclepio*, rey de *Tricia*, en Tesalia. Al templo de Cos acudían los enfermos para dormir en el interior del templo y a través de los

sueños recibir las claves de la curación. Tras practicar abluciones rituales ofrecían sacrificios al dios y hacían donaciones al templo. Afirma Sánchez (2005: 19)

“Que en estos templos de Asclepio se escenificaban sistemáticamente un gran número de los rituales mágicos y religiosos que siempre han acompañado a todas las formas de curación”.

Tras una peregrinación salvadora y llegados a las inmediaciones del templo, recorrían en procesión una vía sacra y atravesaban un pórtico que les daba acceso a un recinto sagrado allí, se les inducía el llamado sueño terapéutico, en el que el dios *Asclepio* se aparecía a los enfermos, bien para curarles, bien recomendarles algún remedio. El *asklepieion* vivió un segundo auge en el siglo II d. C. Fueron famosos los de Pérgamo, Epidauro y Cos. En ellos, junto a la *incubatio*, se practicaban los baños, el ejercicio y la dieta. La administración de remedios era una excepción. En opinión de Schubert (1993:36) “la mayoría de estos templos se asemejaban más a lugares de peregrinación que de curación”.

López Piñero (2002: 109), describe las instalaciones del tipo del *iatreion* griego que en Roma eran denominadas *tabernae*, expresión que de alguna manera trataba de indicar falta de prestigio o de categoría social, y en ellas prestaban sus servicios los “*nosocomi*” nombre que recibía el personal sanitario de la época.

El término latino *valetudinarius* fue tomado de la palabra *valetudinarius*, que significaba “enfermo” y pasó a designar el tipo de edificio en que se les atendía. Estos edificios se construyeron en el momento histórico del fin de la República y los comienzos del Imperio romano. Antes del año 20 d. C. se estableció en Alesia, cerca de Haltern (Westfalia) uno de los primeros *valetudinaria* romanos creados para los legionarios. En el personal de estos establecimientos se incluían, sanadores, boticarios, escribas e inspectores. Para Sánchez (2005: 18), los propietarios romanos de las tierras poseían mano de obra esclava, los grandes terratenientes con el fin de suministrar cuidados a los

esclavos e incrementar su rendimiento y fidelidad, mandaban construir esta especie de hospitales, para atenderlos por sanadores también esclavos.

Según Hernández Conesa (1995: 70), los cuidados tal como hemos expresado para Grecia, continuaron circunscritos al ámbito doméstico y comenta una aportación de los escritos de Columella en relación a los trabajos del campo.

“También abrirá de tiempo en tiempo las enfermerías si están desocupadas de enfermos, y las librá de inmundicias para que cuando el caso lo exija, los que entren las encuentren de nuevo arregladas, pertrechadas y sanas”

Así pues, las formas en que cristalizó la asistencia a los enfermos en algunas culturas antiguas sólo pueden ser consideradas meros antecedentes – y en aspectos más bien parciales – de los hospitales propiamente dichos. Éstos hunden sus auténticas raíces en el cristianismo primitivo, y así lo han entendido historiadores como los que iremos citando a continuación.

En opinión de Jetter (1972: 264) no se ha podido encontrar en Atenas y Esparta, en Alejandría y Roma, instituciones parecidas a los hospitales y que formaran parte de la ordenación social de aquellas ciudades. Del mismo modo afirma Schubert (1993: 62), que ni los egipcios, ni griegos, ni romanos tuvieron hospitales para pobres y enfermos, salvo las valetudinarias. Esta opinión es compartida por López Piñero (2002: 109) al considerar del mismo modo, que en la antigüedad clásica grecorromana tampoco existieron los hospitales u otras instituciones equivalentes. Para Garrison (2005: 9), el espíritu de la antigüedad respecto de los enfermos y de los desgraciados no era de compasión, y la creencia de socorrer a los desgraciados humanos en extensa medida que había nacido con el cristianismo.

Para que en una sociedad existan hospitales, la asistencia a una multitud de extraños debe ser necesaria, útil y socialmente valorada. Pues bien, durante los primeros siglos de la antigüedad no existían valores éticos y religiosos que

sancionaran el mantenimiento de hospitales para los menesterosos y los enfermos. Para edificar y mantener hospitales afirma Sánchez (2005: 16) hubiera sido necesario, en primer lugar, un reconocimiento del valor del pobre y del enfermo y un fuerte impulso ético de carácter filantrópico,

2.2. Influencias del cristianismo en la práctica de la hospitalidad.

La difusión del cristianismo significó dos cambios fundamentales para la atención y cuidado a los necesitados: una consideración distinta del enfermo y una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad. En las comunidades cristianas primitivas existió igualdad asistencial, se atendió a los incurables y adquirió sentido la atención desinteresada e incluso con peligro de la propia vida. La consecuencia principal de este cambio de valores fue la aparición de una asistencia organizada para toda la población, que condujo a la creación del hospital como institución específica (López Piñero, 2002: 110).

La contribución más importante del cristianismo antiguo, en el ámbito del sufrimiento humano, fue su dedicación caritativa a los enfermos y en el cuidado de estos según el ejemplo de Jesucristo. Los enfermos dejaron de ser pobres desgraciados cuya presencia había que evitar, o pecadores que llevaban en su carne los estigmas de su pecado, creyéndose castigados por la mano de Dios para convertirse en compañeros y hermanos en el camino, arduo y difícil, de la vida (Gesteira, 1991).

Desde su nacimiento el Cristianismo conforme a su evolución política y social, impregnó la filosofía del hombre tardo-romano y medieval de Occidente. Así aparece una nueva unidad cultural apoyada en los valores expresados en las Sagradas Escrituras. En donde la enfermedad y sus dolencias tienen remedio mediante la oración, la enfermedad es consentida por la voluntad divina, y ajustada al pecado cometido; por lo tanto, se antepone la salvación del alma

mediante el sacrificio, al mismo tiempo que la enfermedad puede instrumentar la salvación, tanto del que la padece como quien se ocupa de cuidarlo. Recoge esta cuestión el Evangelio de San Mateo (Mt. 25, 31-46), que describe las obras de misericordia en las que se basa toda la filosofía cristiana,

“Venid benditos de mi padre, heredad el reino preparado para vosotros desde el principio del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, fui peregrino y me acogisteis, estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, preso y viniste a mí”

De manera similar, Hernández Conesa (1995) apoya esta conceptualización del proceso de enfermar, desde una aceptación divina y como sacrificio supremo por la salvación del alma del que la padece y de quien se ocupa de cuidar a los enfermos. Desde el texto del evangelio de Mateo antes citado, vislumbramos lo que pudo ser la tarea de quienes se ocuparon de prestar los cuidados, tratando de cubrir las necesidades de enfermos y peregrinos y compartimos que:

“el valor social e institucional que otorga el Cristianismo a las labores del cuidado no persigue objetivos que giren en torno a la constitución de un saber, sino exclusivamente alrededor de objetivos espirituales”.

Este argumento, en su reflejo durante la Baja Edad Media, constituyó la barrera infranqueable para profesionalizar los cuidados en un contexto gremial, a semejanza con otras actividades relacionadas con la salud, como se evidenció con los barberos, o sangradores.

Fueron las fuerzas impulsoras del origen de los hospitales lo que trajo consigo el cristianismo, en definitiva fue según la exhortación de san Pablo a los Romanos (6, 4) “la exigencia de caminar en novedad de vida”. Para Laín (1978), desde su perspectiva de historiador de la Medicina, señalaba esta vivencia de novedad como la causa más honda de las aportaciones del cristianismo primitivo a la historia de la asistencia sanitaria. De ahí, pues, surgieron las fuerzas impulsoras que luego darían origen a los hospitales y que muy sintéticamente pueden concretarse en la aceptación de la figura de Cristo como sanador, lo que

constituyó una idea que comenzó a desarrollar Ignacio de Antioquia y que a partir de él se convirtió en un tema clásico de la literatura patristica: “Hay un γιατρός (físico) que es a la vez corporal y espiritual, Jesucristo, nuestro Señor” (Carta a los Efesios, VII, 2).

Por otro lado, el altruismo es uno de los principios que inspira a los cristianos para cuidar a los enfermos, pero el núcleo del que emana ese sentimiento de caridad o “*amor en acción*” es el Nuevo Testamento y, concretamente, las “obras de misericordia”. Siles (1999: 155) interpreta que las “obras”, constituyen un antecedente de lo que va a ser el futuro de las actividades de enfermería con el transcurrir del tiempo, representan la primera clasificación de necesidades del ser humano escritas en un texto y pueden ser consideradas, de forma embrionaria, una estrategia para orientar el trabajo de la enfermería. Las obras de misericordia², continúa Siles, reflejan las necesidades básicas de una

² Adaptación de Siles (1999: 155)

Obras de misericordia

Dar de comer al hambriento

Dar de beber al sediento

Consolar al triste

Vestir al desnudo

Visitar a los presos

Albergar a los que carecen de hogar

Diagnóstico Enfermeros

Alteración de la nutrición por defecto

Déficit de líquidos por defecto.

Déficit de líquidos por defecto

Alteración de los procesos familiares.

Déficit de autocuidados

Autocuidarse

Vestirse

Hipotermia

Déficit de autoestima y comunicación

Aislamiento social

Alteración en el desempeño del rol

Déficit de actividades recreativas

Alteración de los procesos familiares

Deterioro de la interacción social.

Alteración de los patrones de sexualidad.

Dificultad de mantenimiento del hogar

Déficit de autocuidado e higiene

Aislamiento social

Alteración del patrón del sueño

Déficit de autoestima

Alteración de los procesos familiares

Deterioro de la interacción social

época para concitar la piedad, la compasión y, sobre todo el altruismo y la caridad, y constituyen el fundamento teórico o doctrina que los cristianos van a seguir para asumir el cuidado de pobre, enfermos, y desvalidos. Abarcaban las necesidades humanas básicas, reconocían tales necesidades en grupos diversos dentro de una misma sociedad y reflejaban el deseo de compasión humana. El significado espiritual se unió estrechamente al cuidado de los enfermos y los que sufren. Este florecimiento del idealismo cristiano impactó profundamente en la práctica de la enfermería. *“Estuve enfermo, y me visitasteis cuando lo hicisteis con mis hermanos enfermos”* (glosa de Mt 25, 36-41). Se trata del desarrollo ético-pastoral de este pasaje evangélico que, de modo sencillo y asequible a cualquier miembro del cristianismo primitivo, sacaba las consecuencias prácticas de la teología del Cristo cuidador, así como las dimanantes de la teología complementaria del Cristo enfermado y, por tanto, necesitado de asistencia y cuidados en aquellos a los que en dicho pasaje consideraba su imagen viva. La inspiración original de los cristianos de cuidar a los enfermos entroncaba directamente con las enseñanzas del propio Cristo. Son muchos los casos en que curó a los enfermos, sin utilizar ningún tipo de arte. Por lo tanto la curación por la fe era parte de la creencia cristiana.

2.2.1 *Practicad la hospitalidad* (Rom 12, 13).

Para Álvarez Gómez (1996: 27-28) la práctica de la hospitalidad en su primigenia acepción de acogida y agasajo inviolables para amigos y extraños, fue conocida desde el despertar de la conciencia religiosa de la humanidad, añade que:

“Que ni en los antiguos Imperios de Oriente próximo ni en Egipto ni en Grecia se practicó la hospitalidad en el sentido más específico de asistencia pública a los enfermos. Antes de la venida de Cristo era completamente desconocida una asistencia institucional a los enfermos”.

Cuidar a los enfermos

Alteración del mantenimiento de la salud

Déficit de autocuidados

Alteración de los procesos familiares

Enterrar a los muertos (con su ritual)

Duelo

El autor en esta cita pretende entender la hospitalidad de manera diferente y separada de la acogida altruista en el hogar al necesitado y respecto de la acogida en templos y santuarios de las civilizaciones antiguas, virtud que arraigaría más tarde en la sociedad cristiana. En los primeros tiempos los resortes creativos fueron, sobre todo, de índole personal. En las comunidades cristianas primitivas el Obispo era el primer responsable de la asistencia a los enfermos, y encargaba más directamente esta tarea a los diáconos, diaconisas, vírgenes y viudas, personas que en cada iglesia local formaron los primeros equipos de visitantes y cuidadores de enfermos a domicilio (Conde Herranz, 2004). El diácono buscaba a los enfermos, estudiaba cada caso para ver a cuál había que prestar mayor atención, les llevaba la Eucaristía consagrada en la Asamblea litúrgica y los socorría materialmente.

Pero también los presbíteros estaban implicados en esta tarea, como atestigua San Policarpo de Esmirna en su VI Carta a los Filipenses a comienzos del siglo II: “Los presbíteros tengan entrañas de misericordia, sean compasivos con todos [...] visiten a todos los enfermos” un texto también recogido por Ruiz Bueno (1965).

En cuanto a la figura de las diaconisas, generalmente eran ordenadas para el servicio y trabajaban sobre una base de igualdad con el diácono, figurando entre sus deberes, la visita y el cuidado a los pobres y enfermos, ellas, junto con los diáconos, eran quienes más directamente estaban en contacto con lo que hoy llamaríamos la situación socio sanitaria, fueron muy probablemente los primeros en advertir que la asistencia a domicilio de los enfermos no cubría todas las necesidades, sino que era necesario crear lugares especiales para acoger y cuidar a los enfermos extremadamente pobres o sin techo. En consecuencia, serían los primeros y más importantes valedores de las casas de acogida.

2.3.2 *El xenodocion, o xenodoquio*³

Fue la casa de acogida para enfermos y pobres que las comunidades cristianas crearon a partir del siglo II, y que fueron preceptivas desde el siglo IV. De hecho, se tiene noticia de que a mediados del siglo III, San Lorenzo, archidiácono de la Iglesia de Roma, fundó un hospital (*xenodoquio*) en el que se atendía a los enfermos de la comunidad (Álvarez Gómez, 1996: 33). En el año 325 el Concilio de Nicea ordenó (en su canon 70) a cada obispo establecer en su diócesis un *xenodocion*,⁴ para la atención de extranjeros, pobres y enfermos. Esta petición se formuló nuevamente en el cuarto concilio de Cartago celebrado el año 398 (Schubert, 1993: 60).

2.3. La evolución de los hospitales.

Más allá de las discusiones entre los teóricos de la historia sobre en qué momento situar la separación de las edades llamadas Antigua y Media es claro que el último tercio del siglo IV d. C. marca un verdadero hito histórico en el tema que nos ocupa, pues es en ese momento cuando aparecen los primeros hospitales, como mostraremos a continuación. Y este periodo histórico, que se inaugura con la fundación hospitalaria de San Basilio de Cesarea (370), ofrece dentro de su evolución unas características homogéneas que se mantienen con pocas variaciones hasta la aparición de los estados europeos nacionales, entre los siglos XV y XVI. Lo cual no es óbice para que dentro de dicho periodo sea oportuno señalar una serie de etapas, máxime cuando a lo largo de él surgió una enorme cantidad de hospitales y la variedad de sus destinatarios fue también considerable.

³ Término del griego que significa de extranjero, forastero, peregrino... y también recibimiento, acogida, convite, banquete. Los xenodoquios eran Instituciones que estaban administradas por diaconisas y eran visitadas por las viudas de la Iglesia. Se financiaba con limosnas de la Iglesia y las donaciones de las clases pudientes

Hasta el siglo IV después de Cristo, no existió en el mundo antiguo un sistema público de asistencia a los necesitados y enfermos. Pero en este siglo las iglesias cristianas de Oriente que comenzaban a ser influyentes crearon la institución de beneficencia que posteriormente iba a ser llamada “hospital”. Para que ello fuera posible tuvo que concurrir toda una serie de factores, en primer lugar un cambio en los valores, que promovió la asistencia al necesitado y al enfermo, a continuación un cambio en las formas de convivencia, que fomentó la aparición de pequeñas comunidades cristianas de ayuda mutua, y un cambio en las circunstancias sociales, políticas y epidemiológicas que aumentó considerablemente el número de pobres y enfermos que vagaban por las grandes ciudades (Sánchez, 2005: 21).

2.3.1 La Ciudad Hospitalaria de San Basilio de Cesarea.

La primera noticia concreta sobre un hospital cristiano data del año 370, en el que Basilio el Grande fundó un gran establecimiento para enfermos ante las puertas de la ciudad de Cesarea, la actual Qeisari en Capadocia (López Piñero, 2002: 119). Esta institución, era casi una “*segunda ciudad*”, autosuficiente y autoabastecida en la medida de lo que era posible. Todas las personas capaces de trabajar eran empleadas en las diferentes dependencias que configuraban el complejo al servicio de la institución, (las herrerías, la fundición, la lavandería, la granja, los talleres de calzado y ropa o en la cocina). Aunque la opinión es casi unánime entre los autores de mayor solvencia, que atribuyen la condición de primer hospital en la historia a la Ciudad Hospitalaria de San Basilio, hay quien ha señalado como primer hospital de la historia el construido en Sebaste⁵ por su obispo Eustacio, en el año 365, destinado a peregrinos pero también a enfermos, especialmente leprosos (Álvarez Gómez, 1996: 43). En este legendario primer hospital de Cesarea, afirma Laín Entralgo (1978: 130) que pobres, viejos y

⁵ Ciudad romana construida por Pompeyo junto a la antigua Samaria.

enfermos encontraban alojamiento y eran atendidos de acuerdo con el mandamiento cristiano de la misericordia y el amor al prójimo.

Pocos años más tarde se crearon los hospitales de Edesa año 375, Antioquia antes del año 398, siendo San Juan Crisóstomo obispo de Constantinopla, y que supervisaba los hospitales en que atendían y cuidaban a los enfermos y el de Efeso datado en el año 451. Para Schubert (1993: 62), tras la fundación de estas instituciones, se inicia la historia de los hospitales a través de la mano del cristianismo que basó su evolución a partir de las casas de acogida.

Con la aparición de esta Ciudad hospitalaria van a converger las fuerzas impulsoras mencionadas anteriormente acerca de la figura de Cristo sanador, la práctica de la hospitalidad y las obras de misericordia. La teología del *Cristo Sanador* se concretó en la incorporación de sanadores cristianos en éste y en los sucesivos hospitales creados tras él, eran cristianos que ejercían el arte de cuidar convencidos de que era el instrumento privilegiado mediante el cual hacer operativa la caridad de Cristo en la persona de los enfermos. En cuanto a la práctica de la hospitalidad, y a la asistencia misericordiosa a los enfermos, la Fundación de San Basilio fue el resultado en el que desembocaron ambas vivencias, especialmente por parte del monacato cristiano primitivo en Oriente

Hay que tener en cuenta las similitudes de la fundación de la Ciudad Hospitalaria de San Basilio con las fundaciones de los monasterios que tenían lugar en aquella época. Por el año 320 san Pacomio reunió a unos eremitas al norte de Tebas, en Egipto, para el trabajo, la oración y la vida comunitaria. Desde ese preciso momento existen monasterios cristianos. Los escasos cincuenta años que transcurren entre la creación de los primeros monasterios (320 d. C) y la de los primeros hospitales de la cristiandad (370 d. C) obligan a considerar coetáneas estas dos instituciones, especialmente la relación entre monasterio y hospital, entre la vida para uno mismo y la vida para la comunidad (Jetter, 1972). Un nexo

que se desarrolla de manera fructífera, ya que a lo largo de la Edad Media nos vamos a encontrar con una vinculación muy estrecha entre la institución monacal y el hospital.

2.3.2 Los monasterios pacomianos.

Los primeros monasterios no tardaron en organizar su actividad social mediante la creación de hospicios para forasteros y hospitales, al frente de los cuales había miembros de la congregación elegidos entre los propios monjes, para atender las necesidades de la institución y a los peregrinos enfermos. La gran estima que el monacato profesaba a la hospitalidad hizo que al lado de cada monasterio surgieran dependencias para atender a los enfermos del entorno.

Contemporáneamente los obispos cristianos construyeron hospitales y luego centros más especializados para enfermos. Es en este siglo, cuando las ciudades de las provincias orientales experimentaron un flujo de pobres de procedencia rural, que emigraban a las ciudades en busca de alimento y empleo, dada la precariedad de la vida agraria. Las instituciones civiles clásicas no podían alimentar, alojar y cuidar a estos nuevos residentes, y los obispos locales usaron los crecientes recursos de sus iglesias para construir hospitales y casas de acogida para esos inmigrantes, y así se ganaron el aprecio tanto de muchos pobres como de aristócratas urbanos.

A medida que el cristianismo se fue extendiendo destruyó algunos aspectos de la civilización clásica, pero en otros casos simplemente, reorientó algunas de las acciones, por ejemplo, la obligación clásica que tenían los aristócratas de beneficiar a las ciudades, y les animó a hacer donaciones a instituciones tales como los hospitales, en lugar de hacerlo, como se había hecho tradicionalmente hasta entonces, al fomento de los teatros, baños, columnatas ornamentales, etc., Algunos obispos construyeron hospitales que fueron financiados a partir de las rentas de sus propiedades.

Financiando hospitales, un aristócrata cristiano no sólo actuaba caritativamente sino que también cumplía con su deber para con la ciudad. Más aún, tales obras de beneficencia cimentaron la base de la política local. La misma combinación de moralidad cristiana, tradicionalismo clásico y realismo político motivaron a los emperadores, en sus obras benéficas, para ganar con ello influencia política y apoyo popular.

2.4.3 *Los xenodoquios en el mundo cristiano.*

En la parte occidental del Imperio romano todos los procesos señalados se desarrollaron con menor intensidad y con mayor retraso. Además, quienes ejercían del arte de sanar, eran escasos y peor considerados. Y así el desarrollo hospitalario de Europa Occidental no pudo igualarse con el Oriental hasta fines de la Edad Media (Sánchez, 2005: 23).

Las primeras noticias sobre hospitales cristianos en el Occidente europeo se remontan en Italia a finales del siglo IV, con la fundación del de Pamaquio, levantado en Ostia en torno al año 395. En el año 400, Fabiola rica patricia romana de ideología cristiana, dedicó su fortuna a la caridad y a establecer un hospital en Roma, donde se supone que cuidó personalmente a los pacientes y se incorporó a un círculo de mujeres piadosas alrededor de san Jerónimo.

En España, la fundación hospitalaria urbana más antigua conocida es un *xenodochium* erigido en Mérida alrededor del año 589, un hospital dotado con numerosos cuidadores, a los que se exigía recorrieran constantemente la ciudad recogiendo cuantos enfermos encontrasen, ya fuesen del país, ya extraños. Su fundador fue el obispo Masona, quien promovió adicionalmente la construcción de iglesias y monasterios. Otra fundación fue la del Hospital de San Nicolás de Oviedo, que según Caveda y Morales (1982: 92) “fue probablemente fundado por Alfonso II para acoger a pobres y peregrinos”. También en Asturias, en la localidad de Tuñón, se fundó la Hospedería de San Adriano que formó parte de

un monasterio benedictino que se construyó durante el reinado de Alfonso III, para acoger a pobres y peregrinos.

2.3.4 *Los Hospitales bizantinos.*

Los hospitales bizantinos, fueron el desarrollo natural e inmediato de la obra de san Basilio y sus sucesores. El modelo bizantino de hospital pasó al mundo islámico medieval y moderno, también pasó al Occidente cristiano a partir del siglo XII. Los nombres y designaciones más antiguos bajo los que nos han llegado los hospitales de la Edad Media, como sugiere Álvarez Gómez (1996: 42 señalan hacia el Oriente: *pandoqueion*, xenón *xenodoquium*, *locus venerabilis in quo peregrini suspiciuntur* albergue de peregrinos, *nosocomion*⁶, casa de enfermos.

Los hospitales se desarrollaron más rápidamente allí donde aparecieron antes, es decir, en la mitad oriental del Imperio romano. Las grandes ciudades del Mediterráneo y la estabilidad política, alentaron la evolución ulterior de los hospitales. Hacia el final del siglo VI los hospitales cristianos, como el xenón de Sampson (Ξηνον Σαμψον) de Constantinopla, tenían salas especiales para pacientes de cirugía y para los que padecían enfermedades oculares. Más aún, a los responsables (*arciatroi*, *archiatroi*) de los centros asistenciales en la capital bizantina se les asignaban cada mes recursos para tratar enfermos en el xenon de Sampson y en otros hospitales de la ciudad. A lo largo del siglo XII los hospitales de Constantinopla se habían convertido en centros asistenciales relativamente sofisticados. El xenon Pantocrator (1136) (Ξενον Παντοκρατορ) mantenía cinco enfermerías, trataba a enfermos tanto externos como hospitalizados. El Emperador Juan II (1118-1143), fundador del Pantocrator, recordaba al personal del hospital

⁶ *Nosocomio* proviene del latín *nosocomium*, vocablo que a su vez procede del griego, νοσοκομιον *hospital*, palabra compuesta de, νοσσηξ *enfermedad*, y δε κοιμοξ (*comios*) voz que, a su vez, proviene del verbo griego, κοιμο *curar* (www.etimo.it). La palabra *nosocomio* se usa aún en ciertos países para designar al hospital.

que los enfermos eran especialmente amados por Dios y que su asistencia era más importante que el mantenimiento de los edificios (Miller, 1995).

Es digno de mención el hecho de que esta institución sin ánimo de lucro pudiera alcanzar tan considerables niveles de excelencia, financiada con donaciones, rentas e impuestos y administrada por la Iglesia y la burocracia imperial. Su nivel asistencial fue muy superior al de los hospitales coetáneos del Occidente cristiano, desempeñaron una labor insustituible en la conservación de la cultura y el saber antiguos (Sánchez, 2005: 25). Desde sus orígenes, los hospitales cristianos de las ciudades bizantinas fueron destinados a los pobres, pero a medida que tales instituciones se fueron convirtiendo en centros médicos sofisticados, algunos enfermos de clase media y ricos comenzaron a requerir sus servicios. En este aspecto, la práctica hospitalaria bizantina difirió considerablemente de la del medievo occidental, en donde la burguesía y la nobleza consideraban una forma de expresión de la caridad cristiana solo para los menesterosos.

2.3.5 Los hospitales islámicos.

De manera similar a los hospitales bizantinos, los hospitales islámicos evolucionaron a partir de las instituciones filantrópicas cristianas en las grandes ciudades del Imperio bizantino. Cuando el emperador Zenón expulsó a los cristianos nestorianos de Siria, en el año 489, muchos buscaron refugio en Persia donde establecieron hospitales modelados según los de las ciudades bizantinas como, por ejemplo, el de Antioquia. Cuando los musulmanes conquistaron la Persia Sasánida en el siglo VII, entraron en contacto con los Nestorianos e impresionados por sus habilidades curativas, adoptaron muchas de las tradiciones sanadoras sirias, sus modelos de enseñanza, sus textos científicos y sus hospitales como modelo para sus correspondientes instituciones islámicas.

Los hospitales islámicos comenzaron a existir tras la conquista árabe de los territorios en los que existían hospitales de origen bizantino. Así, el primer

hospital musulmán parece que fue construido en la ciudad de Damasco hacia el año 707, con la ayuda de cristianos sirios que poseían ya sus propias instituciones benéficas (Sánchez, 2005: 25).

La sociedad islámica concedió una enorme importancia al hospital, denominado con el vocablo persa *bimaristán*, pues a través de la Persia sasánida llegó esta institución asistencial al mundo islámico. *Bimar* es el enfermo y *stan*, en indopersa, significaba casa. Por tanto *Bimaristán* era la casa del enfermo. Su concepción procedía del nosocomio bizantino. Uno de los más antiguos hospitales del Islam fue abierto el año 707 en Damasco. En Egipto, se hizo levantar un hospital en El Cairo, donde según Jetter (1972:292) ya admitían a los locos. En el año 786 el califa Al-Wadi fundó un hospital en Bagdad y promulgó un decreto por el que toda nueva mezquita debía contar con un centro hospitalario anexo a ella, de forma semejante a los que había ocurrido en Occidente siglos antes.

En el siglo XI surgieron enormes instalaciones hospitalarias que despertaron la admiración de los viajeros y peregrinos a La Meca. Los documentos refieren incluso detalles del cuidado con que se organizaban todos estos hospitales. Había departamentos con salas para las distintas presentaciones del modo de enfermar, incluidos asilos especiales para los enfermos mentales. Junto a los hospitales estaban los almacenes de productos utilizados en la elaboración de remedios curativos.

Había hospitales móviles para el ejército, en los transportes de prisioneros, distribuidos en zonas campesinas y en las que habían sucedido grandes catástrofes como, por ejemplo, una epidemia. El primer lazareto móvil se atribuye a Mustawfi Aziz al-Din, quien también construyó en Bagdad, hacia el año 1120, un hospicio con escuelas especiales y vigilancia sanitaria. A disposición de su lazareto había unos 200 camellos que tenían que transportar las tiendas con el

instrumental y los productos para la elaboración de remedios, siendo enviados a las poblaciones en las que brotaban epidemias.

En los hospitales islámicos, los enfermos mentales eran aislados en departamentos especiales; se les efectuaban controles regulares al final de cada mes, dándose de alta a quienes se les juzgaba ya socialmente adaptados. El control se extendía a la instalación formal, la vivienda, la manutención y especialmente al tratamiento dietético, basado en la patología humoral y en la terapia mediante música, danza, teatro, baños y trabajo. Se conoce también la existencia en Bagdad de un manicomio en el siglo X, del cual habla el judío Benjamín de Tudela en su *Itinerarium* o Libro de viajes de un gran alojamiento para enfermos en Bagdad, que visitó en el siglo XII, y lo cuenta en estos términos:

“Visité allí un palacio llamado Dar al-marhama, que quiere decir Casa de la Misericordia. En esta casa se retiene a todos los locos de la región entera, instalándolos en departamentos cerrados siempre que no estén sometidos a una cura especial. A algunos se les tiene atado hasta que recuperan la razón. Pero cuando se han recuperado mentalmente un cierto grado, pueden marchar a casa. Con ello concluye la cura, o se hace una prueba especial. Una vez al mes, los supervisores estatales tienen que hacer una de estas revisiones. Esto lo instauró la autoridad por motivos de misericordia, para practicar la caridad. Se beneficiaría así a los que padecían de locura o dolencia similar. Pues la autoridad está imbuida de un espíritu misericordioso y posee costumbres bondadosas y humanas.” Citado por Laín Entralgo (1972: t3, 106).

2.3.6 *Los hospitales occidentales en el medievo.*

Algunas de las características que más cabe resaltar en principio respecto de la evolución de los hospitales en el Occidente medieval son la variedad de patronos empeñados en su fundación, el gran número de los que fueron surgiendo a lo largo de este periodo en toda Europa, y la creciente diversificación de los destinatarios de sus prestaciones. Se trata de una época que, prolongándose más de un milenio, ofrece una variedad de perspectivas que merece la pena, al menos, mencionar.

Los primeros xenodoquios de Siria y Bizancio, los albergues de peregrinos de la Galia en la época merovingia, las enfermerías de los monasterios previos y posteriores a la reforma de Cluny, los hospitales de las Órdenes de Caballería en Tierra Santa, las fundaciones de los obispos en las catedrales, las leproserías y casas de apestados patrocinadas por las ciudades y los asilos para enfermos mentales deben ser considerados hoy si se pretende dar una visión conjunta de los hospitales de la Edad Media. La asistencia monacal ofrece una visión ejemplar de la estructura y esencia del arte de cuidar de la Alta Edad Media. Esta época es símbolo, de una integración cristiana de sus materias y formas, esta época monacal se nos presenta como una etapa en el desarrollo futuro de las ciencias sociales de Occidente, al contemplar al ser humano de forma holística e integradora.

Los hospitales surgidos en este periodo histórico alto medieval, no alcanzaron el alto nivel de asistencia y organización institucional al que llegaron los bizantinos e islámicos, hasta la Italia del siglo XIV, quizá con la excepción del creado por los monjes-caballeros Hospitalarios de San Juan en Jerusalén (1048), tras la conquista de esta ciudad santa por los cruzados.

Los hospitales se desarrollaron más despacio en el imperio romano de Occidente. Las invasiones bárbaras por el norte y los avances musulmanes en África inhibieron la vida política, económica y social. Pocas ciudades pudieron sobrellevar y mantener estos centros hospitalarios, tanto por su tamaño, como por la complejidad con que se desarrollaron las actividades de los hospitales bizantinos y musulmanes.

La intervención de la Iglesia por la labor de acogida a los peregrinos y cuidado de pobres, viene mediada por los concilios de Orleáns (511), Tours (567), Lyon (583) y Mâcon (585). En sus debates insistieron en la obligación de acoger a pobres y peregrinos en los recintos episcopales. Con ello, la mayor parte de los

hospitales urbanos –*xenodoquia hospitalia*– se asentaron en el domus Dei episcopal. Estas casas de Dios –*hôtels de Dieu*– formaban junto a la catedral, la mansión del obispo y la de los canónigos un conjunto arquitectónico suficiente y establecido.

Es necesario resaltar como lo hacen Centeno y Arnillas (2005: 54) que los hospitales medievales no tenían únicamente la finalidad curativa, sino más bien caritativa, pues atendían a todo tipo de personas necesitadas (huérfanos, viajeros, peregrinos, enfermos y pobres), a todos ellos se les proporcionaba alojamiento y comida. Con los enfermos acogidos, el primer objetivo era lógicamente curar a los que se pudiera, no obstante, la precariedad en el conocimiento, derivaba en complicaciones asistenciales en donde la mortalidad era muchas ocasiones un hecho inevitable, que no impedía la prestación de cuidados hasta su muerte, imprimiendo en este proceso, un énfasis especial en los aspectos espirituales.

Quienes prestaban cuidados en las enfermerías monásticas y en los hospitales monacales, disponían como máxima que el cuidado de los enfermos debía asumirse como un verdadero servicio a Dios, precepto reflejado en la Regla XXXVI de San Benito “*pauperum Infirmorum cura ante omnia adhibenda est, ut sicut re vera Christo ita eis serviatur,*” con esta escueta frase, se sintetiza a la perfección el espíritu que impulsó el desarrollo hospitalario en Occidente a partir del siglo V.

El espíritu de la Regula Benedicti es una clave de vida espiritual que lleva al hombre que la toma, desde su frágil y perecedera naturaleza, a la *stabilitas*, (estabilidad en comunidad), es decir, a la salvación y conservación de su *integritas* (integridad espiritual), que se culmina mediante la vida monacal. Durante siglos, desde que en el año 529 Benito de Nursia (480-543) fundara un monasterio en Montecassino, creando la Regula que regiría la vida monacal, ésta

fue considerada la norma fundamental de la convivencia medieval, en cuyo capítulo 36 de la mencionada Regula, se lee:

“Ha de ser obligación personal y moral del abad que los enfermos no sean descuidados en ningún caso ni momento, sea cual sea su estado y condición. Por otra parte, los enfermos deben reflexionar que se les cuida para mayor gloria de Dios, y no deben turbar con peticiones superfluas a los hermanos que cuidan de ellos”.

Esta consideración especial del enfermo – distinta de las que le otorgaban las demás culturas – en cuya persona se ve al mismo Cristo, obligaba al monje a prestar un servicio activo y al abad a organizar el cuidado de los enfermos, atendiendo a lo establecido en el capítulo 36 de la Regula. Para lo cual se requería un lugar aislado y adecuado (*cella super se deputata*), un servicio organizado y el instrumental necesario. La Regula Benedicti dictó también pautas concretas para la ordenación de los hospitales, añadiendo a los piadosos deberes del abad, los de visitar regularmente a los enfermos, interesarse por su *status preasens* (situación en cada momento) y su proceso de curación, así como vigilar los cuidados de que eran objeto. También debía supervisar las conductas del guardián, del tesorero, del despensero y de cuantos estaban a su cargo, entre ellos el monje enfermero.

Laín Entralgo (1972: 271) nos detalla como se distribuían los monasterios medievales: junto al refectorio y el dormitorio había una enfermería (*infirmarium*), a continuación una biblioteca, un *Scriptorium*. Por ejemplo, en el plano que se ha conservado del Monasterio de San Gall en Suiza del siglo IX, se aprecia claramente la idea que presidía el monasterio: el cuidado de los enfermos, y presenta, junto al hospital, una casa para los cuidadores, el dormitorio para los enfermos graves (*cubiculum valde infirmorum*), la casa de las sangrías, el baño, un almacén de productos y remedios curativos, etc.

También el Monasterio de Cluny, fundado en la región francesa de la Borgoña, disponía de (*infirmarium*), para la asistencia de los monjes enfermos, así como de (*hospital pauperum*) donde los monjes debían practicar las obras de

misericordia y organizar las estancias para la acogida de pobres y peregrinos, siguiendo las normas benedictinas

En lo que respecta a los monasterios cistercienses, en nuestro caso, tenemos como referencia el Monasterio de Santa María de Poblet, en el que no hayamos cambios significativos en la concepción de la acogida a pobres y peregrinos, ni tampoco en lo que respecta a las dependencias dirigidas a la atención de los monjes enfermos, aunque si nos interesa resaltar la vivienda del “*infermer*”, como así lo cita Conejo (2002) al describir las dependencias de este monasterio.

El establecimiento de las enfermerías en los monasterios se instituyó para atender las necesidades de los miembros de la comunidad, pero esta actividad fue también extensiva a los pobres de los poblados del contorno, así como a los peregrinos. Según Sánchez (2005: 28), el cuidado de los enfermos en los hospitales monacales integraba la asistencia espiritual y la material. Los enfermos admitidos solían comenzar recibiendo el evangélico lavado de pies, y posteriormente participaban de las oraciones y oficios divinos. Las recomendaciones para los cuidados, se basaban principalmente en el reposo, el calor, la dieta, las hierbas, los ungüentos y las sangrías. Las labores asistenciales del cuidado eran asumidas por los propios monjes.

El término hospital aparece por primera vez hacia el siglo VIII, cuando reciben el nombre de *hospitalia*, *hospitalarii* o *infirmarii* algunos de los xenodoquios que hizo renovar el papa Esteban II (752-757) (Schubert, (1993: 62). Carlomagno, cuyo reinado se prolongó a lo largo de 47 años, fue coronado por el papa León III en el año 800, su imperio unificó por primera vez la mayor parte de Europa Occidental desde la caída del Imperio romano, y estableció una identidad europea común. A su sombra surgió el llamado renacimiento carolingio que propició un intento de recuperación en los ámbitos político, religioso y cultural de

la época medieval en Europa occidental. Este impulso renovador influyó en los establecimientos asistenciales que, a partir de entonces, se llamarían ya hospitales.

Pero fue en los monasterios rurales donde se organizó la asistencia más típica de la Alta Edad Media. Una personalidad representativa y fascinante de la época fue la abadesa Hildegarda de Bingen (1098-1179), quien trataba personalmente a las monjas enfermas y a todos aquellos que se acogían en su *hospitale pauperum*.

A finales del siglo XI nacieron algunas agrupaciones de mujeres como las Beguinas, que sin pronunciar votos formaban pequeñas comunidades en cierta medida análogas al espíritu de los primeros diaconatos, y prodigaban sus servicios entre los humildes y los pobres. Pasado el siglo XI, va a ir extinguiéndose la práctica monástica y clerical de la asistencia sanitaria, la discriminación social en el cuidado al enfermo, adopta la forma que durante siete siglos va a ser habitual en el mundo burgués. La atención a la realeza, a los nobles y poderosos, donde la asistencia al paciente era de ordinario practicada en su propia casa. El de los miembros de la naciente burguesía, en tal caso la asistencia podía ser domiciliaria y a cargo de sanadores distinguidos. Por último, el nivel de atención del pobre, es el hospital, que en las ciudades del Medioevo van a cumplir la función asistencial del *hospitale pauperum* monástico. De hecho, la Edad Media cristiana admitió la existencia de una asistencia *pauperum* y, salvo excepciones, el pobre medieval aceptó como natural y meritoria esa discriminación, tan lejana del espíritu que había inspirado la fundación de la asistencia monástica.

Hacia el 1100, los monasterios hispanos comenzaron a abandonar las viejas reglas del período visigótico. Años más tarde, bajo los reinados de Sancho el Mayor (992-1035), Fernando I (1029-1065) y, especialmente, de Alfonso VI (1040-1109) fueron incorporando la regla benedictina, llevándose a cabo una renovación litúrgica y monástica. La reforma benedictina de Cluny consideró que

la asistencia a los enfermos dentro de los muros del monasterio perturbaba la paz de la vida monacal. Esta fue una de las principales razones para numerosos monasterios europeos transfirieran sus hospitales a fundaciones laicas. Su relevo lo tomaron también las órdenes militares. Produciéndose una transformación en las estructuras ya que según López Piñero (2002: 171) durante la Alta Edad Media, los hospitales dependieron principalmente de las órdenes monásticas.

Pero la asistencia monástica fue declinando en importancia a partir del siglo XI. A ello contribuyeron diversas causas tales como los cambios en la propia vida de los monjes y su menor dedicación a los enfermos, o el aumento de los contactos con el Oriente bizantino, sobre todo a partir de las Cruzadas. Según López Campuzano (1999: 351) “el monje sanador se convirtió en monje enfermero”, al cual entre sus tareas se le asignó el cuidado del huerto del cenobio donde no debían faltar las plantas necesarias para el cuidado de los enfermos. Estos hechos, perfilaron el inicio de otra etapa en la evolución histórica de los hospitales europeos y de la asistencia a los enfermos. Como afirma Friedrum, (1993: 72) la era de la asistencia monacal llegó a su fin en el siglo XII.

Con la movilización de recursos económicos pertenecientes a la Iglesia, custodiados bajo el control de los Obispos, la nobleza y ciudadanos ricos motivados por razonamientos éticos y espirituales, fomentaron la construcción de centros de asistencia y acogida, obligados por otra parte por las directrices que surgían de los concilios, normativas que entre otras reglamentaciones, obligaba a los Obispos a dedicar, parte de las rentas episcopales al sustento y alojamiento de los pobres. Estos albergues dedicados a toda clase de menesterosos se erigieron generalmente junto a las catedrales y palacios episcopales. Este monopolio eclesiástico constituye precisamente una de las características principales de los hospitales medievales.

2.4 Los hospitales en el período medieval

Las instituciones religiosas fueron antecedentes del hospital, sus propósitos fueron derivados del dogma religioso y sus actividades habían sido definidas religiosamente. Según las creencias básicas de los cristianos, la enfermedad y el sufrimiento, sean o no causa natural, estaban sometidas a la voluntad de Dios, por esto la asistencia a los enfermos era tenida como virtud, como manifestación de la misericordia de Dios. Los motivos de ayuda a los enfermos no fueron la devolución de la salud y prolongación de la vida, sino dejar que los hombres prestaran servicios a los demás y de esta manera salvaran sus propias almas. Así pues los hospitales cristianos fueron estructurados como instituciones para la práctica de la caridad y no como lugares de curación.

A lo largo de la Edad Media se aprecia en todo el mundo occidental una progresiva actividad hospitalaria basada principalmente en la caridad y tendente al cuidado de los enfermos. Resulta significativo al respecto las palabras de Arnau de Vilanova animando a visitar a los enfermos como virtud y, al mismo tiempo, a ayudar económicamente en su sustento, “visitarets los malautes del pus sollempne spital que sie en lo loch, e de vostra mà darets a cascú qualque almoyna” (Obres catalanes de Arnau de Vilanova 1238-1311)

También el predicador dominico Vicente Ferrer, animaba reiteradamente en sus sermones a visitar los hospitales y practicar la caridad con los enfermos acogidos en ellos, “devem haver compassió dels malalts: així, vullam visitar los espitals e dar alguna almoina” (Sermons de Quaresma de Sant Vicent Ferrer, 1411).

La acogida de enfermos y necesitados también se manifiesta a través del escritor Jaume Roig, que se refugia en un hospital de la ciudad de Valencia tras caer enfermo. “La gran fretura / prest m’atengué / e’m reprengué / gran malaltia. /

Mare ne tia / no m'aculliren, / ni mai bulliren / ordi per mi / Tiri camí / foral, / vers l'espital / d'en Clapés dit". (Jaume Roig 1400)

Entre las aportaciones al concepto de hospital medieval, destacamos a Rossen (1963) en su valoración acerca de la situación de la pobreza con relación al control sanitario de la población afirmando que:

“El hospital que surge de la Edad Media era esencialmente un instrumento de la sociedad para aliviar el sufrimiento, para disminuir la pobreza, para erradicar la mendicidad y para ayudar a mantener el orden público; en muchas partes había caído bajo diferentes administraciones, bajo la jurisdicción de la Corona, de una municipalidad o de alguna organización voluntaria de caridad”.

En opinión de Mollat (1970) el hospital de la Edad Media es como el señorío o casa del pobre (*seigneurie du pauvre*) y lo considera básicamente un centro de beneficencia entre cuyas funciones figuraba, pero no de modo exclusivo, la cura y cuidado de personas enfermas, de forma que al estudiar la pobreza en la Edad Media, se manifiesta diciendo que, los pobres fueron los únicos clientes de los hospitales hasta una época reciente, allí se encontraban como si estuviesen en su propio hogar.

Afirma Coe (1973: 271-173) que el hombre medieval concebía los hospitales “como instituciones para la práctica de la caridad y no como lugares de curación”, por lo que en ellos se daba acogida a “todo ser humano necesitado de alojamiento”. Para Goglin (1976) además de atender a los enfermos, se daba en ellos refugio a viajeros y mendigos, limosna a los necesitados, crianza a los niños huérfanos o expósitos, asilo a los ancianos, sepultura a los difuntos.

En este sentido, Rubio Vela (1984) lo considera un establecimiento para la práctica y ejercicio de la caridad hacia el necesitado, su atención se dirigía al pobre en sentido amplio – cualquiera que fuese la causa de su pobreza –, y no a las víctimas de una situación concreta en exclusiva.

El hospital medieval en opinión de Villanueva (2006) solía cumplir la función de “dar alojamiento al viandante, en especial al peregrino además de remediar los cuerpos enfermos y aislar a los mendigos”. Por estos motivos los hospitales se expandieron, sobre todo ubicados en los caminos y rutas principales y especialmente en los de peregrinación. Se trataba en muchos casos y particularmente en las poblaciones pequeñas, de dependencias humildes anexionadas a la Iglesia, que disponían de un reducido número de camas, en otros se trataba de un simple cobertizo protegido de la intemperie y refugio ante las inclemencias. Probablemente, los recursos de este hospital no constituirían una excepción, creemos que en muchas de las poblaciones de paso situadas a lo largo de los caminos, dispondrían de este tipo de instalaciones para el refugio y acogida de pobres enfermos y peregrinos.

Estos planteamientos han sido tradicionalmente aceptados y, en ocasiones elevados a la categoría de universales, teniendo en cuenta que la realidad que rodea el hospital medieval es mucho más compleja. Afirmar que se limitaron a dar hospitalidad, es una visión parcial y llena de matices cuestionables. Igualmente, hay que tener presente que no estamos ante una institución estática, sino incurso a una evolución constante. Así, al buscar una definición de hospital válida para toda la Edad Media, debemos considerar y tener en cuenta, las evidentes diferencias establecidas entre las instituciones hospitalarias del siglo IV y los más tardíos de los siglos XV y XVI. De la misma manera, tampoco pueden obviarse aspectos como el origen social de sus fundadores, el contexto histórico y geográfico en qué aparecen, su lugar del emplazamiento (en un paso montañoso, en regiones despobladas, en un entorno urbano, cerca de las rutas comerciales o de peregrinación, etc.). El hospital no fue la única institución asistencial que funcionó durante el período medieval. En este sentido, en lo concerniente a Europa occidental, su análisis no puede ir separado del conocimiento de las actividades desarrolladas por los *hospitia*, las leproserías, las cofradías, las *Pía*

Almoina (limosnas), las casas de apestados, los asilos para enfermos mentales y las casas de acogida para pobres y huérfanos.

En opinión de García Barreno (2002: 369), los últimos decenios del siglo XI comenzaron a mostrar los signos de un punto de inflexión en la historia de los hospitales medievales: el auge de los hospitales de peregrinos, el cuantioso aumento de las instituciones hospitalarias debido a las iniciativas laicas, y la aparición de las órdenes hospitalarias. A finales del siglo XII se marcó otro punto de inflexión; desde entonces y de forma más acentuada a partir de los dos siglos siguientes, se comienza a producir la secularización administrativa de las instituciones hospitalarias. Secularización debida al progresivo aumento de riqueza y poder de la burguesía, que desplazó de la Iglesia en algunas actividades tradicionalmente eclesiásticas, y la necesidad de un mayor control de las instituciones hospitalarias y de convertir los hospitales en entidades más eficaces.

2.4.1 Tipología de los hospitales medievales.

Las civilizaciones antiguas desarrollaron instituciones para el tratamiento de las enfermedades, totalmente distintos a los hospitales medievales; estas diferencias, aparte de las arquitectónicas, contrastan de manera especial cuando toman como referencia la intención que inspiraba su creación y mantenimiento. La piedad pagana no tenía el sentido activo y universal que le otorgó el cristianismo, lo que marca estas distancias entre los antiguos hospitales y los establecimientos hospitalarios medievales.

Los hospitales medievales se pueden clasificar de distinta manera, nosotros hemos procedido a clasificarlos de acuerdo a las siguientes características:

a) Hospitales claustrales.

En el siglo IV concurren una serie de factores que determinaron la aparición de establecimientos eclesiásticos de beneficencia que pueden ser considerados como los primeros hospitales. En primer lugar se produjo un cambio

radical en los valores sociales, dado que, por la influencia del cristianismo, la asistencia a los enfermos y desvalidos fue promovida como una obligación moral, la enfermedad fue despojándose de su valoración negativa derivada de anteriores creencias e identificándose los padecimientos del enfermo con el sufrimiento físico de Cristo. Los monasterios benedictinos sentaron los fundamentos de la arquitectura monástica occidental, se creó un modelo para los recintos denominados “*infirmarium*”, destinados a proporcionar asistencia a los monjes enfermos y ancianos. Este modelo alcanzó una gran difusión en todo el occidente cristiano, reproducía el esquema de la clausura monacal. Esta organización en torno a un claustro interior, permitía aislar el hospital del mundo exterior, con lo que se beneficiaba de protección frente a las adversidades del clima y facilitaba la intimidad que requería la vida de oración que debían llevar los internados en la enfermería. También los monasterios cistercienses adoptaron una estructura claustral en la construcción de sus hospitales dentro de sus recintos monacales, caracterizándolos por la austeridad y la claridad.

Durante la Baja Edad Media se construyeron algunos hospitales según el modelo monacal, no obstante en este período se impuso un nuevo modelo denominado basilical para la construcción de los hospitales, volviéndose a considerar de forma generalizada el anterior modelo claustral a partir del siglo XV. Bonastra (2009) considera que la disposición en forma de claustro parece marcar la transición entre los hospitales-iglesia característicos de la Baja Edad Media y los hospitales renacentistas en forma de cruz.

b) Hospitales basilicales.

En el siglo XII surgieron en Europa nuevas formas de asistencia hospitalaria que acarrearón cambios muy profundos en la morfología de los hospitales. Hasta ese momento las enfermerías de los cenobios reproducían el esquema de la clausura monacal. La idea fundamental de los establecimientos asistenciales fundados entre los siglos XII y XIV fue la de concentrar todas las

funciones del hospital en un mismo edificio, de esta forma los internados pasaron a conformar una comunidad que vivía, comía, dormía y rezaba bajo el techo de la misma sala. Este tipo de dependencias precisaba de suficiente espacio aéreo para hacer tolerables las condiciones de vida, adoptando una estructura clásica religiosa: la basílica. En estos hospitales se pretendía un diálogo constante entre lo profano y lo sagrado, el lecho y el altar. En una única estancia era posible conectar ambos elementos en total armonía. Como señala Pounds (1999: 355),

“los hospitales eran como iglesias donde los enfermos desde sus camas situadas en la nave, podrían observar y beneficiarse de los oficios religiosos que se celebraban en el presbiterio”.

Una de las explicaciones acerca de la difusión que alcanzó esta tipología basilical es la aparición de órdenes hospitalarias que después de las cruzadas fundaron y atendieron numerosos hospitales que a menudo se inspiraban en el modelo de la casa madre. Entre estas comunidades destacar la Orden de los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén.

c) Los hospitales municipales.

Otro tipo de hospitales lo constituyeron los hospitales municipales, dirigidos no ya por comunidades religiosas o laicas sino por las autoridades de las ciudades. Se construyeron en las ciudades que lograron alcanzar mayor independencia política y estaban dotadas de una soberanía municipal propia. Estos centros tenían idéntico objetivo que los establecimientos eclesiásticos de beneficencia, pues aparte de ofrecer cuidados asistenciales también hospedaban a pobres, huérfanos y peregrinos. Los primeros hospitales municipales surgieron en el siglo XIII y eran un signo del creciente poder y actividad de la burguesía que tendió a desplazar a la Iglesia en determinadas actividades. Sin embargo, la unión entre lo sacro y lo profano continuó siendo el principio básico de estos establecimientos hospitalarios. Se encomendaba su gestión a entidades religiosas pues en aquella época no se concebía un hospital burgués sin altar ni clero, ni una

comunidad asistencial de vida semimonástica, seguidora habitualmente de la Regla de San Agustín.

d) Hospitales reales y de la nobleza.

Desde la Alta Edad Media los monarcas de los principales reinos cristianos que fueron surgiendo tras el ocaso del imperio carolingio, así como los nobles más poderosos, tomaron también la iniciativa de fundar hospitales, tanto para mostrar la generosidad de su mecenazgo como para inclinar la balanza del juicio final a su favor. Así surgieron algunos de los hospitales medievales más importantes, los hospitales reales, cuya influencia y actividad llega hasta bien entrada la época del Renacimiento. Entre los numerosos ejemplos; el Hospital del Rey, fundado en Burgos el año 1195 por Alfonso VIII.

e) Hospitales para peregrinos.

Respecto de este tipo de establecimientos, es posible seguir el hilo de una tradición que, partiendo de los albergues para peregrinos de Oriente y de Roma en el siglo V, llega hasta nuestros días en Lourdes o Fátima. Pero el punto culminante de este desarrollo se alcanzó en torno a los últimos decenios del siglo XI, cuando comenzaron a mostrar los signos de un punto de inflexión en la historia de los hospitales medievales. Fomentan, por un lado, el auge de los hospitales de peregrinos, como lo fue el Hospital del Rey, en Burgos, una institución considerada de gran importancia asistencial y dedicada al cuidado de peregrinos y enfermos pobres en un momento marcado por la consolidación de las peregrinaciones a Santiago de Compostela, que se habían generalizado desde diversos lugares de Europa y la Península Ibérica. En esta época los hospitales para peregrinos ofrecían a estos no solo albergue y alimento, sino también cuidados sanitarios a los que enfermaban. El Camino de Santiago o Ruta Jacobea, en opinión de Nogales (1999), es una vía que desde el siglo X transitaban los peregrinos de media Europa siguiendo la “*ruta de las estrellas*”, que les conducía a la tumba del Apóstol en Compostela. Durante los siguientes siglos millones de

peregrinos han realizado esta ruta iniciática, canalizando e impulsando junto con la fe religiosa, nuevos modos de vida, nuevas formas artísticas y elementos de intercambio y unificación cultural.

Sánchez Ribes (1999) identifica la acción de peregrinar a Compostela para venerar las reliquias del Apóstol Santiago, como un fenómeno de índole social, religioso, político, e incluso económico que obligó a reyes, obispos, cofradías, jurados de las villas, órdenes religiosas y militares y también a particulares a preparar lugares que sirvieran de hospitales y albergues para la ingente afluencia de peregrinos procedentes de los más remotos lugares.

En cada pueblo había un hospital, nombre equivalente al que hoy tiene y cumplían además las funciones de hospicio o asilo; en ellos eran acogidos los enfermos y los pobres transeúntes, con la condición de una estancia limitada. No solamente cada pueblo sino cada parroquia en las ciudades costeaba un hospital propio, además de alguno que otro sostenido por la caridad ciudadana en general; en los puertos pirenaicos y en los lugares desiertos de los caminos existían hospitales para refugio de los viandantes, cualquiera que fuese el motivo de sus viajes.

El largo recorrido del Camino de Santiago estuvo jalonado de un gran número de albergues, hospicios y hospitales que atendía las necesidades básicas de los peregrinos: agua, comida y cama para los cansados, curación de las heridas y la enfermedad. Si se procediera a marcar en los mapas antiguos de los caminos principales que comunicaban las poblaciones más importantes, con la ubicación de los hospitales de la época, podríamos llegar a la conclusión de que la presencia de estas instituciones de acogida, eran quizás más numerosas en el Camino de Santiago, lógicamente debido al tránsito de personas en esta época de esplendor de las peregrinaciones. En el resto de caminos también podríamos marcar la presencia de estas instituciones de acogida, por supuesto en menor cuantía, con lo

que se adquiriría la certeza de que así como “todo camino conduce a Roma, así en otro tiempo todo camino conducía a Santiago” (Nicolai, 1897).

Varias órdenes y congregaciones, sobre todo las que habían adoptado la Regla de San Agustín, tenían hospitales a los largo de las vías de peregrinación⁷. Otras órdenes, como los franciscanos, raramente tenían hospitales fuera del convento, pues preferían dar a los peregrinos de paso limosnas, pero también admitirlos, a veces, en el refectorio conventual y darles algo de comer (Caucci von Sauchen, 2005).

La principal función con la que nacieron los hospitales tal y como hemos descrito hasta ahora, dista de la que hoy en día atribuimos a estas instituciones siendo estos creados para ofrecer “Hospitalidad”, es decir, para acoger a los peregrinos y ofrecerles cobijo durante las etapas de su viaje. (Acebrón, 1999). Ha sido precisamente la presencia de los peregrinos entre las personas asistidas en los hospitales medievales una de las motivaciones que ha llevado a la consideración casi generalizada de estos como un lugar de acogida, visto más como una hospedería que como un centro hospitalario. Y esto es cierto, pero con matizaciones. La primera de ellas, y no la menos importante, es que muchos de los peregrinos que acudían a Compostela, por ejemplo, lo hacían para recuperar la salud. En el Liber Santi Jacobi se afirma que el santo, entre los variados tipos de milagros que se le atribuyeron podemos encontrar:

“el devolver la vista a los ciegos, el habla a los mudos, el oído a los sordos y el paso a los cojos, llegando incluso a resucitar a los muertos. Se está también en la creencia de que Santiago curaba a leprosos, sarnosos, parálíticos, tísicos, lunáticos, etc”.
Liber Santi Jacobi, lib I, caps. II y VI.

A lo que hay que añadir que muchos de los que se dirigían a Santiago, hicieron el camino a pie y aún habiendo partido sanos, caían enfermos a lo largo del viaje.

⁷ Entre los hospitales regentados por los Canónigos Regulares de San Agustín, en el Camino de Santiago, figuran los Roncesvalles y el de Santa Cristina de Somport, puntos de partida de las dos vías principales del Camino de Santiago, en Navarra y Aragón, respectivamente, así como el hospital de San Marcos de León antes de ser cedido a los santiaguistas o el de San Juan de Ortega (Burgos) que lo fue hasta el siglo XV, momento en que llegaron los monjes jerónimos

f) Hospitales para leprosos.

En el año 583 la asamblea de obispos reunidos en el Concilio de Lyon decidió la creación de casas para los leprosos (leproserías) fuera de la ciudad. (Friedrum 1993: 68). Durante la Edad Media hubo un gran número de leproserías, se sabe de su existencia desde época merovingia, aunque no sería hasta unos siglos más tarde cuando proliferaran por toda Europa, especialmente durante y después de las cruzadas. Se calcula que, sólo en Francia, había en torno al año 1225 más de dos mil casas destinadas a estos enfermos. La lepra es un hecho real pero, en igual o mayor medida, simbólico. El leproso es el “*marcado*” por excelencia, el marginado primero, el que ejemplifica el camino de la reclusión y el rechazo dentro de la sociedad occidental, permitiendo el inicio de otras reclusiones posteriores. Muerto viviente, tras una ceremonia fúnebre plenamente ritualizada que los condena a la desaparición como sujeto civil, el leproso era el pobre más marcado por la pobreza, ya que, muerto civilmente, su sucesión estaba abierta y no podría vivir más que de limosnas. Si bien esta ceremonia de la muerte civil se encuentra también en la Península, no es ni tan dura ni tan generalizada como parece haber sido en el resto de Europa.

La finalidad de estas instituciones no era únicamente la curación, ya que no se conocía ningún remedio efectivo, sino acogerlos con el objetivo de alejarlos o aislarlos de la vida social, con independencia de su riqueza o pobreza. Las leproserías solían estar situadas en las rutas de mayor tránsito. La vida en estas casas consistía en sobrevivir en silencio, respetar la castidad y ser pobres, condiciones que para Valdeón (1998) muchos enfermos reunían. En opinión de García Valdés (1987), el grado de marginación al que eran sometidos estos enfermos de lepra, llegaba a límites extremos. Eran vistos con horror, desconfianza y menosprecio, y estaban obligados a llevar una especie de carraca o campana, a fin de advertir su presencia y evitar el contagio.

A finales del siglo XII, las fundaciones de leproserías disminuyeron, según Mollat (1978), a causa del retroceso de la enfermedad, pero no por eso la suerte que corrían los leprosos. De todas maneras, no todos los leprosos tenían las mismas oportunidades para poder ser admitidos en una leprosería. Según Goglin (1976: 186), tenían preferencia los habitantes de la zona donde estuviese situada, o aquellos que hubieran participado en la fundación o en el sostenimiento de la institución.

g) Hospitales para locos.

Los hospitales dedicados a enfermos mentales comenzaron a esbozarse en la Alta Edad Media, cuando los necesitados de ayuda a causa de este tipo de dolencias, visitaban las iglesias donde se encontraban enterrados algún santo o santa a cuya advocación se acogían. Tal es el caso de la iglesia de Santa Dimfna (patrona de los que padecen desórdenes mentales), en Bélgica, o la cripta de la iglesia de Bourbriac, en Bretaña. Junto a estas iglesias se construían celdas para locos. La primera instalación dedicada exclusivamente al cuidado de locos en la Europa cristiana, fue el precursor del Bethlem-Hospital de Londres (1403) o la Casa del P. Jofré de Valencia (1409). Lo cierto es que en el siglo XV los manicomios se extendieron de modo asombrosamente rápido por España: Barcelona (Hospital de San Severo, 1412), Zaragoza (Hospital Nuestra Señora de Gracia, 1425), Sevilla (Casa de los Locos, 1436), Palma de Mallorca (1456), Toledo (1483), Valladolid (1489) y, finalmente, Granada (Hospital Real de los Locos, 1504), (Jetter, 1972: 291).

Como ejemplo de las fundaciones hospitalarias realizadas bajo patrocinio real por entidades ciudadanas al final del Medievo, he aquí parte del texto del *Real privilegio de constitución* del manicomio de Valencia, en 1409, otorgado por el rey Martín el Humano.

“Por ser obra de misericordia y muy pía atender a los que tienen de ellos necesidad, no solamente corporal, por atrofia, debilidad, falta de miembros o enfermedad, y más aún si es mental, por debilidad del juicio o discreción, por

ignoscencia, locura u oradura, ya que estos seres ni pueden ni saben subvenir a su vida, aunque sean robustos y fuertes en su cuerpo, pues están constituidos en tal ignoscencia, locura u oradura, su libre trato con las gentes origina daños, peligros y otros inconvenientes, pensando en esto, diez ciudadanos de Valencia (a continuación se citan los nombres) ... de acuerdo los diez en atender su necesidad, quieren construir una casa en la mencionada ciudad con tal fin, si por su Alteza el Rey les son acordados graciosamente los siguientes capítulos:

Principalmente, que los mantenedores de tal benéfica institución sean diez ciudadanos, mercaderes o de similar condición, pero que no puedan serlo presbíteros, caballeros... juristas o notarios; y no porque cada una de estas clases no merezca las mayores preeminencias y honores, sino porque dicha obra debe ser totalmente laica y de hombres llanos en lo tocante a categoría, jurisdicción y toda clase de actos, y no de los mencionados estamentos.

Asimismo que cada uno de los diez que actualmente entienden y quieren construir dicha casa y beneficencia, y cada uno de los que a la muerte de alguno de los cofrades le subrogue y sea admitido, tenga a bien dar y de hecho dé, en su recepción, 500 sueldos reales de Valencia... cuyas monedas serán libradas al mayordomo de la casa y servirán para los usos y necesidades de los ignoscentes, locos y orates del hospital solamente y no para otros fines” (Domingo Simó, 1954)

h) Hospitales cruciformes.

El “*Quattrocento*” italiano fue una época de profundas transformaciones en las que se vieron también involucradas las instituciones asistenciales. En este contexto surgió una nueva tipología hospitalaria que en muchos sentidos, se distanciaba de las medievales. Señalar que nos hallamos en el inicio de un período de importantes cambios políticos, sociales, económicos y demográficos, que, relacionadas con el principio de un cambio de modo de producción, supusieron, entre muchas otras cosas, el traslado del campo a la ciudad de ingentes cantidades de mano de obra sin cualificación, que buscaban el sustento en el nuevo medio y que generaron la aparición del pobre urbano (Woolf, 1989). Además, nos encontramos en las ciudades con un amplio movimiento de transeúntes, que se aprovechaban del entramado asistencial, entre ellos encontramos a los peregrinos, pícaros o tullidos que vivían a caballo entre la caridad, la mendicidad, los trabajos esporádicos y la delincuencia. Todos eran clientes de estos hospitales que, a la vez, trataba a todo tipo de enfermos.

En este nuevo tipo de hospital encontramos, de manera muy marcada, la búsqueda de un centro simbólico que articulase el edificio. Esta planta ideal venía

dictada por diversas razones de índole simbólica que iban desde las estéticas a las religiosas. Al tratarse de lugares en los que se dispensaba la caridad cristiana y que eran también la casa de Dios, necesitaban tener una forma lo más perfecta posible, un edificio en forma de cruz griega, en este centro simbólico encontramos a menudo un altar visible desde todas las alas del hospital, y que a la manera de los hospitales basilicales medievales, serviría, por un lado para el consuelo espiritual de los hospedados y, por otro, como un lugar desde el cual se podían ir moldeando las voluntades con el efecto escenográfico del altar, con los sermones de los capellanes y con las imágenes representadas en los frescos moralizantes dispuestos en los cruceros.

Fuera de Italia donde mejor caló el modelo fue en España. Para Tatjer (2005), se debió en parte gracias a las relaciones existentes con Italia y la labor de los Reyes Católicos que, en cierto modo, utilizaron como muestra de su autoridad para aumentar su prestigio y como símbolo del nuevo Estado que estaban construyendo. Fue a través de Valencia desde donde se importó al resto de España este modelo italiano. Esto ocurrió gracias a la gran relación que la ciudad tenía con Italia. Se tienen pruebas de que en 1494 ya se había decidido que el nuevo Hospital General de Valencia tendría un trazado en forma de cruz (Gómez-Ferrer, 1996). Entre los ejemplos de esta tipología cruciforme, cabe destacar el hospital de Santiago de Compostela iniciado en 1499; el de la Santa Cruz de Toledo iniciado en 1504; el hospital de Granada construido en 1506; el de Nuestra Señora de Gracia en Murcia, construido entre 1530-1550; el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla, iniciado en 1556, entre otros. Su influencia llegó claramente a las instituciones hospitalarias creadas por la colonización española en el Nuevo Mundo; por ejemplo, a los hospitales de Guadalajara, en Méjico, y de Santiago en Chile.

2.5 La necesidad asistencial de la pobreza

Para entender la diversidad de instituciones asistenciales que surgen a lo largo de la Edad Media, conviene referir el concepto de la pobreza, que se ha expresado y continúa, aún así, haciéndolo mediante la idea de la escasez; sin embargo, en la actualidad nos referimos exclusivamente a una escasez monetaria que impide la posesión de bienes y dificulta la propia subsistencia de la persona.

López Alonso (1986) en su estudio sobre la pobreza, distingue entre la pobreza individual y la pobreza colectiva. Haciendo mención de la pobreza del hombre rico y pasa a explicarla, especialmente, cuando esta es achacable a un comportamiento desordenado, marcado por la desmesura del gasto. Define las causas morales de la pobreza y la considera fruto directo del pecado, por lo que en consecuencia el pecador será castigado a sufrir toda clase de calamidades. La incidencia de la enfermedad puede conducir, en muchos casos, a la pobreza individual; también fenómenos como las epidemias de peste o las consecuencias de una serie de calamidades climáticas pueden hacer que gentes que estaban próximas al umbral de la pobreza caigan en ella, degradándose en general las condiciones de vida de todos aquellos que tratamos de identificar como pobres. Describe por último de forma detallada, la visión de las causas, definiendo estas, en primer lugar, como causas materiales y diferencia la pobreza individual de los enfermos, las viudas, los viejos, los huérfanos, etc., sin explicitar las causas de su situación, las cuales son evidentes para ella en la mayoría de los casos.

El fenómeno de empobrecimiento general aparece señalado desde finales del siglo XIII, coincidiendo con los prolegómenos de una crisis general que se manifiesta en el siglo siguiente. Valdeón (1997) sitúa en el transcurso del siglo XIV los años críticos de la pobreza ya que proliferan las referencias a la improductividad de la tierra y las calamidades sufridas por sus habitantes. Desde

los albores del siglo aparecen las noticias sobre períodos de hambre generalizada a ella se atribuye la gran mortandad de 1301, y con sus rastros nos encontramos en los períodos de crisis de los años treinta, siendo el aumento del precio del pan un claro índice de ello.

Graus (1961) estableció una clasificación de los pobres en función del espacio en que vivían, fundamentada a partir de documentos que en muchos casos, hablan de artesanos y mercaderes pobres, presentes en la ciudad, así como de la pobreza reinante en el campo entre jornaleros y pequeños propietarios, estos grupos de pobres tenían en común la miseria, dentro de la que se daban distintos niveles. Al mismo tiempo se producían casos de indigencia temporal, por ejemplo en comerciantes que habían fracasado en algún negocio o artesanos y jornaleros que sufrían una disminución de sus ingresos a causa de la crisis o pérdida del trabajo.

La sociedad medieval consideraba dos formas de manifestar la pobreza: “pobres vergonzantes” y los pobres mendigos. Los pobres vergonzantes representaban a personas que por su situación en la sociedad antes de ser pobres, no podían pedir limosna de casa en casa, y lo hacían de manera oculta y secreta, siendo la causa probable la pérdida de trabajo, los problemas familiares, la enfermedad, o el excesos en gastos, les sintiendo vergüenza de esta nueva situación. Los motivos más frecuentes por los que los pobres vergonzantes recibían limosna fueron: ayudar a las viudas, casar a las jóvenes, redimir cautivos, vestir o alimentar a las familias necesitadas. Eiximenis (1927: 106), expresa su visión de esta ayuda:

“Tantost com sies en taula te n 'aja lo cor que la primera cosa que hix de rast o de la olla sia partida, axí que la primera porció vaja a Déu, és als pobres, e majorment e amagadament als vergonyants”

Para López Terrada (1996) las medidas para atajar y/o reducir el problema de la pobreza en este período, constituyeron política común en todas las ciudades europeas. En el ámbito de la Corona de Aragón, al menos en las ciudades de Valencia y Barcelona, se estableció definitivamente la idea de que la asistencia a los pobres, incluyendo la asistencia sanitaria, era una responsabilidad de la comunidad y no de la Iglesia. Por otro lado, a la necesidad acuciante de atención a este grupo importante de población se unió la derivada en la asistencia a los enfermos.

No fue la ciudad de Valencia una excepción ante el problema de la pobreza, que azotó a los siglos centrales bajomedievales, de hecho las autoridades municipales con carácter oficial tuvieron que poner en práctica una política caritativa para paliar los efectos de la población pobre. Este programa establecía el reparto de limosnas, procedentes de los fondos municipales, mediante “crides” o bandos, lo que provocaba una gran afluencia de mendigos, pobres vergonzantes, pobres religiosos, incluso cabe pensar la presencia de falsos pobres movidos por la picaresca (AMV, M.C, A-3, fol. 246-rº). Esta limosna, según cita Peris Rodríguez (1985: 37) se repartía también entre las órdenes religiosas mendicantes, y para otras organizaciones tales como: casa de las mujeres de penitencia, almoína para el rescate de cautivos, pobres vergonzantes, almoína para el entierro de personas pobres, pobres castellanos, dotación de doncellas pobres y en menor escala a los hospitales de la ciudad. Este tipo de limosnas expresadas en dinero, no eran únicas, también se canalizaba la limosna en forma de especies como alimentos o ropa (AMV, M.C., A-1, fol. 78 rº).

En el estudio de la pobreza en la ciudad de Valencia, Peris (1985: 32), detalla como se distribuía la limosna en los años centrales del siglo XIV, haciendo una aproximación del número de mendigos beneficiados en función del número de sueldos que percibía cada mendigo, los datos ponen de manifiesto una considerable población de pobres en la ciudad.

En este sentido, López Piñero (1979) confirma que a partir del siglo XV se inició un proceso de separación, en el contexto de los hospitales medievales, configurándose dos instituciones diferenciadas: el hospital en sentido estricto, destinado a la asistencia de enfermos en general y las instituciones asociadas a la recogida de huérfanos o dedicados a la acogida de pobres.

2.6 El protagonismo hospitalario de las Órdenes militares

A finales del siglo XII aparecieron en Europa nuevas formas de asistencia hospitalaria, que recibieron su primer impulso de las nuevas órdenes hospitalarias surgidas con las Cruzadas (Sánchez, 2005: 29). Las órdenes de Caballeros proyectaron su espíritu militar e ideal religioso, dedicando su atención y servicios a la ayuda, protección, y acogida de peregrinos, en opinión de Castrillo (1992) se dedicaban a pedir limosna para atender a los enfermos pobres que desde su perspectiva adquiriría la condición de “*santos enfermos*”.

2.6.1 Orden de los Caballeros de San Juan de Jerusalén,

Aproximadamente en el año 1048 un grupo de comerciantes de la ciudad italiana de Amalfi, se compadecieron de los peregrinos cristianos que acudían a Palestina para visitar los Santos Lugares. Estos comerciantes consiguieron de los gobernantes musulmanes el permiso para fundar un hospital (un albergue de peregrinos) en Jerusalén. Institución que fue puesta bajo la advocación de san Juan. Según Jetter (1972: 279) acerca de este hospital se decía que causaba la admiración de los musulmanes. Según una leyenda, hasta el propio Saladino se habría hecho tratar allí de incógnito, por su buena organización en el cuidado de los enfermos, este hospital se convirtió en modelo para los que en adelante se construyeron en el Occidente europeo.

El 15 de febrero de 1113, el papa Pascual II, mediante la bula *Pie postulatio voluntatis*, consagró definitivamente la fundación de esta Orden Hospitalaria de San Juan de Jerusalén, como verdadera Casa de Dios y auxilio de los pobres y de los enfermos. El lema de la Orden rezaba: Defensa de la fe y servicio a los pobres. Para Müller (1993: 141) “las tareas del cuidado de los enfermos, recogidas en los estatutos, fueron modelo para las otras órdenes. [...] Las mujeres enfermas debían ser cuidadas por mujeres”. Los enfermos eran los señores que debían ser atendidos con el mayor cuidado. Dentro de la orden, los hermanos, que constituían la tercera clase, junto con los caballeros y los clérigos, estaban destinados al cuidado de los enfermos.

La implantación de la Orden de San Juan en la Península Ibérica se produjo con antelación a otras órdenes militares, siendo conocida desde muy temprano como Orden del Hospital. Entre las primeras referencias que encontramos, la Reina Doña Urraca de Castilla, en 1115, le otorgó la aldea de Paradinas de San Juan, entre Salamanca y Arévalo, llamándola *la Santa Casa del Hospital de San Juan Bautista que está construida en la Santa Ciudad de Jerusalén para la obra de los pobres*.

Esta Orden fue confirmada por Alfonso VII rey de Castilla y León. La institución de la orden en la península ibérica continuó con el espíritu que les dio su origen fundacional, su dedicación al cuidado de los enfermos les llevo a consumir iniciativas fundacionales en la forma de hospitales en los itinerarios hacia Santiago de Compostela, en donde son numerosas las localizaciones de la Orden, por ejemplo: En Navarra, la Encomienda de Cizur Menor, Tudela y Puente la Reina, entre otros; Atapuerca e Itero del Castillo en Burgos. La Iglesia de Santa Ana en León y la población de Hospital de Órbigo. Los hospitales de Mirallos y Portomarín en Galicia. En los territorios conquistados por la Corona de Aragón, encontramos enclaves situados en el valle del Ebro. El río venía jalonado por los establecimientos de Mallén, Añón, Remolinos, Zaragoza, Pina, Calanda y Caspe;

en la cuenca del Jiloca, se encontraba la encomienda de Calatayud, y en las tierras regadas por el Jalón, los centros conventuales de la Almunia de Cabañas (o de Doña Godina).

Durante el episodio de reconquista del reino y de la ciudad de Valencia los Caballeros Hospitalarios participaron activamente en su toma militar y obtuvieron el beneficio del rey Jaime I. Una vez concluida la conquista y llevado a cabo el reparto de la ciudad y de otros territorios del reino, el Rey conquistador proporcionó a la Orden importantes propiedades, en forma de castillos y poblaciones, así como otras adquisiciones secundarias. Los hospitalarios, según Burns (1982: 413), eran poderosos y expertos, protegiéndose entre privilegios fehacientes y en derechos señoriales de patronato.

2.6.2 La Orden del Temple

Fundada por Hugo de Payens en 1119, su denominación procede del origen de su primera ubicación junto al Templo de Salomón, en Jerusalén, su finalidad principal fue escrita por Bernardo de Claraval (1090-1153) y constituyó para su funcionamiento la Regla del Temple. Posteriormente, esta orden se significó por su valor en las campañas militares, con importantes contribuciones durante la reconquista de los territorios peninsulares bajo la influencia del Islam, siendo fundamental su ayuda en la recuperación de los reinos de la Corona de Aragón. La Orden sufrió el acoso del rey de Francia y con el silencio papal sus miembros fueron perseguidos y ejecutados, en un proceso considerado por Rodríguez (1747), como uno de los episodios más injustos de la historia. El rey de Aragón con los bienes que la orden poseía en el reino de Valencia fundó la Orden de Montesa y repartió sus propiedades con los Caballeros de San Juan.

2.6.3 La Orden de los Caballeros Teutónicos

Se crea a partir del Hospital de Santa María de los Alemanes, en Jerusalén, y del hospital temporal que establecieron los comerciantes alemanes en Acre, en

1190, coincidiendo con la Tercera Cruzada. Los cuidadores del hospital adoptaron la regla de los caballeros Hospitalarios, y fueron reconocidos por el Papa en 1191. Poco después, esta orden caritativa se convirtió, con la aprobación papal, en una orden militar, con la misión de atender a los enfermos y combatir al enemigo infiel (Zarnecki, 1988: 97).

2.6.4 Los Caballeros de San Lázaro

Se trata de la orden hospitalaria más antigua, al parecer creada a partir de la institución hospitalaria que fundó San Basilio de Cesarea, en el había una casa para leprosos. En el siglo XIII, existían dos ramas de la orden, por un lado los militares y por otro los hospitalarios adoptando la Regla de San Agustín. La orden se extendió fundando leproserías en Europa, llegándose a calcular más de tres mil casas. Entrando en decadencia, entre otras causas por la disminución en la incidencia de la enfermedad.

2.6.5 Caballeros del Santo Sepulcro

Esta Orden surgió en Jerusalén tras la conquista de la ciudad por la primera cruzada, siendo su objetivo principal la custodia de los Santos Lugares, una actividad que compartió más tarde con la protección de los peregrinos faltos de asistencia. Su presencia en España se llevó a cabo bajo la protección de Alfonso I “El Batallador”, rey de Aragón y entusiasta de la Orden, hasta el punto que su testamento fechado en 1134, refleja la voluntad real ordenando que las Órdenes del Hospital, del Temple, y del Santo Sepulcro queden como herederas de su reino y de sus dominios. (Toribio del Campillo, 1915). Testamento que para Burns (1982: 395) nunca se hizo efectivo

2.6.6 Órdenes militares españolas

Como consecuencia de las cruzadas y a imagen y semejanza de estas primeras órdenes militares de origen no hispano, se fundaron en los reinos peninsulares otras órdenes de similar naturaleza y organización. La aparición de

estas se debió, fundamentalmente, a un ambiente favorable propiciado por la situación en la península Ibérica, donde estas órdenes jugaron un importante papel en la lucha y reconquista del territorio peninsular, contra los musulmanes. Adicionalmente, la necesidad de prestar protección a los peregrinos de Santiago de Compostela, avivó el interés por la fundación de otras órdenes.

a) *Orden de Calatrava*: fundada para defender esta plaza de los musulmanes, una ciudad que tenía interés estratégico en 1158, a instancia de Sancho III. Fue aprobada por el Papa Alejandro III en 1164. La Orden alcanzó su afianzamiento definitivo tras la batalla de las Navas de Tolosa (1212), construyendo la fortaleza de Calatrava la Nueva (1218), en donde fijó su sede. En poco tiempo, asistió al florecimiento de nuevos recursos humanos y económicos que dieron a la Orden un enorme poder político y militar, que duró hasta el final de la reconquista.

b) *Orden de Santiago*. En un principio se conocía como Caballeros de Cáceres por haber sido en esta ciudad extremeña, entonces perteneciente al reino de León, el lugar donde se supone se estableció su fundación. Otros creen que llevaron el nombre de Caballeros de Santa María del Castillo y de la Espada. Lo que sí parece cierto es que después de la bula de confirmación y aprobación, por parte del papa Alejandro III, fechada en 5 de julio de 1175, ya siempre se les conoció con el nombre de Caballeros del Apóstol Santiago, pues el de Caballeros o freires de Uclés, que en algunos documentos antiguos aparece, no prevaleció apenas. Recibieron posesiones en Mora, Moya y la ciudad de Cuenca, en esta última cabe destacar el Hospital de Santiago Apóstol, mandado construir por Alfonso VIII tras la conquista de esta ciudad y entregado en propiedad a la Orden de Santiago. Su fundación parece ser que data del año 1182, siendo la institución más antigua de la ciudad. Según Ruibal (1985) a estas concesiones, se sumaron poblaciones del Campo Montiel (1214), Ossa y Alhambra. Combatieron en las Navas de Tolosa (1212) y obtuvieron de los sucesivos monarcas castellanos privilegios que les permitieron repoblar extensas regiones en Andalucía y Murcia.

c) *Orden de Alcántara*. Surgió en León a mediados del siglo XII (1177), con el nombre de San Julián de Pereiro, para oponerse al peligro almohade. En 1218 recibió los bienes que poseía en el reino de León la Orden de Calatrava, entre ellos la población de Alcántara. A raíz del establecimiento de su sede central en esta villa, el primitivo nombre de Orden de San Julián de Pereiro fue desapareciendo hasta que en 1253 sus maestros se denominaban a sí mismo como "maestros de la orden de Alcántara".

d) *Orden de San Jorge de Alfama, Orden de Montesa*. En Aragón, Alfonso I el Batallador fundó tras la conquista de Zaragoza (1118), órdenes militares con fines defensivos como la Militia Christi de Monreal y Belchite, llamada Cofradía de Belchite, disuelta al alejarse la frontera musulmana. Pedro II el Católico fundó en 1201, en agradecimiento por la asistencia de san Jorge a sus ejércitos, la Orden de San Jorge de Alfama. La Orden fue aprobada por el Papa en 1363 y tuvo una vida relativamente breve, ya que en 1399 se unió a la Orden de Montesa, Orden que había sido instituida en 1317 por el Papa Juan XXII, a petición del rey Jaime II, para hacerse con los bienes de la disuelta Orden del Temple en el Reino de Valencia.

A modo de conclusión, podemos afirmar que el rol que desempeñaron las Órdenes Militares, se limitó a la custodia de caminos y fronteras, amén de colaborar de forma activa en batallas y guerrillas, generando por ello beneficios que repercutieron en sus propiedades. La actitud de los caballeros pertenecientes a las órdenes militares aquí citadas, fue la de ir abandonando las competencias dedicadas a la protección del peregrino, así como su atención sanitaria, si bien las órdenes establecidas a lo largo del Camino de Santiago, queremos suponer, mantuvieron ese espíritu protector y de ayuda a quienes practicaban con la fe y la devoción caminos de peregrinación. Sin embargo, templarios y sanjuanistas

inspiraron modelos para la prestación y atención de cuidados a los necesitados, enfermos y peregrinos.

2.7 La función asistencial de los Gremios y Cofradías

Durante Edad Media podemos afirmar que en diversos países de Europa y especialmente en la Corona de Aragón, se fundaron cofradías, hermandades, congregaciones, sociedades y agrupaciones de individuos de una misma o de diversas clases, de hombres y de mujeres, con el objeto de actuar, para el bien general, conformes a ciertos estatutos y ordenaciones que convenían. Es en el transcurso del siglo XIV cuando se produce una amplia renovación de cofradías extinguidas o abandonadas, modificación de sus estatutos y, sobre todo, nuevas creaciones generalmente adscritas a un solo oficio, arte ó profesión. Durante el siglo XV fue cuando adquirieron un mayor su protagonismo. Por cofradía, en sentido general, se entendía toda asociación de fieles, pertenecientes o no a un mismo gremio, que se unían con varios fines: profesionales, sociales, caritativos, piadosos, penitenciales. Solían estar regidas por un estatuto o reglamento, y muchas de ellas tenían, entre sus actividades prioritarias, la función benéfica y asistencial. En ocasiones, aparte de contribuir a la hospitalidad, también estaba estipulada la ayuda a los que requerían la prestación de su oficio. Por ejemplo, los días festivos, los zapateros de la cofradía de San Crispín de Astorga debían arreglar el calzado de los peregrinos que hacían el Camino de Santiago. Caracteriza a estas agrupaciones la piedad, esto es, celebrar misas y sufragios por los cofrades difuntos, obligar la asistencia a los funerales de los cofrades difuntos, organizar una gran fiesta religiosa el día del santo patrón y como parte de la misma, asistir a una comida con los cofrades y los frailes de la orden en cuya iglesia se celebrase la función.

Un análisis de las cofradías del Reino de Valencia, que se fueron instituyendo tras la conquista y bajo las premisas citadas, nos permite profundizar

en el ambiente religioso con el que se desarrollaban numerosas actividades de la vida y la sociedad valenciana. Su constitución contribuyó al desarrollo urbano, así como a la consolidación del mundo artesanal, y parte de su organización se apoyó en la práctica de la caridad y el cuidado de los enfermos cofrades. Entre los estudios llevados a cabo para conocer la organización, funciones, actividades y participación social, política y religiosa, son de destacar los realizados por Tramoyeres (1979) e Iradiel (1992) sobre las cofradías y gremios de Valencia.

En opinión de Llop Catalá (1982: 14), la aparición de las cofradías en el reino de Valencia estuvo relacionada con la predicación efectuada por las nuevas órdenes religiosas que surgieron en Europa a partir del siglo XII y que ampliaron el marco evangelizador de la estructura organizativa parroquial. Para Benítez Bolorinos (1998: 13) las cofradías se identificaron como asociaciones solidarias, formadas por gentes con intereses en una misma profesión, devoción o identidad familiar que se aglutinaban en torno a un ideal religioso de hermandad. En un principio sus fines fueron religiosos, pero a partir de 1283, el rey Pedro III les otorgó la posibilidad de elegir sus cargos y encargarse de su organización.

Otra de las actividades señaladas por Benítez (1998: 186), es la asistencia a los pobres y marginados de la ciudad, asistencia manifestada esencialmente por el reparto de limosnas y de comidas en días señalados en el calendario, coincidiendo con el día del patrón bajo la advocación de la cofradía. Tres eran los tipos de actuaciones con respecto a esta práctica, una consistía en la donación del sobrante de la caja de la cofradía, en otros los actos de caridad eran llevados a cabo por algunas “*almoínas*” (limosnas) en fechas concretas del año, como ejemplo:

“La Cofradía de “cechs” –ciegos- en 1329 coincidiendo con el día de San Martín. La Cofradía de San Nicolás de Alicante en 1402, debían dar limosna “lendemá de la festa del patró”. Convidar a algunos pobres al “*menjar de la cofradía*”, como era la de san Vicente en 1388, donde se convidaba a trece pobres en semejanza de cristo con los Apóstoles el día de Jueves Santo. Citado por Benitez Bolorinos (1998: 186)

Además de los hospitales y establecimientos benéficos, que dispuso la ciudad desde el siglo XIII, destaca para el objetivo que nos ocupa, la Cofradía de San Jaime, creada el 1 de Diciembre de 1246, por la asociación de canónigos y clérigos de la ciudad de Valencia. Según documento del 29 de abril de 1263, su creación parece algo posterior, coincidiendo con la estancia del rey Jaime I de Aragón en Lleida. De su documento fundacional extraemos el siguiente fragmento:

“atendiendo las caridades y limosnas que hacen los canónigos y clérigos de la iglesia de la ciudad de Valencia y su término con vuestros cofrades, en la cofradía que ahora hacéis, que se llama de Santiago”.

El privilegio permitía a los canónigos y clérigos de la Cofradía, el que pudiesen recibir y ampliar el número de cofrades, con cien seglares generosos, a condición de que contribuyeran con la construcción de una capilla en la nueva Iglesia Catedral dedicada a la advocación de San Jaime Apóstol. (A.C.A. Reg. 12 fol 23, citado por Roca Traver 1957). Ubicándose en la Catedral, y tras el altar mayor, con un lienzo representando la clásica imagen de Santiago luchando contra los sarracenos. A la derecha de esta capilla y altar, se encuentra la capilla de Nuestra Señora del Pilar, vínculo devocional con la ciudad de Zaragoza. Esta Cofradía jacobea como así también cita Roca Traver (1957: 63), denominación que utiliza el rey Juan I en 1393 al extender un ordenamiento para limitar el número de cofrades. (A.C.A. Reg. 1904, fol 183 v.)

De las 73 cofradías registradas en el reino de Valencia en 1329, 34 eran de oficio, 27 religiosas, 7 de labradores y el resto repartidas entre los *cechs* (ciegos), els Ballesters de la Ploma, Macips del pes reial, Mercaders de Girona. 54 de estas cofradías del reino tenían su sede en la ciudad de Valencia, el resto repartida en poblaciones como, Xátiva; Alpuente, Castelfabib; Villarreal; Ademúz; Onda; Alzira; Morella; Concentaina, Alicante. Nos llama la atención la presencia de cofradías ubicadas en poblaciones comunicadas por el camino alternativo a Aragón por Teruel desde Valencia, (Alpuente, Castelfabib, Ademúz) lugares que

además disponían de espacios para la acogida y refugio de transeúntes, pobres y peregrinos.

No obstante ante la evidencia de las 54 cofradías registradas en la ciudad de Valencia en torno a 1329, como así nos informan Bofarull y de Sartorio (1876), no hemos encontrado entre sus actuaciones, la asistencia, cuidado y acogimiento de pobres, enfermos y peregrinos. Sin embargo, las cofradías existentes sí se les reconoce, como ya hemos citado, el “cuidado de los/sus enfermos”, cuando la enfermedad recae sobre el cofrade, “el acompañamiento y cuidado del enfermo, será atendido de forma rotatoria entre los cofrades, hasta que sanara o en su caso muriese”. En este mismo sentido lo ratifica Benítez (1998: 182) al enumerar las obligaciones que debían cumplir los cofrades.

Las cofradías en el Reino de Aragón durante la Edad Media van anejas a los gremios y frecuentemente les preceden aprovechando la función supletoria de la religión para burlar la oposición de la nobleza que recela de la agregación de los artesanos y labradores. En la diócesis de Teruel perteneciente al reino de Aragón, igualmente desde los tiempos del rey Jaime I, se constituyeron gremios y cofradías con diferentes objetivos fundacionales. En la ciudad de Teruel, por ser mayor el número de habitantes y también el de cofradías encontramos una mayor diversidad: hubieron cofradías hospitalarias, funerarias, para promover la castidad, etc. Las cofradías asistenciales podían tener su sede en los propios hospitales o eran propietarias de los mismos, por ejemplo la de Nuestra Señora de Villaspesa y San Juan de Teruel, la de la Sangre de Rubielos o la del Santo Hospital de Sarrión. Estos gremios y cofradías fueron regulados en las Cortes de Daroca en 1311. (Pérez Pérez, 2008: 166).

En las poblaciones ubicadas y pertenecientes en la actualidad a la comarca del Jiloca, no hemos encontrado referencias acerca de la existencia de cofradías en el período de nuestro estudio, aunque creemos que sí las hubo. La actualización de

los archivos llevada a cabo por Loraque y Benedicto (2006) nos ha permitido comprobar que las 107 Cofradías repartidas entre las poblaciones comprendidas en este espacio territorial, tienen un carácter religioso y/o vinculado a alguna festividad patronal, sin relación con la asistencia hospitalaria. Además las instituciones documentadas sitúan su fundación a partir del siglo XVI.

Las cofradías en la ciudad de Zaragoza tienen también su origen no más allá del siglo XIII, sus objetivos fundacionales se limitan a acciones de protección de los cofrades, así como los actos relativos a la organización de los entierros a la muerte de un miembro de la cofradía o el cuidado de cofrades enfermos con necesidad, entre otras labores benéfico-asistenciales. Destacar la participación de las cofradías zaragozanas en el apoyo a la iniciativa vecinal de impulsar la construcción del Hospital de Nuestra Señora de Gracia en 1425. También es de destacar la participación de las cofradías en la asistencia a los enfermos del hospital, en cumplimiento de sus ordenaciones, como es el caso de la Cofradía de los Santos Cosme, Damián y Valentín, de los barberos y cirujanos de Zaragoza:

1455, marzo, 7. E dizen que atendido que la dita confrayría ha tenido en devoción e tiene el Spital de los enfermos de la dita ciudat clamado de Sancta María de Gracia [...] han deliberado, placiendo a vuestra reyal maiestat [...] querrán prestar, de fazer ciertas ordenaciones. A.C.A. Cancillera, Reg. 3297, fols 35-35'

Podemos concluir que el papel de las cofradías en cuanto a la asistencia a pobres, enfermos y peregrinos, no fue relevante en esta época, tan solo el beneficio de la limosna pudo repercutir en los peregrinos, al ser habitual que los peregrinos compartieran además la pobreza. En definitiva, las cofradías durante la baja edad media, con su organización, protegieron a sus miembros cofrades y participaron activamente en la consolidación del desarrollo urbano y del mundo artesanal.

2.8 Los hospitales de la Beneficencia.

En palabras de Concepción Arenal, la historia de la Beneficencia empieza en nuestro país, como en todos, con la religión cristiana. Los primeros cristianos establecieron entre sí la más completa comunidad de bienes. Menciona que en las sagradas escrituras vemos los terribles castigos impuestos al que distraía la más mínima parte de su propiedad del fondo común: el rico dejaba su sobrante en favor del pobre que no tenía lo necesario. De igual manera, las iglesias se socorrían también mutuamente, acudiendo las más ricas a las más necesitadas, que a su vez y en mejores circunstancias pagaban la sagrada deuda. En este sentido en carta de san Pablo a los Corintios, dice:

“No que los otros hayan de tener alivio, y vosotros quedéis en estrechez, sino que haya igualdad. Al presente vuestra abundancia supla la indigencia de aquellos, para que la abundancia de aquellos sea también suplemento a vuestra indigencia, de manera que haya igualdad, como está escrito. Al que mucho, no le sobró; al que poco, no le faltó”

Con la reconquista y desplazamiento del dominio del Islam, el asentamiento de la religión cristiana contribuyó a la aparición de la Beneficencia, que volvió a ofrecer asilo al dolor y amparo a la desgracia. Se multiplicaron las fundaciones piadosas bajo diversas formas y con distintos objetos. Hospedar peregrinos, recoger transeúntes, proporcionar asilos a la ancianidad desvalida y socorros a la pobreza, asistir a los enfermos, cuidar a los convalecientes, dotar a las doncellas pobres, proporcionar medios de seguir la carrera eclesiástica a los que carecían de ellos y dotar escuelas, fueron las principales creaciones de la Beneficencia.

A veces el fundador de un hospital o de cualquier otro establecimiento benéfico legaba rentas con que pudiera sostenerse; otras confiaba su suerte a la caridad. Por patrono normalmente instituía al heredero de su nombre y de su fortuna, a un prelado, a ciertas dignidades de un cabildo, a la corporación, de una

comunidad. Según su razón o su capricho, establecía las reglas que habían de seguirse para la administración del establecimiento, para las personas que habían de ser admitidas en él y, lo que es aún más extraño, en ocasiones establecía los métodos curativos que debían adoptarse, si la fundación era de un hospital. Todo se hacía conforme a la opinión y voluntad del individuo, y llevaba el sello de su personalidad.

En el estudio de la pobreza por López Alonso (1986) encontramos referencias acerca de hospitales y hospicios creados para la atención de los pobres en la península. Entre estos ejemplos, el hospital de Santa María de Esgueva en Valladolid, fundado a principios del siglo XII por don Pedro Ansúrez y su mujer para “Acoger enfermos pobres naturales de la ciudad”, el Hospital de Sahagún, en el Camino de Santiago, fundado por los monjes de Cluny, San Antolín de Palencia, Santo Tomé de Astorga, la Capellanía de los enechados de Zamora, (esta atención al huérfano es propia de todo el Occidente europeo), en este sentido fueron numerosos los hospicios donde se recogía y daba asistencia a huérfanos y expósitos. Rubio (1984) habla de la existencia de tres hospitales básicos para la infancia en la Valencia del siglo XIV (sant Vicent, santa Llúcia y santa María); Barcelona contó con un hospicio específico desde 1370 y, en Sevilla, aparece la Cuna de los niños enechados a fines del XV. A estos hospitales eran conducidos los niños expósitos y los que quedaban sin madre durante la lactancia: El hospital encomendaba la alimentación a una nodriza ordinaria o concedía ayudas económicas a familiares del huérfano para que ellos se encargaran de la crianza, y superada la etapa de supervivencia, el centro abordaba el problema de su integración en la sociedad, de hacer del huérfano una persona útil y socialmente adaptada, impidiendo que su situación de soledad y desamparo le llevara a la mendicidad o a la delincuencia.

En cuanto a la relación de centros dedicados a la beneficencia, nos encontramos en el período comprendido entre los siglos XII y XVI, situados en

las ciudades y/o poblaciones de paso del Camino Real entre Valencia a Zaragoza, los siguientes: En la ciudad de Valencia, el hospital para pobres sacerdotes (1356), d'En Conill (1397) y d'En Bou (1399), en la cercana población de Murviedro (Sagunto) el Hospital de San Miguel (1367). En Teruel el hospital fundado por Magdalena de la Cañada (1333) y en Zaragoza el hospital de la Seo (1152) y el dedicado a la acogida de huérfanos (1543).

En el *Diccionario-Estadístico Histórico de España y sus Posesiones de Ultramar*, de Madoz (1845), hay una relación de hospitales, con escasas referencias fundacionales, pero sí nos induce a creer que en la edad media, la mayoría de las poblaciones disponían de un lugar, por precarias que fueran sus condiciones, para ofrecer refugio a quienes transitaban por los caminos en calidad de peregrinos, transeúntes y pobres. En concreto y para este período de estudio en la provincia de Teruel, las siguientes referencias corresponden a poblaciones no relacionadas directamente con el Camino Real de Valencia a Zaragoza, aunque su cita viene a enriquecer el concepto de hospitalidad arraigado entre la población en favor de transeúntes, peregrinos, pobres y enfermos, citamos como ejemplo el Hospital en Albarracín; del cual se ignora la fecha de constitución aunque se afirma que es de tiempos remotos, se sostenía de limosnas y se dedicaba a curar y asistir a pobres enfermos, también con la dedicación al hospedaje de pobres enfermos, cita Madoz, las poblaciones con presencia de instituciones hospitalarias como: Alcalá de la Selva, Hajar; Calanda, Mirambel, Camarillas, Cantavieja, Mosqueruela, Torre de Arcos, Mora, para la población de Aliaga, cita el año de fundación en 1220, aunque no hay referencias de sus fundadores. Y con la referencia de servir para la asistencia a enfermos y pobres, enumera los ubicados en las poblaciones de Bordón, Pancrudo, Peñarroya, La Iglesuela, Fortanete y Alcañiz.

Por lo expuesto consideramos que a lo largo de la historia, los hospitales han cambiado profundamente tanto en sus funciones asistenciales, como en su

forma de gobierno y patronazgo, aunque siempre han sido y son, ante todo, instituciones asistenciales.

La consecuente pobreza derivada de los problemas económicos, y la progresiva necesidad de asistencia sanitaria de la población, contribuyeron al impulso para la fundación de hospitales creados por el patronazgo de la Iglesia, por parte de nobles contribuyentes y por los propios Concejos. Pero una de las claves de todas estas prestaciones y cuidado a pobres, enfermos y peregrinos, en las instituciones hospitalarias fue quienes prestaron esa atención. Los monjes disponían de unos conocimientos adquiridos en diversas disciplinas y probablemente unos conocimientos transmitidos acerca de prácticas y artes sobre la sanación. El mantenimiento de la actividad hospitalaria requirió una presencia de personas que para algunas tareas debieron requerir de algún tipo de instrucción para su bien hacer. Hemos encontrado dificultades para definir las diferentes figuras que debieron prestar servicios en estas instituciones hospitalarias especialmente en la Baja Edad Media. No obstante, seguidamente abordaremos las cuestiones relacionadas acerca de quiénes se ocuparon de administrar los cuidados en los hospitales. Y desde la perspectiva y ambiente cristiano de la época, dar coherencia a la conceptualización de la salud y de la enfermedad y el paralelismo con la evolución de los hospitales.

Capítulo 3

EL PERSONAL SANITARIO

3.1. Las enfermerías monásticas.

Argumentar la presencia de cuidadores en los hospitales medievales, es una de las partes que pretendemos defender en nuestro trabajo. Desde nuestra vertiente profesional, creemos en la figura del “cuidador/a” por excelencia, que es y ha sido, a lo largo de la historia, la enfermera/o, aunque en ocasiones bajo representaciones difíciles de identificar y de establecer el paralelismo con figuras actuales. Entre la documentación que manejamos, estas representaciones aparecen documentadas en pocas ocasiones y en relación, en todo caso, con órdenes religiosas o pertenecientes a niveles jerárquicos del clero. Estas figuras con el paso del tiempo van a ir consolidando su presencia y reconocimiento, en cuanto a su denominación profesional, que se hará patente en el proceso de unificación de los hospitales en las primeras décadas del siglo XVI, y no únicamente en la ciudad de Valencia, sino que va a verse reflejado en las grandes ciudades y en poblaciones ubicadas a lo largo de las rutas principales de comunicación. Es en este período de la Baja Edad Media cuando se evidencia la necesidad de un personal dedicado a la prestación de cuidados a enfermos debidos fundamentalmente al incremento de hospitales laicos cuya fundación se produce en la época.

Las dificultades de acceso documental nos hacen tratar de definir el perfil del profesional sanitario/cuidador de esta época a través de referencias indirectas de otras instituciones no ubicadas en nuestra ruta, aunque su estrecha relación temporal y espacial con unas normas sociales, políticas y culturales de la época, nos hacen pensar que estos perfiles podrían ser extensibles al conjunto de la comunidad de referencia.

En la planificación de los monasterios medievales se tuvieron en cuenta y señalaron claramente los espacios y las distintas dependencias que las reglas monásticas exigían contemplar, entre ellas, las dedicadas a la acogida de

enfermos, pobres y peregrinos con las particiones de las enfermerías dedicadas a los cuidados de hombres y mujeres. En la Regla de San Isidoro de Sevilla se percibe un interés por curar y aliviar a los enfermos, práctica que se iba a desarrollar desde la propia organización interna del monasterio. Para García y otros (2005: 71) en la organización monacal los cuidados de los miembros de la comunidad están contemplados:

“Naturalmente aquí tienen especial presencia los cuidados que, desde la realidad del monacato en la Hispania del siglo VII, desarrollaban los monjes que tenían una dedicación especial y concreta, y era, tratar los problemas de la salud. De hecho, estas dedicaciones especiales son nombradas de forma expresa, como si de un oficio se tratara en las normas de la regla isidoriana, con referencias a actividades de portero, despensero, hortelano, abad, prepósito, enfermero...”

San Isidoro ordenaba que los candidatos a ingresar en el monacato, aparte de la previa distribución de sus bienes a los pobres o donación al monasterio, debieran de ser destinados durante tres meses a la enfermería del monasterio, tiempo que permitía valorar su aptitud para la vida religiosa y su capacidad de sacrificio (Linaje Conde, 1970)

Sería muy fácil establecer que quien prestaba sus servicios en las enfermerías era la enfermera/o, con la simpleza de extender el concepto de que quien ejerce una profesión es un profesional, lógicamente, estableciendo diferentes niveles de pericia, experiencia y responsabilidad, pero es evidente que personas laicas o vinculadas a una orden religiosa cumplían estos cometidos relacionados con el cuidado y la atención a los enfermos. Viñayo (1992) en el estudio de la hospitalidad monástica, nos refiere la dedicación de un capítulo inserto en la Regla de San Isidoro de Sevilla (550-633), para describir como tratar a los monjes enfermos y más concretamente se establecen las características humanas que debía reunir el monje encargado de aplicar cuidados a los enfermos, lo que nos parece un documento importante por su datación. Disponemos de otras referencias que recogen ese mismo espíritu acerca de las cualidades del cuidador,

en el capítulo XXII de los monjes de la Regla de San Isidoro, se establece lo siguiente:

El cuidado de los enfermos ha de ponerse en manos de un monje sano y de vida observante, que pueda dedicar toda su solicitud a los enfermos y cumpla con la mayor diligencia todo lo que le exija la enfermedad. (Citado en García García, 2005: 72).

En este mismo sentido, el profesor Ubieto (1972) en la traducción de las reglas de las monjas del monasterio de Sigena confirmadas en octubre de 1188, se señala concretamente las instrucciones que deben seguir las monjas enfermas.

*“Cum quelibet infirmatur non deseret conventum nisi iussu priorisse set si potent debet expectare capitulum. Si vero grave detineatur infirmitate non prestolabitur capitulum. Infirmararia faciat defferri ad infirmarium lectum et iaceat et comedat cum ea si necesse fuerit. In eadem domo famula infirmarari e serviat ei die et nocte”.*¹

Cardoner i Planas (1973) define la asistencia sanitaria a enfermos, pobres y desvalidos, como una actividad propia del cristianismo. En los monasterios y catedrales de la Corona de Aragón se practicaba frecuentemente por parte de frailes y canónigos, que sin ocupar lugar señalado en la jerarquía monástica veían reconocidas sus aptitudes por la denominación de *hospitaler* o enfermero.²

En el estudio histórico de la Santa Capilla del Pilar, Lasagabáster (1999: 59) describe la organización de los canónigos regulares de san Agustín, comunidad de clérigos adscrita a la Colegiata de Santa María desde 1138, la denominación de “enfermero” así como las tareas a él asignadas: “debía

¹ “Cuando alguna caiga enferma, no abandone el convento, sin el permiso de la priora, aunque si es posible ha de esperar al capítulo. Pero si la enfermedad es grave, no es preciso esperar al capítulo. La enfermera haga que sea trasladada a una cama de la enfermería y duerma y coma con ella si fuera preciso. En la misma casa la atiende la sirvienta de la enfermería tanto por día como por la noche”.

² “Cartulario de Sant Cugat”, publicado por Mn. J. Rius. T III, doc. 1.225: Testament sacramental en 1205 d’Elisenda d’Alcarrás, en el qual firma un “Raimundus prebister infirmorum”; doc. 1.385: Sentencia de un plet del monestir contra el bisbe i capítol de Tortosa, en la qual firma un “P. de Podio hospitalarius”; Aquelles institucions tenien horts annexes en els quals es conraven les herbes que els hospitaler o infermers feien servir per a confeccionar les medicines que administraven als malalts.

proporcionar a los enfermos tanto canónigos como criados todo lo necesario” y en este “todo lo necesario” debemos entender la atención integral a las necesidades de los enfermos, así como los cuidados correspondientes.

En los registros manuscritos del Maestro Espés conservados en la Biblioteca de la Seo y que Lacarra, Beltrán y Canellas (1976: 248) incluyen calificándolo como referencia a “*noticias curiosas*”, podemos encontrar el siguiente registro u evidencia escrita, que parece adecuada a nuestros objetivos y que hace mención a la Enfermería de la Seo de Zaragoza³. Referencia que transcribimos ya que nos parece de vital interés en el desarrollo histórico de la profesión y en la que se detalla parte de las tareas que hay que proporcionar a los enfermos, además de especificar la satisfacción dineraria reconocida al enfermero por su trabajo (ver anexo 1).

“En 1231 dispuso el Obispo Sancho de Ahones, que el enfermero reciba por enfermo doce dineros, mas cinco sueldos para medicinas, proporcionará luz, escudillas, toallas, leña, agua, sal, ollas, facilitará a los enfermos ciertos frutos como almendras, manzanas, granadas, ciruelas, así como luz para la noche; se encargará de administrar lo dispuesto por el médico, se llaman los medicamentos en boga “violeta, rosata, acetosum...” y a los convalecientes administrará, pollos, perdices o gallinas. Mientras está enfermo el canónigo, su ración la percibe el enfermero que proporciona lecho en la enfermería menos el escaño, y ha de cambiar la ropa cada ocho días, y el enfermo abona por su limpieza al enfermero veinte sueldos”.

Es probable que esta referencia, junto con la anterior cita referida a las reglas del monasterio de Sigena, constituyan los registros escritos más antiguos en donde aparece el término enfermero en un contexto asistencial y que curiosamente en ambos casos se identifican con las Enfermerías.

Las dificultades para definir quienes prestaron atención sanitaria a la población nos hacen pensar en la necesidad de incorporar y reconocer actividades sanitarias realizadas por “cuidadores o sanitarios no descritos”. El silencio documental acerca de su presencia no debería impedirnos reconocer la necesidad

³ Archivo Biblioteca capitular de la Seo de Zaragoza.

de la existencia de quienes prestaban cuidados directos al enfermo, a los pobres o acogían a peregrinos. Se les atendía en las incipientes y en muchas ocasiones precarias instituciones hospitalarias, que la situación social de la época propició, especialmente, en aquellos lugares en los que el tránsito de personas, las enfermedades, la situación económica y la pobreza así lo demandaban.

En la búsqueda de estudios relacionados con la actividad sanitaria en la Baja Edad Media, afirmamos con Ferragud (2007: 48) que al estudiar las ocupaciones de los oficios relacionados con la salud:

“No resulta sencillo describir y delimitar con precisión el conjunto de oficios y profesiones destinados a realizar todas las actividades sanitarias durante la Baja Edad Media, ya que las nomenclaturas son diversas y los perfiles de actuación poco precisos”.

Somos partícipes de la complejidad de reseñar, relacionar y ubicar todas las actividades en relación con la asistencia y la práctica sanitaria existentes en la época y, al mismo tiempo, reconocidos.

Tey (1994) en su estudio acerca de lo que pudo ser la Enfermería Medieval, nos refiere la situación de las personas que atendían directamente a los enfermos, en el Hospital d'En Colom (Barcelona), por el año 1375. Define a quienes se encargaban del cuidado de los enfermos como un “personal desdibujado”, calificativo que compartimos, pues es evidente que algunas personas se dedicaban a estas tareas, de las que, sin embargo, no hemos encontrado correspondencia documental común para ellas.

3.2 La figura del hospitalero en los hospitales medievales

Una figura que aparece de forma reiterada en los hospitales medievales es la del *hospitalero/a* –*hospitalarius*–, la cual tenía cierta afinidad con algunas de las actividades que llevan a cabo las actuales enfermeras. Como ejemplo, Rubio

(1984:109) recoge las tareas y servicios que ejercían estos cuidadores en el hospital de En Clapers y procede a la descripción de la estructura organizativa de este hospital, de la ciudad de Valencia, fundado en el siglo XIV. En esta descripción se le asigna jerárquicamente a la figura del *Hospitalero/a* – *hospitalarius*– un tercer nivel en términos de responsabilidad siendo uno de los cargos mejor perfilados de cuantos se instituyeran en este hospital. Se trata de una figura ubicada por el fundador de esta institución como clave del esquema organizativo, su elección debía de recaer sobre una persona de confianza elegida por los *jurats* de la ciudad de Valencia y además de tener la obligación de residir en el hospital, tenía que asumir la responsabilidad directa de su gobierno interior, la administración de sus rentas y de que los enfermos acogidos, para que recibiesen tratamiento adecuado en todas sus necesidades. Esta organización, a pesar de los siglos transcurridos, demuestra una viabilidad, pues en la actualidad, si se procediera a profesionalizar a esta figura, aunque manteniendo todas las salvaguardas posibles, podríamos hacer una pirueta intelectual y establecer un paralelismo trasladando la figura del hospitalero con sus tareas y algunas del administrador a la figura de la supervisora de planta, siendo el resto del personal de entonces el actual personal de enfermería, es decir: los enfermeros/as y el personal auxiliar y la prestación de cuidados a los enfermos.

Continuando con las aportaciones y el análisis de la estructura organizativa del Hospital de En Clapers, Rubio (1984: 111) menciona cómo evolucionan en el tiempo las responsabilidades y tareas asignadas a la figura del hospitalero. Para ello el consejo de gobierno municipal incorpora la figura del procurador para la colecta de los censos, liberando de tareas al administrador y este indirectamente al hospitalero, con el objetivo de redistribuir las cargas de trabajo, de mejorar y aquilatar las tareas en la atención a los enfermos, recayendo en el hospitalero y su

esposa⁴ la responsabilidad directa de la gestión hospitalaria y cuidado de los enfermos, transformándose así el hospitalero en una figura previa a la del hospitalero-administrador.

La figura del hospitalero/a, también viene referenciada por Rodrigo Pertegás (1927) en la descripción de los hospitales valencianos en la baja Edad Media. Este autor menciona la subordinación de las funciones del hospitalero a la autoridad del Administrador, Procurador y Scriva, citándolo con el nombre de Spitaler,

“[...] al Spitaler correspondía, además, atender directamente al aseo de los asilados y a la limpieza y buen orden y policía de las dependencias de la casa; intervenir y cuidar de la alimentación y asistencia de los asilados sanos y de los enfermos, de los párvulos y de los expósitos, para todo lo cual contaba con el necesario número de ayudantes y subordinados de ambos sexos, especializados tal vez para cada servicio [...] la naturaleza de los servicios que el Spitaler había de prestar, era reglamentaria la condición de que fuera casado, pues a la mujer de este funcionario correspondía particularmente recibir y atender a las enfermas, acoger a los expósitos, procurarles nodrizas y atenderles en todas sus necesidades, [...] para poder cumplir con puntualidad todos sus deberes tenía la obligación ineludible de residir con su familia en el mismo hospital”.

Podríamos ubicar estas tareas del spitaler (hospitalero), hoy entre las responsabilidades de la profesión de enfermera, puesto que la administración y control de los servicios de Enfermería corresponde a este citado profesional.

En opinión de Molina (2005: 347) los enfermeros medievales cubrieron las necesidades de enfermos y peregrinos. El valor social que otorgó el cristianismo a los cuidados no se basó en el conocimiento de un saber, sino exclusivamente en el “sentido de ayuda, de caridad y de vocación”, como instrumento de salvación, anteponiendo las necesidades humanas espirituales a las físicas, psíquicas y

⁴ La mujer en este período bajo medieval, tiene reconocidos roles relacionados con la administración de hospitales y la hospitalidad ejerciendo tareas de cuidado y vinculada como esposa con el hospitalero, recibiendo la denominación de hospitalera.

sociales: curar el alma y no el cuerpo, plasmando un concepto de salud ligado a la intervención divina y asignando el rol vocacional a la enfermería.

En lo que respecta a figuras dependientes del hospitalero/a para la atención directa de los enfermos se cita a las sirvientas/es. En la descripción del organigrama del hospital d'En Clapers, Rubio (1984: 116) cita la servidumbre como personas que desempeñaban tareas modestas para el hospital y que fundamentalmente resume en: recaudación de rentas; servicios domésticos y de vigilancia o cuidado de enfermos y la lactancia de niños. Rubio afirma que el costo de todo este personal suponía una cuarta parte del total de gastos del establecimiento, lo que nos hace pensar que sería un número considerable si tenemos en cuenta los bajos salarios y que el personal eran mayoritariamente mujeres.

3.3 La mujer entre el personal sanitario de los hospitales medievales.

Rodrigo Pertegás (1927: 14) describe bajo el epígrafe de “Otros cargos subalternos” considerándolos necesarios para el funcionamiento del hospital y del cumplimiento de los deberes de los funcionarios administrativos; para este grupo de personal, cita e incluye al *acaptador* como ayudante de los procuradores. Para el servicio interior de todos los hospitales, comenta que había suficiente número de personal de ambos sexos denominados “servicials”, contratados para el cuidado de los enfermos y un número de criadas, o tal vez esclavas, adscritas a los necesarios menesteres de la cocina, lavado de ropas, baldeo y aseo de los diversos departamentos del hospital, por lo que de alguna manera establece diferentes niveles de atención y de servicios. Este personal probablemente podría haber sido objeto de contrataciones como parte de la mano de obra inmigratoria procedente del interior de las zonas fronterizas con Aragón. García Herrero (2006: 185) al estudiar los oficios realizados por mujeres en Teruel durante la época bajomedieval, afirma que trabajaban en casi todos los menesteres. Para el caso de

las sirvientas dice, "...que muchas familias aldeanas ponían a servir a sus hijas en Teruel liberándose de una boca a la que alimentar..." continúa diciendo que esta circunstancia también se reproduce en Valencia con "familias que buscaron mejor suerte para sus hijas buscando casas donde servir". Esta actividad de servir la mencionamos a propósito de las figuras de sirvientes y sirvientas que aparecen al servicio de los hospitales y dependientes del hospitalero.

Apoyándonos en el análisis de las actividades laborales femeninas durante la Edad Media, García Herrero (2006: 188) afirma que:

"Muchas mujeres trabajaron en los hospitales y otras atendieron a los enfermos y enfermas acogiéndoles en sus hogares o desplazándose para cuidarles en sus domicilios"

Parece lógico ubicar la presencia de las mujeres prestando servicios como sirvientas en los hospitales, para la atención y cuidado de los enfermos, dependiendo del hospitalero/a, pese a las restricciones que padecían las mujeres para la práctica de ciertos oficios relacionados con la salud durante la Edad Media.

Las actividades llevadas a cabo por los *sirvientes/as* no eran para todos las mismas. Los hombres se ocupaban, por lo general, de la limpieza y atención de la enfermería masculina, así como de la compra y transporte de alimentos y de otros productos para el hospital; ocasionalmente cuidaban también de los huertos. Las mujeres; por su parte, tenían una gama de trabajos mucho más amplia y variada, que iba desde la vigilancia y aseo de la enfermería femenina hasta la elaboración de la comida, amasado del pan, lavado de las ropas y demás enseres, etc.

La función de la mujer como cuidadora queda reflejada en la gestión directa de la hospitalidad, bien como fundadora o asistiendo directamente al cuidado de los peregrinos. Según Sanz (2001) a lo largo de la historia del Camino de Santiago la función de cuidar ha sido un elemento social vertebrador y que

nosotros tratamos de identificar en nuestro trabajo dada la presencia, por un lado de peregrinos, pobres y enfermos, figuras necesitadas de cuidados que se encuentran arrojadas en muchos casos bajo la misma definición, y por otro, los hospitales y centros de acogida en los que se propicia el cuidado y que se ubicaban a lo largo de los caminos de comunicación, en donde la mujer aparece constantemente vinculada a las tareas de cuidado en los hospitales de la Corona de Aragón.

En la ciudad de Burgos, una ciudad que no corresponde al ámbito geográfico de la Corona de Aragón, Martínez García (1981) afirma que había más de treinta hospitales. En esta ciudad, en 1195, Alfonso VIII fundó el Hospital del Rey, una institución de gran importancia asistencial dedicada al cuidado de peregrinos y enfermos pobres, bajo la jurisdicción y gobierno de la Abadesa de las Huelgas. Sánchez (1999: 68) nos enumera los oficios que llevaban a cabo estas religiosas para el cuidado de los enfermos y peregrinos mencionando: “la enfermera de los varones, la enfermera de las mujeres y la hospedera de mujeres”, todo ello recogido en los Estatutos que este Hospital disponía. A poco que realicemos una extrapolación en el tiempo y efectuemos los cálculos, nos aproximaremos a la valoración de las necesidades que pudo demandar esta población nosocomial. Deduciremos que la atención necesaria en estas instituciones y para esta ciudad debió requerir de un número importante de personas, especialmente dedicadas al servicio y al cuidado de los enfermos y necesitados.

En su estudio sobre la prestación de cuidados, Saiz Puentes (2004) afirma que se ejercían a favor de los pobres, enfermos y peregrinos en la ciudad de Burgos (1085-1645) y resume que los cuidados que se administraron en estos hospitales, casi sin variación desde el siglo XI al XVII, se concretaban en los siguientes: “acogida de peregrinos y enfermos, limpieza del hospital, hacer las camas, alimentación, eliminación de fluidos, higiene y prevención, seguridad, asistencia espiritual, etc.”

En un estudio acerca de las tareas femeninas en la Baja Edad Media en la población de Teruel, García Herrero (2006) dedicó un apartado especial a las mujeres que cuidaban de los cuerpos enfermos considerando de manera especial entre ellas a las parteras y sanadoras, además de otras actividades que las mujeres desempeñaron en esta época. Mujeres que eran buenas conocedoras de los remedios para preservar la salud y los recursos para restablecerla, tanto naturales como elaborados. No sólo la reproducción y el parto estaban en manos casi exclusivamente femeninas hasta bien entrado el siglo XVI, sino que otras tareas vinculadas a las hoy profesiones sanitarias eran realizadas por ellas.

Cabré (2005) afirma que muchas trabajaron en los hospitales y otras atendieron y acogieron a los enfermos y enfermas en sus hogares o desplazándose para proporcionarles cuidados. No es raro que en los testamentos se fijen legados que premien esta dedicación, tal como ocurrió el 12 de noviembre de 1424 en Vallistar, en donde Benita mujer del calderero Juan Sánchez dictaba su última voluntad encontrándose muy enferma. Benita explicaba como García Millán y su mujer, Francisca, la habían mantenido en su casa desde el 1 de agosto hasta la fecha de la redacción del testamento, y en ese tiempo, “*han fecho muchos e innumerables plazerres e servicios*” por eso justo era que fuesen remunerados, (AHPT 1424, ff 97v 98, 12 noviembre).

Otra de las figuras femeninas existentes en la Edad Media relacionada con la salud fue la partera, todo aquello que rodea el escenario del parto les estaba absolutamente reservado a las matronas (madrines o llevadores). Las que toman del suelo al recién nacido, harán aquella delicada y especial tarea de ayudar a parir, hasta que los hombres les irán usurpando progresivamente este lugar a medida que avanza la época moderna. Discrepamos de las afirmaciones de Martínez Crespo (1994) que plantea el hecho de que los hombres no “pudieran” examinar a la mujer que padeciera

una enfermedad propia del sexo femenino hizo que la mujer tuviera que ejercer esta función fundamental. Afirmación que es totalmente inadecuada para la época, pues la mujer había llevado a cabo estas actividades desde siempre. Por otro lado, no podemos olvidar que las mujeres serían las primeras en detectar e intervenir en las necesidades de los enfermos de la casa. Paralelamente, la mujer conocía numerosos remedios para resolver los problemas de salud más comunes en el espacio doméstico. Las mujeres de clases privilegiadas se servían incluso de manuales y recetarios, que eran tratados prácticos de las actividades que tenían que llevar a cabo las mujeres de alto rango en el ámbito familiar. Estos cuadernos caseros constituían un compendio de experiencia y sabiduría popular.

3.4. Referencias en la literatura popular valenciana al oficio de enfermero.

Las enfermerías monásticas de la Edad Media, configuraron el espacio físico donde se atendieron a los necesitados, estableciendo las divisiones para hombres y mujeres, conjuntamente con la segregación de la propia enfermería al servicio de la comunidad religiosa. Pensamos que establece el lugar donde se prestaban los cuidados por parte de personas probablemente voluntarias y adiestradas por los mismos religiosos, situación que se vería probablemente estimulada cuando durante los siglos XIV y XV se produjo el aumento del número de hospitales propiciados por la intervención privada y municipal.

Cerveró (1987), en una recopilación de citas y autores nos proporciona otro argumento, en este caso basado en la literatura valenciana del siglo XVI, mediante el cual nos pone de manifiesto la presencia de la figura del enfermero/a en la época final del transcurso de nuestro estudio.

“L’ofici d’infermer no devia ser una ocupació tècnica, sinó més aviat un servei d’ajuda personal al malalt, sense cap tret de coneixements mèdics específics” (Cerveró, 1987: 253).

En esta cita datada en época posterior a nuestro estudio, se menciona el oficio del enfermero vinculándolo a las tareas de ayuda al enfermo y sin conocimientos médicos específicos, es probable que apoyara el comentario por diferenciar el autor entre quien se dedicaba al cuidado del enfermo y quien acudía a pié de cama a realizar algún procedimiento tipo sangría,

Añade Cerveró dos citas en las que aparece la figura del enfermero, una para referirse a la actitud que demuestra en el trato de una persona a otras, “...apareixen aquest personatges en la literatura valenciana cinccentista. Una vegada per a referir l’actitud d’atenció d’un individu envers un altre...”.

“Dixo, qual verdadero religioso / Con tu licencia yo de Armero quiero / Ser para el cuerpo y alma el enfermero...” Virués (1587), Monserrate, p 148 “

La otra cita, tiene como uno de los protagonistas a un chico que trabaja de enfermero en el Hospital General de Valencia al servicio de los enfermos.

Anà al Espital e procurà de ferli dur metzines en lo llit, de que prengué unes peres enmetzinades y donales a un chich del Espital dels que servien los malalts...” Sória (1503-1559), Dietari pp. 216-217.

Para concluir, debemos reconocer que aunque estas citas hacen referencia a un período posterior al de nuestro trabajo, transcurren en los años finales de la Baja Edad Media. De alguna manera estas aportaciones nos aproximan a lo que pudo ser la percepción que la población tendría acerca de este personal en los hospitales, a los que identifican como practicantes de un oficio, próximos al paciente y realizando tareas propias de enfermero/a.

Capítulo 4

HISTORIA DE LOS CAMINOS

Los conocidos versos de Machado, parte de su belleza expresiva y de su significado metafórico, definen en pocas palabras cómo eran los caminos primitivos en todas las culturas.

Caminante, son tus huellas
el camino y nada más;
caminante, no hay camino,
se hace camino al andar.
[...]
Caminante no hay camino
sino estelas en la mar...

De acuerdo con el diccionario, un camino por tierra, en su forma más sencilla, no es sino tierra hollada por la que se transita y, si se habla del mar o de un río, un camino es simplemente la franja de agua por donde se navega de un lugar a otro. Desde sus orígenes, la humanidad ha venido caminando a lo largo del tiempo y buscando el alimento, la caza, la tierra, el santuario, el solar, la riqueza, el progreso, la salud o simplemente la aventura. Los caminos ordenan y comunican el territorio, constituyendo ejes que sugieren y dirigen la ocupación del espacio. Pero la realidad es que el espacio en cierto modo está vertebrado y organizado antes de que el caminante camine. El marco topográfico irregular y de forma natural compartimentado, posibilita la creación de un escenario natural que se representa en conjunto con el trazado de las principales vías de comunicación.

4.1 Los caminos en la Antigüedad

Los hombres del Paleolítico seguían los rastros de los animales para cazarlos y alimentarse, estableciendo los primeros caminos por los que se trasladaban de un lugar a otro. Cuando sus costumbres se hicieron sedentarias, en el Neolítico, otros caminos les permitieron relacionarse con sus vecinos en los inicios de un rudimentario comercio de intercambio. Las redes comerciales de

etruscos, fenicios y cartagineses se incrementaron, utilizando también vías fluviales y rutas marítimas.

Al principio del primer milenio antes de Cristo ocurrió un suceso importante: fenicios y griegos, en su expansión por el Mediterráneo, llegaron a la península. Lo hicieron por vía marítima desde zonas más desarrolladas económica y culturalmente. Los fenicios establecieron sus colonias en el área de Gibraltar y, sobre todo, en Cádiz, ciudad que se estima llega a tener 4.000 habitantes hacia el siglo V a. C. En el año 586 a. C. los Tartessos se establecieron en la cuenca del Guadalquivir, iniciándose un floreciente comercio marítimo entre la península Ibérica con Cartago y el oriente próximo, mientras los griegos fundaban su primera colonia en Ampurias.

La llegada de los griegos dio lugar a la aparición de la cultura autóctona ibérica, que pervivió desde los siglos V y IV a. C. En el norte y noroeste, mientras tanto, los pueblos llamados celtas, alejados de la civilización mediterránea, se encontraban en un nivel de desarrollo diferente. Pertenecían a la tradición indoeuropea y eran los galaicos, astures y cántabros. Entre los pueblos celtas y los íberos del valle del Ebro, habitaba otro pueblo de origen mal conocido, los vascones.

Durante el siglo III antes de Cristo, llegaron a la Península Ibérica los cartagineses y romanos produciéndose cambios importantes en la distribución territorial existente hasta el momento y afectando de una de manera particular a los caminos. Caminos que hasta entonces permanecían ocultos y difuminados, comenzaron a adquirir contornos precisos que nos permiten que los contemplemos, incluso en la actualidad.

La ruta de comunicación más antigua de la península, es la vía Hercúlea, o Heráclea que data del año 218 a. C antecedente inmediato de la vía Augusta, que

el emperador Augusto (27 a. C a 14 d. C) ordenó rehabilitar y le dio nombre, una vía que previamente había sido utilizada por los cartagineses para facilitar la expedición de Aníbal a Italia. Durante el proceso de romanización de la península Ibérica, Quinto Sertorio (82 - 72 a. C.) utilizó caminos y sendas naturales para moverse por el interior peninsular, algunos de los cuales se convertirían más tarde en la vía de la Plata y en las rutas fluviales del Ebro y del Guadalquivir. En los primeros tiempos de la romanización de la península fue utilizada durante las guerras púnicas y posteriormente para el comercio mediterráneo. Una vía que discurre a lo largo de la costa oriental de la península ibérica, desde Cádiz hasta los Pirineos y cuya descripción han estudiado García y Bellido (1983: 14-142). A partir de Estrabón:

“[...] lo que va desde los extremos del Pyrene hasta los Exvotos de Pompeios, lugar por donde pasa la vía que llaman exterior y que va desde Italia a Iberia [...] va a Tarrakón (Tarragona) [...]va a paso del Iber (Ebro), en la ciudad de Dertossa (Tortosa); de aquí, por la ciudad de Sagountón (Sagunto) y la de Saetabis (Játiva), apártase paulatinamente de la costa, llegando luego al llamado Spartarion Pedion (Campo Espartárico), un gran campo sin agua, [...]para seguir de allí el rumbo de Kordyba (Córdoba) y Gadeira (Cádiz), que son dos de los mayores centros comerciales”

4.2 Los itinerarios romanos en la Península Ibérica.

Como indica Domínguez Monedero (1984), la red imperial de calzadas concebida en tiempos de César Augusto constituyó la infraestructura básica para la vida política, económica y cultural. Las calzadas, utilizadas inicialmente para facilitar el avance de las legiones romanas, sirvieron pronto para fines administrativos y comerciales. Mientras que las calzadas principales eran financiadas por el Estado, las secundarias se costeaban por los municipios afectados. A lo largo de las calzadas, cada 20 o 25 millas romanas, se construían mansiones, lugares para descanso y cambio de caballerías.

El cruce de los ríos fue siempre un serio obstáculo para el tránsito de los ejércitos, el paso de viajeros, el transporte de mercancías y el traslado de ganados,

constituyendo puntos clave en las vías de comunicación. Su paso se resolvía mediante puentes, barcas, o, cuando la profundidad y el caudal lo permitía, utilizando vados. La construcción de grandes puentes de piedra en los ríos más caudalosos, o puentecillos en ríos menores, o atarjeas para salvar pequeños cauces, comportaba una serie de trabajos previos que iban desde la obtención de los materiales necesarios, hasta su transporte al lugar de la obra por los caminos entonces existentes.

Entre los documentos que aportan datos sobre la red de calzadas existentes en tiempos del Imperio Romano el más conocido es el *Itinerarium provinciarum Antonini Augusti*, conocido como el *Itinerario de Antonino*, datado en el año 280 d. C., de autor desconocido. Recoge las 372 rutas más importantes desde Roma a los puntos más alejados del Imperio, consignando las mansiones existentes y las distancias entre ellas, totalizando 80.000 kms. De estas vías, 34¹ correspondían a la península ibérica, con 10.300 kilómetros de longitud, cifra que perdurará como red básica de caminos de nuestra geografía hasta la Edad Media. (Blázquez, 1892). Por otro lado, el *Anónimo de Ravenna* en su libro IV, cita cinco caminos, uno de ellos, sale de Zaragoza y va a Sagunto, según texto de un cosmógrafo cristiano del siglo VII, traducido por Lérica Lafarga (2009) (ver anexo 2). Otro tratado de caminos lo fue la Tabula Peutingeriana, es un mapa que describe el itinerario más antiguo del mundo romano. Tiene una longitud de 680 m. por 33 cm. de altura. Ha sido estudiado por Monge y Gironés (2003) y reproducido por Moreno Gallo (2005). En el fragmento (anexo 3) se muestra la ciudad de *Cesaraugusta*, *Saguntum* y *Valentia*.

En opinión de Sarasa (1999) desde la Antigüedad al Medieval, la invitación al viaje ha constituido para muchos una tentación irresistible; sin embargo la Edad

¹ De la consulta de los mapas marcados con los trazados de estas vías, queremos destacar la existencia de un itinerario que unía la ciudad de *Cesaraugusta* (Zaragoza) con *Saguntum* (Sagunto) que enlazaba con la antigua vía Heráclea que comunicaba con la ciudad de *Valentia* (Valencia).

Media es la época del pasado de Europa que más viajes y viajeros conoció. Cruzados y peregrinos conforman acaso el paradigma de los viajeros medievales y las crónicas de cruzadas, o las guías del peregrino a Santiago de Compostela, representan dos ejemplos de lo que, en la actualidad, se denominarían guías de viaje. En el estudio sobre los aragoneses y el Camino de Santiago en la Edad Media, Iranzo (2005) afirma que no es del todo cierto que los caminos medievales heredaban los trazados y usos de las calzadas romanas. Esta opinión, se ha hecho extensiva a los caminos de la región aragonesa, donde se han llevado a cabo excelentes estudios sobre la caminería romana, apoyados en las modernas técnicas de prospección arqueológica. De los resultados de estos estudios se propone que tal herencia en la continuidad de los mismos caminos no pueda tomarse al pie de la letra.

“Dado que el objetivo de un camino es poner en contacto lugares, ofreciendo acceso seguro a viajeros y mercancías, hay que considerar que el doblamiento medieval, en especial a partir del siglo X, varió sustancialmente los anteriores esquemas de distribución de la población, y una nueva red de caminos sustituyó a la precedente” (Iranzo Muñio y otros, 2005: 86).

Los caminos romanos se diferencian esencialmente de los medievales por la amplitud de su perspectiva, ya que en estos últimos su objetivo se reduce geográficamente. Lejos de aspirar a desplazar viajeros y soldados a través de largas distancias, las sendas medievales unían poblaciones cercanas; de este modo, las rutas se configuraban por adición de tramos sucesivos.

Las invasiones germánicas de suevos, vándalos, alanos y visigodos, por el año 406 y siguientes, pusieron fin al imperio romano. Estos nuevos pobladores no consideraron prioritario la ampliación y conservación de los caminos, iniciándose el deterioro y ruina de la red de calzadas construidas por los romanos, lo que daría lugar a un progresivo aislamiento de los núcleos de población hasta entonces comunicados. En la Península Ibérica, los centros políticos se desplazaron a Toledo y Sevilla como consecuencia de la ocupación islámica. En la construcción de nuevas vías se abandonaron los criterios utilizados en la construcción de las

calzadas romanas, pero se inició la restauración de las existentes, en especial los puentes, piezas clave para las comunicaciones

4.3 Aportaciones de los árabes a los itinerarios romanos.

Los árabes desembarcaron en la Península Ibérica en los años 711 (Tarik) y 712 (Muza) derrotando a los visigodos e iniciando la conquista de la Península Ibérica mediante rápidas incursiones, que harían, probablemente, aprovechando los restos de la antigua infraestructura viaria romana. En el año 718 se supone fueron derrotados por Pelayo en la batalla de Covadonga, comenzando una larga etapa de reconquista que duraría hasta finales del siglo XV. Hacia el 750, con objeto de dificultar el avance de los árabes, Alfonso I arrasó y despobló las tierras al norte del río Duero, creando así un vacío entre su reino y las tierras dominadas por los musulmanes, llegando a constituir una zona tan desolada que, durante años, recibiría el apelativo de "desierto del Duero".

Los árabes contribuyeron a la mejora y consolidación de una buena red de comunicaciones cuyas vías, denominadas arrecifes (como el de Córdoba a Medina Azahara), estaban organizadas en etapas con lugares para descansar o pernoctar cada cierto número de kilómetros. Los caminos de Al-Ándalus se concentraron en torno a las ciudades de Toledo, Zaragoza y Córdoba, esta última considerada entonces la capital política. Se realizaron importantes reparaciones de algunos puentes existentes y se construyeron algunos nuevos, para salvar el curso de los ríos que cruzan por poblaciones como Córdoba, Toledo y Zaragoza.

Al igual que en otras culturas hubo interés por representar la situación de los caminos y de las ciudades generándose los denominados "*Libros de los caminos*". En el trabajo que realizó Alemany (1919), basándose en los catorce itinerarios de Al-Istajari en territorios de Al-Ándalus, se describen los principales itinerarios, así como las aportaciones que se desprenden de los once itinerarios

descritos por Ibn Hawqal, contemporáneo de Abderrahman III (siglo X). Los musulmanes españoles utilizaron en algunas ocasiones las calzadas romanas tal como las encontraron a su llegada, otras veces las modificaron de acuerdo con sus necesidades políticas, militares o económicas y en otros momentos construyeron nuevas carreteras, que aparecen como más importantes en los siglos XI y XII. A este respecto, hasta nosotros han llegado las obras de diferentes geógrafos e historiadores como Ibn Hawqal, Al-Istakhri, Al-Udhri, Al-Razi, y Al-Idrisi.

4.4 Los caminos en tiempos de la recuperación cristiana

El proceso de Reconquista tiene una importante repercusión sobre los caminos. Entre sus consecuencias es de destacar la evidencia de un abandono y decadencia de las grandes vías de comunicación y la casi extinción del tráfico rodado. Se produce al mismo tiempo un aumento en el uso de las caballerías, que facilita la aparición de una innovación como la del estribo, que ayudaba a cabalgar y descabalar, dando mayor seguridad al jinete y, por otro lado la herradura, que protegía mejor los cascos de las cabalgaduras. Adicionalmente la inseguridad de los territorios conquistados pendientes de repoblación fue progresivamente corregida. Las vías de comunicación son simples senderos y/o caminos de herradura, la misma ruta utilizada por el legendario Cid, en el transcurso del siglo XI, era un camino para hacer a pie o a caballo, imposible para otros medios de transporte. Por tanto, con el afianzamiento de los territorios de la Corona de Aragón van a ver mejoradas las condiciones de sus caminos así como la seguridad de quienes los transitaban

No obstante algunos de los caminos que se construyeron eran de tierra, trayectos cortos para desplazarse a lugares cercanos, contruidos sin planificación, posiblemente por la inexistencia de un estado u autoridad consolidada que se ocupase de su construcción y mantenimiento. Situación que sería corregida por la planificación de los caminos emprendido por la Corona de Aragón. La velocidad

media de desplazamiento calculada era de cuatro/cinco kilómetros hora para un hombre a pie y no más de 10 km/hora para un caballo, pudiendo hacer recorridos entre 38 y 60 Km., por jornada, respectivamente.

Uriol Salcedo (2001) nos aporta un mapa para describir gráficamente los itinerarios utilizados en la Península durante la Alta Edad Media; en él aparece el trazado de un camino existente antes de la invasión musulmana, que comunicaba la ciudad de Valencia con la de Zaragoza, a través de la meseta turolense y siguiendo el curso de la cuenca del río Jiloca, con variante hacia la ciudad de Calatayud para conectar con los caminos cristianos a Zaragoza, Soria y Burgos. (Ver anexos 4 y 5).

A propósito de la referencia acerca de la capacidad del hombre y su cabalgadura en recorrer las distancias antes mencionado, Haucourt (1972) considera este índice de velocidad como elevado, si tenemos en cuenta el estado de los caminos en los años posteriores a la Conquista, La mayor parte de los integrantes de las comitivas efectuaban el viaje a pie. No obstante, la información recogida en nuestro estudio acerca de las jornadas de viaje entre Valencia y Zaragoza, se sitúa en nueve jornadas para recorrer 59 leguas, algo menos de siete leguas/jornada, recorrido coherente con nuestra afirmación del párrafo anterior (ver anexo 6).

4.5 La ordenación de los caminos de comunicación en los territorios de la Corona de Aragón

La estructuración urbana de la Corona de Aragón, a partir de los tres principales núcleos de población y capitalidad, dos de ellos en el Mediterráneo, Valencia y Barcelona, y uno en el interior la ciudad de Zaragoza, está dotada con una curiosa equidistancia las ciudades y va a jugar un papel importante en el desarrollo de las comunicaciones y el crecimiento de estas ciudades, lo que va a

fomentar la planificación, desarrollo y consolidación de las correspondientes redes urbanas. (Ver anexo 7).

Zaragoza, además de ser equidistante con las ciudades citadas de Valencia y Barcelona, dispone de una ubicación estratégica, ocupa un lugar geográfico bien comunicado, con caminos accesibles hacia las ciudades del Valle del Duero (Burgos, Valladolid), con los puertos del Cantábrico (Bilbao) y con ciudades del norte de los Pirineos (Toulouse, Pau, Burdeos). Este esquema radial, propiciaba una ordenación interior intermedia; por un lado, la ciudad de Lleida en el centro del eje Barcelona y Zaragoza y, por otro, Teruel entre Valencia y Zaragoza. En un nivel secundario, se encuentra la importante población de Calatayud, segunda en importancia en Aragón en la Edad Media, en el Camino hacia el Centro, Tarazona en la vía del Duero y Huesca en la de Francia, en los tres casos a menos de tres jornadas a pie.

La red se completa con otro nivel de establecimientos poblacionales que identifican y relacionan los centros secundarios: Segorbe entre Valencia y Teruel; Daroca, entre Teruel y Zaragoza; Calatayud, entre Daroca y Tarazona; Monzón y Barbastro, entre Lleida y Huesca; la población de Alcañiz, situada entre Lleida y Teruel, y al mismo tiempo ocupando posición intermedia entre Zaragoza y los puertos mediterráneos de Tortosa y Peñíscola; Fraga, entre Lleida y Zaragoza; Ejea, entre Huesca y Tarazona. Con estas referencias de poblaciones intermedias, no debía ser complicado elegir una ruta para dirigirse a cualquier ciudad, ya fuera con intención de peregrinar a santos lugares, establecer relaciones comerciales, asistir a ferias, fiestas y mercados, resolver cuestiones administrativas, o por cualquier otro tipo de motivo.

En estrecha conexión con la geografía y, por ende, con el sistema de comunicaciones, la densidad de población constituye el criterio que regula y, de alguna manera, impone un sistema de comunicación. Si observamos el itinerario

que discurre entre Valencia a Zaragoza, podemos corroborar que el camino está unido por las poblaciones con más densidad y crecimiento. Incluso con el tiempo, las variación en los trazados tradicionales e históricos, en favor del paso por otras poblaciones, se han producido en función del aumento de la importancia del núcleo de población o contrariamente a costa del descenso e incluso por la desaparición de poblaciones. Creemos que un ejemplo lo constituye el paso del Camino Real de Valencia a Zaragoza por la población de Daroca y de Burbáguena, al constituirse estas dos poblaciones en lugares de peregrinación y estar dotados de hospitales, fue probablemente el motivo de la variación en el trayecto entre Calamocha y Cariñena.

Iranzo y Laliena (1984), en un detallado trabajo acerca de las comunicaciones en el Bajo Aragón durante la Edad Media y desde una perspectiva globalizadora, consideran que el análisis de la red viaria, en relación con el proceso de urbanización de una zona, puede contemplarse desde tres niveles diferentes:

- a) En el ámbito local se observa un efecto de centralización de los caminos rurales circundantes, que garantizan el aprovisionamiento.
- b) Aparición de una estructura jerárquica a partir del potencial demográfico y otros factores económicos, administrativos e incluso eclesiásticos.
- c) La densidad de población influye en la red de caminos y el hábitat se estructura en razón de las condiciones del terreno, tendiéndose a dibujar un mapa de jornadas de viaje, en las que en cada una de las etapas hay un núcleo inicial de población.

Desde nuestra perspectiva, pensamos que la utilización de este camino como vía peregrinación vino a consolidar este itinerario de comunicación, ya que de alguna manera los peregrinos participaron posiblemente de manera inconsciente en la estructuración en base a la orografía del terreno, el abastecimiento y además el factor religioso.

Alfonso X el Sabio determinó la obligación real de construir y reparar caminos y puentes, distribuyendo las cargas y las tasas sobre los servicios de transportes que estas obras pudieran suponer entre los pueblos y particulares beneficiados con ellas. A mediados del siglo XIII, en la compilación de normativas conocida como *Las Siete Partidas*, encontramos una referencia explícita a la figura del peregrino:

“pelegrino tanto quiere decir como extraño que va a visitar el Sepulcro de Ierusalen et los otros santos lugares en que nuestro señor Iesu Cristo nació, et visquió et prisó muerte en es te mundo, ó que anda en pelegrinaie á Santiago... Et por ende tenemos por bien et mandamos que los peregrinos que vienen á Santiago, que ellos et sus compañías et las sus cosas vayan et vengan salvos et seguros por todos nuestro regnos” Partida I, Título XXIV, Ley I y II.

De acuerdo con Sarasa (1999), no sólo el rey Sabio se preocupó del mantenimiento y mejora de las vías de comunicación de sus reinos extendidos desde el Cantábrico hasta las serranías del reino Nazarí de Granada, sino que otros monarcas hispanos secundaron en sus leyes, la política protectora que Alfonso X inició dentro del ámbito castellano. Fueros, ordenanzas municipales y disposiciones concejiles, que abundaron al respecto tanto en Navarra como en los territorios peninsulares de la Corona de Aragón; normativas que a la par incluían la reparación de calzadas, puentes y albergues, cuando no su nueva construcción.

En la primera parte del reinado de Jaime I de Aragón fueron promulgados algunos acuerdos conocidos como “constituciones de paz y tregua”, en estos textos legales se menciona expresamente que:

“los caminos, calzadas públicas, peregrinos, mercaderes y caminantes” quedan salvaguardados por la paz real, a la vez que se reclama la ayuda de nobles, caballeros, ciudadanos, burgueses y todo el pueblo para su defensa (Citado en Iranzo Muñio y otros, 2005: 90).

Romeu de Armas (1974) procedió al análisis de los viajes realizados por los Reyes Católicos, así como al estudio de los itinerarios seguidos durante décadas, definiendo y destacando la “*pasión itinerante*” de los monarcas al objeto de conocer las necesidades del pueblo y cumplimentar su programa político. Las

crónicas y descripciones que se realizaron de estos recorridos nos ofrecen una abundante información sobre los caminos peninsulares de la época. Son de destacar, por ejemplo, los viajes que realizó el rey Fernando a la muerte de Juan II de Aragón en 1479, desplazándose desde Zaragoza, a Valencia y Barcelona para tomar posesión de sus estados. En 1481 los Reyes Católicos, reunidos en Calatayud, se dirigieron a Zaragoza con el príncipe Juan para que tomase juramento como heredero de la Corona ante las Cortes de Aragón, más tarde desde Valencia, volvieron por Sagunto y Teruel hasta Medina del Campo. En 1488, viajaron a Murcia, por Teruel y Valencia, para organizar el asalto al bastión granadino. La utilización de las rutas de comunicación por parte de la realeza, propició la conservación y mejora de los caminos y contribuyó al progreso de nuevos tipos de vehículos para transporte de viajeros e incrementó la seguridad de los caminos. En 1476, en las Cortes de Madrigal, se fundó la Santa Hermandad, cuyo cometido principal fue la seguridad en los caminos y en los campos, además de garantizar con su presencia la seguridad en los caminos, demandada por viajeros y peregrinos.

4.6 Los Caminos de peregrinación a Santiago de Compostela

En la reconquista de los reinos peninsulares por parte de los cristianos, nuevamente caminos y puentes volvieron a ser esenciales para su progresivo avance, como lo fueron en la invasión de los árabes. En el siglo X, reinando Alfonso II el Casto en Asturias, se descubrió el sepulcro del apóstol Santiago, en una población cerca a la ciudad de Santiago de Compostela. Es en esta ciudad donde se depositaron sus restos, dando comienzo las peregrinaciones de numerosos creyentes procedentes de toda Europa para visitar su tumba. Esta corriente de peregrinación se extendió por la península. Los avances de la conquista cristiana, junto con el auge de la peregrinación a Santiago, hacen que en este período se fomente la necesidad de diseñar y consolidar una estructura en la red de caminos.

En la búsqueda de referencias acerca de los diferentes itinerarios con destino a Santiago de Compostela, tanto en los recientemente publicados como en los antiguos existentes, queremos destacar que el denominado como Camino de Santiago francés y el ramal aragonés, ya fueron descritos en el siglo XII por Aymerich Picaud, e incluidos en el “*Codex Calixtinus*”. Constituye sin duda una excepción en cuanto a la cantidad de aportaciones y de referencias (Moralejo y otros, 1998). Es precisamente con la consolidación del Camino de Santiago, en donde se representa ese espíritu de comunicación, identificado con una ruta totalmente medieval y novedosa que conducía las gentes hacia un lugar sin interés antes del siglo IX y que a lo largo del siglo X y XI, va adquirir un importante protagonismo. Se aprovecharon extensos tramos de calzadas romanas preexistentes para atravesar la Meseta y se incorporaron a ellos otros trazados que conducían a nuevos núcleos de población o enlazaban con otras rutas de conexión con los caminos principales.

En el año 1031 se produce la desintegración de Al-Ándalus pasando a constituirse en Reinos de Taifas, este hecho beneficia la consolidación y auge, durante el siglo XI y sucesivos, de los caminos y especialmente el que conduce a Santiago. La ruta a Santiago adquirió gran interés para los gobernantes, hasta el punto que para poder asegurar su control y dominio, Sancho el Mayor modificó el trazado del camino desviando la ruta a Santiago hacia el sur, pasando por Nájera y Carrión de los Condes, de tal manera que por un lado fomentaba el tránsito de comerciantes a través de la ruta jacobea y, por otro, potenciaba una vía de comunicación fluida para el desplazamiento de sus ejércitos a través de todos sus territorios por trazados menos dificultosos.

Uno de los muchos contratiempos que acechaban al hombre medieval en sus desplazamientos fueron sin duda el desconocimiento e incertidumbre de las distancias que separaban unos lugares de otros en el trayecto a recorrer y la

localización de los puntos donde poder descansar, esta necesidad fue cubierta por la creación de una guía para peregrinos precursora de los actuales manuales de viajes. Hacia 1173 aparece la primera guía para los peregrinos, el "*Liber Sancti Iacobi*", más conocido como el "*Codex Calixtinus*"², posiblemente escrito por Aymeric Picaud, pero atribuido al Papa Calixto II. Este libro, junto a la "*Description de l'Afrique et de l'Espagne*" de Al-Idrisi datado de 1154 traducido por Dozy y De Doeje (1975), son los principales documentos que dan testimonio de los caminos más importantes existentes en la península en el siglo XII.

La construcción del puente románico en Puente la Reina, patrocinado por la voluntad de Muniadona de Castilla, esposa de Sancho el Mayor, favoreció el florecimiento del comercio. Esta emblemática construcción, constituye un símbolo añadido a los muchos que se identifican en el Camino de Santiago. Un referente que se encuentra reseñado por Aymeric Picaud³ en el *Codex Calixtinus*, pues se da también la circunstancia de que es en esta población, donde se juntan el camino conocido como francés procedente del paso fronterizo de Roncesvalles, con el camino aragonés que cruza los Pirineos desde Francia por el paso natural de Somport.

² *Liber Sancti Iacobi. Codex Calixtinus*, el texto está constituido por una amplia y variada compilación relacionada más o menos con el Apóstol Santiago. Esta compilación data del siglo XII y se da como obra del papa Calixto II. Consta de cinco libros: el I abarca más de la mitad de la compilación y contiene sermones y homilias en honor del Apóstol, dos relatos de su martirio y oficios litúrgicos para su culto; el II encierra veintidós de sus milagros; el III y más breve refiere la traslación de su cuerpo desde Jerusalén a Galicia y al lugar de su sepulcro; el IV era la Crónica del arzobispo Turpín i Pseudo-Turpín, que narra la entrada de Carlomagno en España con una serie de hazañas legendarias, la derrota de Roncesvalles y muerte de Roldán y otros varios hechos; el V venía a ser una guía de viaje para peregrinos franceses o procedentes de Francia con breve descripción de la ciudad de Santiago y más detallada de su catedral.

³ Clérigo francés, capellán de Vezelay. Su *Liber Peregrinationis* forma parte del *Codex Calixtinus*, obra del siglo XII, que debe su nombre al Papa Calixto II, quien la mandó compilar. Aymeric describe las tierras por las que pasa la vía jacobea, y ofrece detalles sobre las reliquias que se deben venerar, los ríos que hay que cruzar, los peligros con que se encontrará el caminante e incluso el carácter de las gentes que pueblan el territorio.

La ruta jacobea es por otra parte, la vía de comunicación medieval que ha sido estudiada de manera más minuciosa, porque no se puede obviar que constituye un hecho cultural de profundo significado. El Camino de Santiago adquirió gran importancia comercial, lo que se contrarresta, con la presencia de asaltantes de caminos, abundantes en esta época de pobreza y mendicidad, que aprovechan para sus objetivos, la precariedad defensiva de los peregrinos asaltándolos en los lugares apartados.

El paso de los ríos tras el deterioro de los caminos pasó a ser un problema, tanto por el obstáculo físico que suponían, especialmente en ciertas épocas del año, como por los abusos de los cánones que imponían los barqueros para su cruce. Estos inconvenientes encarecedores de la peregrinación, fomentaron acciones conducentes a la mejora de los recorridos.

Diferentes y destacados personajes participaron de estas acciones en la historia del Camino, como es el caso de Santo Domingo de la Calzada constructor del puente sobre el río Oja y defensor del peregrino tal y como se manifiesta a través de la cronología de sus milagros: San Juan de Ortega, colaborador y discípulo de Santo Domingo de la Calzada se retiró a un lugar apartado de los Montes de Oca ayudado por sus familiares y amigos, edificó una capilla bajo la advocación de san Nicolás y un albergue para los peregrinos que por allí pasaban en dirección a Santiago

El itinerario entre Valencia y Zaragoza, objeto de nuestro trabajo, está jalonado de espacios para la confirmación y refuerzo del fervor cristiano. Monasterios, como el de San Vicente de la Roqueta en la misma ciudad de Valencia, la Cartuja de Vall de Christ, distante dos jornadas, próximo a Segorbe, una población sede de Diócesis episcopal, los sepulcros de los mártires Perussa y Saxoferrato en Teruel, el Misterio de los Sagrados Corporales en la ciudad de Daroca, muy próxima al monasterio de Nuestra Señora de Piedra, y la posibilidad

de enlazar con el Camino de Santiago, hacen de esta ruta un camino de peregrinación. La ciudad de Zaragoza constituye objetivo de peregrinaciones, por un lado por su conexión natural con la ruta jacobea del Ebro y por otro no menos importante para un cristiano, que honrar la imagen de Nuestra Señora del Pilar. Según la tradición cristiana, la Virgen lo hizo para animar y reconfortar al propio Apóstol Santiago en su misión evangelizadora por los reinos peninsulares. Estos hechos, transmitidos por la tradición y fe cristiana, configuraron una incuestionable ruta de peregrinación compatible con la comunicación política y comercial de la ciudad de Valencia en el Mediterráneo con la capital del reino de Aragón.

4.7 El camino valenciano a Santiago de Compostela por Aragón

El camino valenciano a Santiago de Compostela por Aragón, así denomina en la actualidad el Gobierno de Aragón, al trazado que desde Valencia se dirige a Zaragoza, pasando por Teruel, para desde la capital aragonesa enlazar con el Camino Jacobeo del Ebro o bien renunciando al paso por Zaragoza y tomando como alternativa el camino que arrancaba desde Daroca, pasando por Calatayud y Torrelapaja, para adentrarse a través de los territorios cristianos del reino de Castilla al encuentro con la ruta de la Lana y/o al camino conocido como francés con dirección a Santiago de Compostela. Es uno de los recorridos menos estudiados a pesar de que tal denominación parece indicar lo contrario.

También para Ubieto y otros (1993) esta ruta se identifica entre las que discurren por el espacio físico comprendido al Sur del Ebro y que los define como los “Camino” del Reino de Valencia, pórtico del Bajo Aragón, para citar una serie de itinerarios que conectan con la ruta que él denomina los “Camino” de la Meseta Turolense. (Ver anexo 8)

En este sentido, todos los caminos podrían tener como objetivo encontrarse con la ruta que se considera como principal; el conocido como Camino de Santiago francés, que por tradición es el que nos lleva y “empuja a Santiago”, marca el peso de la historia y por la tradición es el mejor documentado y, por supuesto, el más transitado. Sin embargo, hemos de considerar otros itinerarios existentes, caminos que vienen denominados generalmente en función con el antiguo uso del mismo; así tenemos los caminos utilizados por los mercaderes a través de la Ruta de la lana que se iniciaba en la población de Monteagudo de las Salinas, en Cuenca, o la antigua Ruta de la plata, que discurría y discurre por tierras extremeñas. Los caminos identificados por constituir un referente con un recurso geográfico (Camino del Ebro), o por el origen de los primeros peregrinos que dieron nombre a los itinerarios (Camino francés, Ruta de los ingleses, etc.). La antigüedad de estos caminos es previa al descubrimiento de la tumba del Apóstol, corresponde a trazados consolidados por su interés y explotados como medio de comunicación, por parte de civilizaciones anteriores, que planificaron, diseñaron y construyeron, caminos que al mismo tiempo se impregnaron de sus culturas, tradición y costumbres.

Los peregrinos con abnegada devoción cumplían su viaje sin que de él quedase constancia oficial alguna; había de ser muy elevada su condición social para que un cronista mencionara la peregrinación en su relato. La costumbre de peregrinar estuvo tan arraigada en la Edad Media, que uno de estos piadosos viajes no merecía más atención que un acto corriente de la vida. La peregrinación, como ocurre con otros fenómenos sociales y colectivos, se produjo y creció de forma espontánea, sin una dirección y propaganda consciente. Esta difusión no se percibió hasta que el hecho de la peregrinación compostelana se consolidó con fuerza. Coincidente en el tiempo Sancho el Mayor y Alfonso VI, con los obispos de Santiago desde Peláez y Gelmírez, probablemente con la Orden de Cluny y en colaboración con organizaciones hospitalarias bajo la Regla de San Agustín, intentaron aprovechar, fomentar y encauzar esta costumbre cristiana, que por

motivos que hoy nos pueden parecer confusos, llevaba a numerosos cristianos al extremo de Galicia.

Las peregrinaciones a Santiago, como ya hemos mencionado surgen con fuerza en el siglo XII y como consecuencia podríamos entender que todos los caminos en este período conducían a Santiago, unos adentrándose por las rutas comerciales de ríos navegables como el Ebro, “*Ruta del Camino Jacobeo del Ebro*” a su paso por Aragón, pasando por las poblaciones de Caspe, Mequinzenza y Escatrón; otros desde puertos mediterráneos, como el itinerario expuesto por Sánchez Ribes (1998) que describe y establece la conexión con Santiago de Compostela a través del paso por Albacete, Toledo, Ávila y Zamora, tomando como origen la misma ciudad de Valencia en el denominado “*Camino de Levante*”; ó también desde los puertos cantábricos o Camino del Norte, que recorría la cornisa cantábrica, tomando como origen San Sebastian pasando por poblaciones como Bilbao, Laredo, Santander, Llanes, Gijón, Lluvia, Ribadeo y Arzua. Asimismo hay itinerarios que están identificados con rutas de antigua tradición comercial como lo es la Vía de la Plata, que une Mérida con Astorga y desde esta al camino francés, pasando por poblaciones como Cáceres, Salamanca y Zamora. La ruta que describe Pareja y Malabia, (1999) recuperando una ruta, descrita siglos después en los Repertorios de Villuga (1546) identificada como la “*Ruta de la Lana*”, que pasando por tierras del Cid, se llegaba a Burgos para enlazar con el Camino de Santiago francés. Otras rutas, pueden ser las que desde Madrid o cualquier población de España se dirige a Compostela.

De la importancia económica del Camino, existen datos expresivos que nos informan de la existencia de vías comerciales muy antiguas que, procedentes desde las costas mediterráneas, se dirigían hacia el Norte de la Península Ibérica. En concreto, desde la Valencia del siglo XII solo era posible viajar a Zaragoza integrándose en las caravanas comerciales que se dirigían a Zaragoza para desde aquí continuar la actividad comercial a lo largo de la ruta jacobea como afirma

Martín (1980), o bien utilizando la vía de comunicación alternativa a través de la conocida como de “Ruta de los Serranos”, que discurría siguiendo la vertiente del río Turia hasta Teruel, y desde esta población o desde la cercana de Cella, incorporarse a la ruta principal o Camino Real siguiendo el curso del río Jiloca.

Sin embargo, en esta variedad de caminos con destino común, nos ha interesado el trabajo desarrollado por Menéndez de Luarca (2005) que plantea la necesidad de estudiar y describir las rutas de una manera más profunda. En concreto refiere, entre otras a la que partiendo desde Valencia, primera ciudad española con tradición en peregrinaciones, recorría un itinerario siguiendo las depresiones de las cuencas de los ríos Turia y/o Palancia, que configuraron las preferencias – y hoy se mantienen – en los accesos y caminos de comunicación a Aragón. La primera es conocida como de los “Serranos”, y la segunda se configura coincidente con el denominado entonces Camino Real de Valencia a Zaragoza.

Según Menéndez de Luarca (2005) estas rutas se encuentran en la actualidad pendientes de describir en relación a una posible utilización por parte de peregrinos en su camino a Santiago, lo que viene a confirmar parte de los objetivos de nuestro proyecto. Creemos en la viabilidad de este uso, no solamente en base a las posibilidades geográficas de los trazados, sino por la existencia de esta antigua ruta, ya utilizada por los romanos, descrita como una vía secundaria entre las ciudades de Sagunto y Zaragoza, (*Sagvntvm-Cesaravgvsta*) que enlazaba y conectaba con otras vías principales, como lo era la que unía Astorga con Tarragona, (*Astvrica-Tarragone*), por su antigüedad la existencia de estos caminos era conocida entre la población. Este sería uno de los argumentos en los que se fundamenta el uso tradicional de esta ruta para comunicar con la capital aragonesa y enlazar con los caminos de Castilla. La historia de estos itinerarios junto con el apoyo de hallazgos arqueológicos y monumentales, nos ofrecen la consistencia de un recorrido antiguo y muy utilizado y que, por tanto, su

continuidad en el uso apoya la posibilidad de utilizarse para llegar a Santiago pasando por Zaragoza.

En la Edad Media sobre todo en el período bajomedieval, se reforzó y constituyó la línea poblacional, vertebrada por el trazado del Camino Real que une Valencia con Zaragoza. En esta época, se vivieron vaivenes entre períodos de dificultad económica, climática y demográfica a causa de las carestías, las enfermedades infecciosas epidémicas y las guerras internas, con períodos de resurgimiento y superación, fomentados en parte por la estabilidad del dominio cristiano que favoreció la normalización de las relaciones entre culturas. Las actividades comerciales se vieron favorecidas por estímulos manifestados mediante privilegios reales otorgados para la celebración de ferias, fiestas y mercados. Ello indujo a un aumento en diversas actividades relacionadas con la necesidad de mano de obra artesanal para la construcción de monumentos civiles y religiosos, hospitales, sistemas de defensa, iglesias, capillas, ermitas, adaptación de mezquitas y sinagogas a las creencias cristianas y la creación y construcción de monasterios de órdenes religiosas, entre otras.

El florecimiento y adecuación de estas rutas facilitó su utilización por quienes, atraídos por la fuerza de la fe y en el sentido cristiano de la peregrinación y/o en base a motivaciones diferentes, aprovecharan la garantía y seguridad que el ambiente y la propia realeza favorecía. El peregrino encontraría el reconocimiento y respeto por su decisión, percibiría el calor de la acogida implícita en el sentir de los habitantes ahora pobladores cristianos. En las poblaciones por las que pasaran los peregrinos dispondrían de garantía para el abastecimiento de alimentos, agua, descanso y la necesaria espiritualidad ya que los pueblos ofrecían lugar para el recogimiento y la oración. Todo ello en caminos reales carreteros transitados; en definitiva, dispondrían de óptimas y, en cualquier caso, mínimas condiciones para alcanzar el destino.

Por otro lado crecía un aliciente para el peregrino, por el hecho de poderse beneficiar de los privilegios concedidos, y confirmados por el Papa Alejandro III (1159 – 1181), el año en que el 25 de julio, fiesta de Santiago el Mayor, cayese en domingo, los peregrinos se podrían ganar en la Iglesia de Compostela las mismas gracias que ganaban los que peregrinaban a Roma en los años jubilares, que allí suelen coincidir cada 25 años. Se trata de la bula de concesión más antigua que se conserva la *Regis aeterni*, fechada en 1179, la cual confirma un privilegio previo del Papa Calixto II (1118-1124). Este papa, hermano de Don Raimundo de Borgoña y, por lo tanto, tío del rey Alfonso VII, fue un gran benefactor de la Iglesia de Compostela.

Para los peregrinos compostelanos que en su viaje de ida o vuelta pasaban Zaragoza para venerar la imagen de Nuestra Señora del Pilar, podían beneficiarse de privilegios que por causa de la peregrinación también se concedían. En el siglo XIII, mediante la bula *Mirabilis Deus* del Papa Bonifacio VIII, de fecha 12 de junio de 1296 concedían indulgencias a los que visitasen la Iglesia de Santa María del Pilar en las fiestas de la Virgen y del Espíritu Santo, y también en las de Santiago, de San Miguel, de San Cristóbal y San Martín, que tenían altar propio en el templo. Estos privilegios fueron ratificados por Jaime I (1224, 1233, 1258) y su esposa doña Leonor (1224), Alfonso III (1289) y Jaime II (1294, 1299, 1302), que además erigió una capellanía real perpetúa, (ver anexo 9).

Los viajes a través de los caminos medievales se concebían de un modo muy diferente al que actualmente domina nuestro imaginario viajero. Los mercaderes, caminantes, peregrinos, etc. carecían del sentido de un trayecto estable y determinado desde el origen y se movían respondiendo a las incitaciones locales más variadas. Visitaban santuarios, eludían peajes, evitaban puntos conflictivos, se acercaban a los mercados, ferias, fiestas y aprovechaban otras oportunidades, hacían del camino un componente simbólico de la propia existencia, una peregrinación, que favorecía el hecho físico de que las rutas fueran

haces de sendas que se superponían, divergían y confluían en los puntos capitales de los trayectos.

A medida que avanzaba la Reconquista había más tierras disponibles que repoblar, en 1273, para fomentar la ganadería lanar, Alfonso X fundó el Honrado Concejo de la Mesta que mantendría su actividad hasta 1836, gozando de amplios privilegios de paso y de pasto, estableciendo por toda la península, las llamadas Cañadas Reales, un entramado de itinerarios utilizados repetidamente para el desplazamiento del ganado, aptos también para el tránsito de personas y animales.

En el reino de Aragón, las leyes de caminos del siglo XII dictaminan que los caminos públicos, así como los viajeros y mercancías que transitaban por ellos, estaban bajo la protección del soberano. Esta protección real no la encontramos en opinión de Ubieto (1993) cuando se refiere a el “Camino” que desde Orihuela o Alicante se recorría posiblemente a través de la Mancha, siguiendo por Játiva la calzada romana que les conducía a Toledo y Zamora, y desde allí, conectar con la Ruta de la Plata.

“El “Camino” a que se refiere Ubieto Arteta, atraviesa por tierras del rey de Castilla, lo que fácilmente hace prever que la mayoría de peregrinos prefiriera caminar por tierras propias de su res, las tierras de la “Corona de Aragón”, ya que de esta forma quedaban bajo la protección del mismo, exentos de “marcas”, represalias o cualesquiera otras presiones políticas o fiscales que podían sufrirse en reinos extraños, aunque fuese en época de paz”.(Ubieto et al, 1993: 130)

4.8 El Camino Real de Valencia a Zaragoza

En cuanto a nuestro interés por determinar el uso de este Camino Real entre Valencia y Zaragoza, con sus posibles variantes en los recorridos, utilizados para conectar estas capitales de Reino en la Baja Edad Media, es por diversos motivos: por un lado por el atractivo de ambas ciudades, por la próspera y gran urbe de Valencia que por esta época era una de las ciudades más populosas y grandes de Europa. Por otro, la ciudad de Zaragoza era la sede de la Corona de Aragón y lugar de peregrinación. Ambas poblaciones estaban bien comunicadas

entre ellas y posibilitaban a los peregrinos, tanto la conexión con el Camino de Santiago francés, como con el Camino del Ebro.

La proyección geográfica del Camino Real, desde Zaragoza hacía Valencia, nos permite observar un importante camino natural que enlaza esta ciudad con las tierras ribereñas mediterráneas y la Meseta; se trata de la arteria que trazan los ríos Huerva y Jiloca. Mediante la sucesión de ambos cursos se accede con facilidad a la comarca denominada Campo Romanos y la cuenca alta del Jiloca, respectivamente. En estas tierras turolenses se han encontrado vestigios que nos indican la presencia de la civilización romana lo que nos ha permitido, a partir de los antiguos poblados, villas, castros y otros distintivos arquitectónicos, comprobar la existencia de caminos más antiguos como, por ejemplo, el que une el valle del Jalón y Jiloca y el que se dirige desde el sur de Teruel hasta Valencia.

4.9 Señalización en el Camino Real

La presencia de símbolos, (conchas de vieiras, flechas amarillas, cruceiros) presentes a lo largo de los Caminos que conducen a Santiago de Compostela, resulta una evidencia constante que identifica e informa acerca de la buena y correcta dirección, orientación en los cruces de caminos, así como la proximidad de lugares de culto. Otros símbolos son portados por los peregrinos, como el bordón, la calabaza, la esclavina, dotados también de significado propio. Sin embargo las cruces son los elementos más significativos. Su presencia en nuestros caminos y lugares sagrados se extiende por toda nuestra geografía. Estos monumentos son cruces de piedra que se colocan en las encrucijadas de los caminos, junto a iglesias, ermitas e incluso en entradas a cementerios, siempre relacionados con lugares de culto. También se encuentran algunas veces en cruces que se alzan sobre una plataforma con escalones, que es común en Galicia y que la mayoría de las ocasiones son referencia para las estaciones del *viacrucis*. Están igualmente situados en los caminos y en antiguos espacios de rito pagano

posteriormente cristianizados, usados ancestralmente como lugares mágicos de curación, etc. En este sentido, estos elementos adquieren un carácter simbólico sagrado con función de protección, mientras que otras localizaciones señalan lugares donde ha ocurrido alguna muerte.

Sin embargo, en los territorios de la Corona de Aragón espacio que ocupa nuestro estudio, existen unos símbolos de estructura común, conocidos como “*peirones*”. Son símbolos que constituyen figurativamente una información acerca de los itinerarios, así como una concreta señalización de lugares de culto. De alguna manera, están paralelamente vinculados con el mismo o parecido significado que los cruceiros que encontramos a lo largo de las rutas jacobeanas.

4.10 Los peirones

El uso de la piedra es muy antiguo. Desde la prehistoria las piedras marcaron todo tipo de referencias prácticas y espirituales: taulas, alineamientos, crónlech, dólmenes y menhires son algunos de los más representativos. Del menhir nacen los hitos o mojones y miliarios que los romanos van a sembrar por todo el tejido de calzadas que comunican su imperio. Como estos monolitos, posteriormente se levantaron los mojones, peirones, rollos y cruces que habían de suplir en la religión cristiana todos los atavismos paganos, por más naturales que estos fueran, llegando a suplantarlos en esta larga colección que no ha podido ocultar los restos del pasado.

En Aragón se llaman *peirones* a las columnas u obeliscos religiosos que se denominan en castellano humilladeros o rollos. Se solían construir a un lado de los caminos, cerca de los pueblos y sostenían una cruz (cruceiros) o imagen en una o varias capillas (*peirones*), donde las gentes se arrodillaban o rezaban al santo o virgen a cuya advocación estaban dedicados. En su momento, la finalidad de la construcción de estos antiguos pilones tenía carácter religioso o supersticioso,

pues unían el sentido del lugar donde se realizaban rogativas o daban gracias, al de hito simbólico, que protegía al pueblo y sus gentes, guardando los caminos de acceso. También, se cree que podrían tener su origen en la marcación de las lindes, aunque hay que añadir a esta finalidad que en algunos casos sirvieron como elementos conmemorativos de hechos trascendentes o muertes, sirviendo al mismo tiempo de referencia a caminantes.

Las aportaciones de Ubieto (1993) acerca de la presencia de monumentos, edificios o construcciones menores, como los “*peirones*”, nos aproximan a la idea de un guiado espiritual, concebido para la peregrinación. En este mismo sentido, Margalé (2002) afirma que las advocaciones que más fervor alcanzaban correspondían a san Roque, abogado defensor contra la peste; santa Bárbara, protectora ante las tormentas; san Antón, protector de los animales domésticos; san Cristóbal, un santo protector y conductor de los viajeros a buen término; san Blas, abogado de la garganta; san Antonio de Padua, san Juan Bautista, san Miguel, san Pascual Bailón, san Gregorio, san Isidro, san Jorge, san Ramón Nonato, san Pedro Mártir de Verona, san Vicente y san Bartolomé, así como Nuestra Señora del Pilar, del Carmen, del Rosario, santa Águeda, santa Lucía, la Purísima Concepción, santa Valdesca, santa Quiteria, los inseparables santos Abdón y Senén o Sebastián y Fabián y, cómo no, las Almas o Ánimas son con algunos patronos locales, igualmente, devociones que tienen un gran predicamento entre los habitantes del medio rural.

Los *peirones*, también denominados *pairones*, son pilares o monolitos contruidos en piedra o ladrillo que señalan, a la salida de una gran parte de los pueblos de Aragón –principalmente en Teruel y Zaragoza– un inicio o confluencia de caminos. Suelen terminar, en su parte superior, con una hornacina (a veces una cruz) decorada por la imagen de un santo o virgen. Establecer la procedencia de esta palabra es algo incierto, ya que cada autor hace que su ascendencia parta de

una lengua distinta, creando con ello un amplio campo de trabajo que desconcierta en el estudio de decisiones finales.

En las definiciones encontramos como sinónimo el término humilladero, el cual es definido en el Diccionario de Real Academia Española como *"lugar devoto que suele haber en las entradas o salidas de los pueblos y junto a los caminos, con una cruz o imagen"* o también se recoge esta definición en el Diccionario del uso del español de María Moliner, definiendo este término, como *"sitio con una cruz que suele haber a la entrada de los pueblos"* lo que confirma la sinonimia entre *peirón* y humilladero.

La presencia de *"Peirones*, en las poblaciones de paso en el itinerario entre Valencia y Zaragoza, concretamente, en el trazado que discurre por las actuales provincias de Teruel y Zaragoza, constituye una señal inequívoca de lugares de tránsito de personas, que refuerza más el uso habitual de este itinerario como ruta de peregrinación. En el recorrido del camino real entre Valencia y Zaragoza las poblaciones situadas a lo largo del mismo y pertenecientes a la actual provincia de Teruel, conservan parte del patrimonio que estos monumentos representan. Los encontramos en Sarrión, Albentosa y a partir de Teruel, en la población de Cella encontramos el Peirón de la Virgen de la Fuensanta. Siguiendo dirección a Zaragoza, en Santa Eulalia del Campo el Peirón de la Virgen, el del Calvario y el de San Pascual, continuando la ruta en la población de Torrelacárcel encontramos el Peirón de la Virgen del Pilar, el de San Antón, San Joaquín, Peirón de la Virgen del Carmen y el de la Virgen del Rosario. Son varias las poblaciones que mantienen en pie antiguos peirones que señalan la dirección de Calamocha y la de Daroca, lo que evidencia la importancia de estas poblaciones. Especialmente en la última citada, la cual constituyó un importante lugar de peregrinación, fiestas, ferias y mercados. En la provincia de Zaragoza existen estos monumentos en Luco de Jiloca, dedicados a la Virgen del Rosario y a la Virgen del Pilar; en Mainar, el Peirón de San Andrés y el de la Virgen del Pilar, en Paniza, se

conserva el Peirón de San José, y el que venera a la Virgen del Pilar, en la población de Retascón, encontramos un peirón dedicado a los patronos de las cuatro fiestas del pueblo; San Bartolomé, San Blas, San Cristóbal y Santa Bárbara. Por la alternativa del itinerario hacia Zaragoza por Campo Romanos, encontramos en Lechago, cuatro peirones conservados, uno dedicado a Santa Bárbara, otro a las Almas –Almicas–, a la Virgen de los Dolores, y del Pilar; en la población de Lechón, el Peirón de la Fuente, el Peirón de San José, San Ramón y en Romanos, tres peirones erigidos en honor de la Virgen del Pilar, a San Martín y el de Entrecaminos.

4.11 Las Ermitas

La arraigada fe cristiana en los habitantes de los diferentes pueblos y ciudades, que jalonaban las rutas de peregrinación, se manifestó popularmente, mediante la fundación, construcción y mantenimiento de numerosas Iglesias, capillas, oratorios, y ermitas dedicadas a la veneración y culto de santos protectores de quienes andaban peregrinando.

Parece ser que en la actualidad, según los trabajos de Ubieto (1993), no alcanzamos a ver más allá del treinta por cien de los santuarios y ermitas que pudo haber en los territorios de Aragón. Algunos, de los más viejos, surgieron como sustitutivo de deidades paganas; otros constituyen puntos de encuentro entre varios concejos o sirven de mojón delimitador; bastantes recuerdan que en aquel lugar existió antaño un poblado más o menos grande. Cuando vemos una ermita, si se escarba, es probable que debajo repose muerto un pueblo entero. Pero tampoco es extraño hallar ermitas que, en su origen, tuvieron una motivación bien especial, el desvío de diezmos y primicias, es decir, una especie de evasión de impuestos.

Cada época y cada circunstancia han dado advocaciones concretas, en el período que nos ocupa y por influencias del otro lado de los Pirineos, abundaron las ermitas dedicadas a san Martín, personaje que cautivaba por su caridad y al que los peregrinos tomaron como su valedor; con posterioridad, casi todos los caminos transitados por romeros y mercaderes vieron proliferar los templos dedicados a san Cristóbal, protector de diversos males y enfermedades. La devoción a este santo se expresa mediante una oración; también a san Roque se le rezaba en los momentos en que la epidemia de peste amenazaba (Ver anexo 10).

Queremos señalar las ermitas con indicación de su patronazgo y dedicación, de las que hemos encontrado información, y que están ubicadas a lo largo de la ruta. Creemos que su presencia contribuyó a que los caminantes, pudieran reconfortar su necesidad devocional mediante la práctica de la oración. De este modo agradecían y reconocían la protección y ayuda en la empresa emprendida, con la presencia de estos lugares con altares y/o oratorios, la ruta se beneficia en seguridad espiritual, necesaria para el que camina con sentimiento y fe.

Hemos utilizado también como fuente de información, la procedente del *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar* de Pascual Madoz, que si bien corresponde su información a una época posterior a nuestro estudio, la presencia de estos monumentos y signos de carácter simbólico, se hace desde la retrospectiva, por lo que es probable que su origen, este inmerso en la contemporaneidad de nuestro interés argumental,

Próxima a la ciudad de Valencia y rodeada de huerta se encuentra la población de Alboraya con una Ermita dedicada a San Cristóbal. Siguiendo el itinerario del camino Real de Valencia a Zaragoza, y en sentido de esta última y cercana a la anterior población, se encuentra la de Museros, en esta se halla la Ermita de San Roque, población que perteneció a la Orden de Santiago. En la bifurcación de los caminos que conducen a Zaragoza y a Barcelona nos

encontramos con la ciudad de Sagunto conocida, como Murviedro; en ella se conservan ermitas dedicadas a san Roque y a san Cristóbal. Torres-Torres y Algar del Palancia son dos poblaciones próximas con una ermita dedicada a san Cristóbal y hospital bajo la tutela de la Orden de los Mercedarios. En la población próxima de Castelnovo, ubicada entre Segorbe y Jérica, está ubicada la ermita dedicada a la figura de san Cristóbal. En Segorbe encontramos ermitas que mantienen culto a san Roque y san Cristóbal. En la antigua población de Jérica hay cuatro ermitas, una de ellas erigida en honor a san Roque. En Bejís, probable población de paso alternativo en el camino entre Viver y Barracas, se citan la dedicada a la Virgen de Loreto, a san Miguel, san Juan y san Cristóbal. En el Camino Real, la población de Viver, con una ermita bajo la advocación de san Roque. Barracas es la última población de Valencia y considerada en la época de nuestro estudio como puerta de Aragón, se encuentra también una ermita dedicada a san Roque.

Las ermitas aragonesas presentan, al igual que las ubicadas en tierras valencianas, una variada dedicación y devoción a la figuras de santos y a la Virgen María en sus diversas advocaciones. Su distribución geográfica y la localización en el itinerario pueden resultar esclarecedoras para una mejor comprensión acerca del sistema de comunicaciones en el pasado, y de especial interés para la evolución histórica de las devociones y de la iconografía cristiana. Ubieto (1993: 129) aparte de afirmar que se conservan numerosos vestigios de peregrinos que se dirigían a Santiago desde Valencia, nos facilita la localización de estos edificios de devoción: Siguiendo por el Camino Real, encontramos en Albentosa, la ermita de la Cueva Santa; asimismo Sarrión, cuenta con la ermita de san Roque y la de la santa Cruz; en la Puebla de Valverde confluyen los caminos que vienen de Cubla, y Camarena de la Sierra, con ermita dedicada a san Cristóbal. Teruel representa un enclave que, para Ubieto (1993: 142), cuenta con abundantes testimonios que relacionan la población con una tradición jacobea: una Iglesia dedicada a Santiago Apóstol que data de 1280; además, el artesonado

de la catedral recoge la figura de tres peregrinos; también dice Ubieto que se conserva algún testamento de peregrinos que se dirigían a Santiago. Siguiendo el camino, encontramos Cella, antigua población, con ermitas dedicadas a san Antonio, san Cristóbal, san Pedro de Arbués, san Sebastián, santa Lucía y Nuestra Señora de Loreto. En Villarquemado, la ermita a san Roque; en Singra las ermitas dedicadas a san Roque y santa Bárbara; en Torremocha la ermita erigida a Nuestra Señora del Castillo; en Monreal del Campo, otra ermita en honor de la Virgen del Campo; en Caminreal, a san Cristóbal. También en la población de Calamocho, hallamos ermitas dedicadas a san Roque su patrón y santa Bárbara. En Daroca, situada en la bifurcación del camino a Zaragoza y Calatayud, destaca la ermita de Nazaret que según la leyenda era un antiguo templo griego. En el camino hacia Calatayud y próximo a esta población se encuentra Santed que cuenta con ermitas dedicadas a san Pedro y Virgen del Pilar; en Torralba de los Frailes se encuentran las dedicadas a san Juan, la Virgen de la O y la del Santo Cristo. Calatayud, antigua *Bilbilis* en le época romana, constituye punto de destino del antiguo camino romano desde Sagunto, en su término se hallan las ermitas de santa Ana y san Roque. En las poblaciones cercanas y probables caminos hacia Zaragoza, encontramos Ateca, con ermita a san Cristóbal y Santiago; en Sestrica y en Viver de la Sierra, ermitas a san Cristóbal. En Cariñena se encuentra la ermita de Nuestra Señora de la Laguna, lugar de peregrinación de las poblaciones vecinas; en Longares, la ermita dedicada a san Julián, aunque se tienen noticias acerca de otra ermita en el lugar donde se detuvo san Vicente en su camino martirial hacia Valencia. Finalmente, en la población de Muel, inmediata a Zaragoza se halla la ermita de Nuestra Señora de las Fuentes sobre un dique de origen romano. Hemos añadido una visión global del itinerario con referencias a advocaciones y dedicaciones al Apóstol Santiago (Anexo 11).

La presencia de estos monumentos, catalogados por la Iglesia como ermitas, constituye una muestra de como fue, y todavía hoy se mantiene, la

tradición y la dedicación devocional de los habitantes de estas poblaciones hacia el culto y veneración a algún santo protector y benefactor en momentos difíciles.

4.12 Los primeros Repertorios de Caminos de España

A lo largo del siglo XVI, tanto Pedro Juan de Villuga, en 1546, como Francisco de Meneses, en 1576, pusieron a disposición de los viajeros lo que podría considerarse los cimientos de un nuevo género en la literatura, las guías de viaje. Unos documentos que posiblemente fueron los primeros de este tipo. Unos repertorios que, en la actualidad, aportan una descripción valiosa acerca de los itinerarios existentes y su estado de conservación. En aquel momento, sirvieron de guía útil para transitar, ya que señalaban las distancias expresadas en leguas, entre los diferentes núcleos de población que el itinerario unía. Estas características y su singularidad hacen que sea necesario hablar de ellas, a pesar de que describen una situación posterior, en el tiempo, a nuestro período de estudio.

El *Repertorio* del valenciano Pedro Juan de Villuga, publicado en 1546, en Medina del Campo por el impresor Pedro de Castro, describía según los términos de la época:

“lo hasta agora nunca visto” en España con el título de: *Repertorio de todos los caminos en el qual allarán cualquier viaje que quieran andar muy provechosos para todos lo caminantes*. Compuesto por Pedro Juan Villuga, valenciano.

Recogía 139 itinerarios "de caballos" o "de carros", medidos en leguas y medias leguas, con un equivalente a 38.000 kilómetros de longitud total (5.900 leguas). Estaba enriquecido con la indicación de la ubicación de 214 ventas, 21 puentes y 6 pasos de barcas. La mayor concentración de caminos se daba en la antigua Castilla la Vieja y en el norte de Castilla la Nueva, coincidiendo con las zonas de mayor población e influencia política. En opinión de Uriol (2001:143), la finalidad que persigue Villuga en su *Repertorio* no es sólo el carácter utilitario de ilustrar a los caminantes, sino de un alcance mayor que tiene que ver con lo

piadoso, tal y como se deduce también del prólogo de la obra. Dice a este respecto:

“Y por tanto pienso que, tomando el consejo deste mi Repertorio para caminar a unas partes y a otras, no poca congoxa y solicitud quitara a los caminantes, los cuales por ser informados falsamente y de oydas, como dizen, pierden muchas veces los caminos, o ya que no los pierden, hazenseles muy más largos de lo que son y muy trabajosos por haber sido engañados en su pensamiento”.

El *Repertorio de todos los Caminos* de Villuga (1546), proporciona un enfoque devocional, estableciendo referencias camineras conducentes a culminar en destinos dedicados a celebrar romerías y peregrinaciones. De esta forma el *Repertorio* facilitaba a los devotos caminantes, una guía para llegar a estos lugares “santos” donde hacer oración, dar gracias y encomendarse a Dios o algún santo para conseguir su gracia y salvación.

En los Repertorios encontramos expresadas las conexiones que el Camino Real de Valencia a Zaragoza tiene hacia la ciudad de Santiago de Galicia. En este sentido, las rutas expresadas en el itinerario y que finalizan en Santiago son numerosas, fundamentalmente porque es un destino devocional e importante en el mundo cristiano, al ser reconocido como uno de los tres grandes centros de peregrinación, junto con Roma y Jerusalén. De esta forma, se fundamentan y se reafirman diferentes itinerarios que tienen como destino la ciudad de Santiago.

El *Repertorio de caminos* de Alonso de Meneses fechado en 1576, impreso en Alcalá de Henares, tenía contenidos similares al de Villuga, presentaba 134 itinerarios, de los que 119 eran comunes con aquél, totalizando 39.000 kilómetros (6.000 leguas). El *Repertorio* de Meneses (1576) añade un memorial de diferentes cosas ocurridas en España, una serie de cuentas conforme a la nueva pragmática y ordena el repertorio destacando los “*más caminos*”, como queriendo justificar la descripción de los principales o más utilizados.

Queremos señalar que el camino descrito por Meneses mantiene para la comunicación entre las ciudades de Valencia y Zaragoza el mismo itinerario desde Calamocha por Lechón a Cariñena, que se describe en el itinerario de Villuga. Pensamos que en ambos casos, el mantenimiento es por una cuestión de ahorro de tiempo, (ver anexo 12). El trazado entre Calamocha y Daroca es de orografía suave al continuar la cuenca del Jiloca, si bien tras superar Daroca nos encontramos con los pasos de de montaña de Retascón y Paniza. No obstante configura este tramo un recorrido que los autores de los repertorios detallan al describir el itinerario entre Daroca y Zaragoza⁴. Esta divergencia en el itinerario que se produce al salir de la población de Calamocha,⁵ según Rodrigo Estevan (1993), constituía el itinerario habitual utilizado en los viajes entre las ciudades de Teruel y Zaragoza, ya que se acortaba la distancia por Lechago y Cuencabuena, permitiendo reducir en algo menos de una jornada el tiempo invertido en la realización de todo el trayecto. Sin embargo, el paso del tiempo y el desarrollo económico de poblaciones como Daroca y Calatayud, junto con el descenso de habitantes en los núcleos de población atravesados por este itinerario, pudieron justificar razones para que el Camino Real pasara por Daroca y desde esta población facilitar la comunicación con Calatayud hacía Soria o bien continuar el itinerario hasta Zaragoza, por las poblaciones de Retascón y Paniza a Cariñena.

La ciudad de Daroca tenía un gran atractivo para gentes de diverso tipo, desde grupos marginales que intentaban ejercer sus actividades ilegales hasta maestros y artesanos cuyos oficios eran demandados; para gentes de paso, visitas temporales, llegada de inmigrantes, salidas y entradas de los habitantes de la

⁴ Valencia a Zaragoza. Sigue la carretera actual, primero hasta Murviedro, hoy Sagunto luego hasta Teruel y por último a Zaragoza. Pasa por Masamagrell y Murviedro paralelamente a la costa; después por Segorbe, Barracas y el puerto de la Puebla y Teruel; de allí sigue por Villarquemada, Calamocha, Villarreal y Cariñena, donde empalma con el camino de Zaragoza a Daroca.

⁵ Hasta esta población de Calamocha, el camino viene siguiendo el curso del río Jiloca, la variante penetraba en los términos de Campo Romanos por la rambla de Lechago-Cuencabuena, hasta Ferrerueta y Villareal; desde aquí, por el barranco de San Martín hasta el río Frasnó para alcanzar Cariñena y Muel y seguir por el valle de la Huerva hasta Zaragoza.

ciudad en su actividad cotidiana; para peregrinos, mercaderes, visitas ilustres, juglares, etc. La ciudad fue un polo de atracción para quienes se desplazaban por el Camino Real, pero el paso del tiempo significó un progresivo abandono del trayecto propuesto por Villuga, en 1546, en favor del paso por esta población de Daroca con dirección a Zaragoza o Calatayud. En otro orden, las diferencias en cuanto a tiempo a emplear entre los recorridos es de una jornada escasa.⁶

Podemos afirmar que el caminante, viajero o peregrino que se trasladaba durante la Baja Edad Media entre las poblaciones de Valencia y Zaragoza, utilizaba los trazados de los antiguos caminos romanos, mantenidos por los musulmanes y utilizados tras la conquista y cristianización de los territorios. En estos caminos que sirvieron de vía de comunicación, de expansión cultural y afianzamiento del comercio entre el Mediterráneo valenciano y el interior de Aragón, que fueron usados como caminos de promisión y de inmigración, podemos identificar un uso devocional al discurrir entre poblaciones cargadas de religiosidad y tradición peregrina.

El Camino Real configuró el principal eje de comunicación y de andadura para los peregrinos que procedentes del Mediterráneo, se dirigían hacia la tumba del Apóstol Santiago en Galicia, intermediando su recorrido en el encuentro con el Camino de Santiago francés y/o el Camino Jacobeo del Ebro.

Los caminos fueron mejorándose y adecuándose a los requerimientos de los viajeros y las necesidades impuestas por el progreso. A mediados del siglo XVI, aparecen los coches tirados por caballos, en un principio para uso de Reyes

⁶ Si tomamos como referencia la población de Cariñena, punto de paso común al itinerario de Villuga y el alternativo por Daroca, continuando hacia Zaragoza y utilizando los recursos actuales para el cálculo de rutas en kilómetros y considerando las variaciones que se hayan producido en los caminos, estamos observando una diferencia de 7 Km, aproximadamente. La distancia de Calamocha a Cariñena pasando por Daroca y Retascón es de 64,7 Km. En leguas 11,6, en repertorio de Villuga 10, 5 leguas. La distancia entre Calamocha y Cariñena, pasando por Lechago, Lechón y Romanos es de 57,6 Km. En leguas: 10,3, en repertorio de Villuga 9,5 leguas.

y nobles pero que en España abundaron para la comodidad de los viajeros en los largos recorridos, tendencia que se va a mantener los siguientes siglos. Con Fernando VI, se construyeron los primeros tramos de carretera, aptas para el paso de carros y de los vehículos de cuatro ruedas. La aparición de ventas, mesones y posadas en un número importante, a finales del siglo XV, mejoró y facilitó los trayectos al proveer los lugares de descanso, refugio y reposición de caballerías.

Con el Siglo XVIII se inició la gran revolución del pensamiento y de las ideas que llegan hasta nuestros días; la aplicación de los ingresos públicos a la construcción de los caminos principales, la consiguiente exigencia de calidad de los nuevos caminos en cuanto a trazados, pendientes y rampas, paso de obstáculos y sobre todo en firmes para atender la demanda social ya existente, va a tener unas repercusiones positivas en cuanto al transporte sobre ruedas tanto para los viajeros, como para las mercancías. Nos queda pues el interés del ser humano por mantener la tradición de la peregrinación y su esfuerzo por recuperar y/o aproximar, desde las nuevas exigencias en las comunicaciones, el crecimiento y florecimiento de la semilla histórica milenaria de las rutas jacobeanas.

Afortunadamente los caminos de peregrinación a los santos lugares como el Camino de Santiago, van a perdurar conservando su andadura marcada por el paso de los viajeros y peregrinos a lo largo de los siglos. Una situación mejorada en la actualidad con la dotación de recursos, comodidades y seguridad, pero desgraciadamente, con parte de algunos de sus recorridos sustituidos por otras variantes en los itinerarios. Unas variantes que obligan a los peregrinos a realizar largos desplazamientos para evitar las nuevas infraestructuras viarias o los espacios reservados a líneas de alta velocidad, o en ocasiones cuando la historia del camino sucumbe cubierta de agua por un necesario embalse.

En la actualidad, como ya hemos citado, esta ruta está pendiente de actuación y catalogación como una posible ruta hacia Santiago, lo que constituye

un atractivo añadido a la par que ocurre con otros probables trazados pendientes, como son las conexiones desde los puertos gibraltareños hasta el inicio de la Vía de la Plata en Sevilla; la que partiría desde Valencia para enlazar con la Ruta de la Lana; el trayecto desde el puerto de Tarragona a Lleida; el trazado desde Castellón con Teruel, entre otras. Todas estas propuestas, de alguna manera invitan a desarrollarlas y documentarlas, como así propone en su estudio Menéndez de Luarca (2006: 22-23) a partir de un mapa de los Caminos a Santiago en España y Portugal (ver anexo 13). Una situación que comporta un volumen de trabajo importante dada la previsible escasez de fuentes documentales provocada por los distintos eventos y conflictos, ocurridos a lo largo de la historia de estos territorios.

Capítulo 5

LAS PEREGRINACIONES Y EL AMBIENTE DEVOCIONAL

La peregrinación, desde el punto de vista general histórico y religioso, no es otra cosa que el viaje, emprendido individual o colectivamente, para visitar un lugar santo, donde se manifiesta de un modo particular la presencia de un poder sobrenatural. Considerada de esta manera, la encontramos desarrollada en casi todas las religiones, desde la prehistoria hasta los más elevados círculos religiosos y culturales actuales. (Vázquez de Parga, et al., 1998).

El Diccionario de la Real Academia Española (22ª edición), define la acción de peregrinar procedente del latín *peregrināre* con las siguientes acepciones:

1. Andar por tierras extrañas, lo cual se dice de una persona
2. Ir en romería a un santuario por devoción o por voto.
3. En algunas religiones, vivir entendiendo la vida como un camino que hay que recorrer para llegar a una vida futura en unión con Dios después de la muerte.

Todo ello, aunque aspectos diferentes del mismo vocablo, terminan componiendo un cuadro que de una manera u otra afecta en su conjunto a todos los peregrinos. Por su parte, en el Diccionario de Covarrubias (1674) se define al peregrino como:

El que sale de sus tierras en romería a visitar alguna casa santa, o lugar santo. Dicho en latín: *peregrinus a peregre, hoc et longe*, por andar largo camino. Peregrinar, andar en romería, o fuera de su tierra. Peregrinación a la romería.

Desde el principio del cristianismo, un aspecto manifiesto de la religiosidad popular fue sin duda la veneración de las reliquias de los santos, los restos y los elementos materiales que estuvieron supuestamente en contacto con ellos, constituían la expresión del favor divino que los santos gozaron en vida. Sus restos corporales y objetos de uso cotidiano tenían para cualquier fiel una "virtus" de carácter taumatúrgico incontestable. Estos símbolos fueron considerados como una protección para la persona que los poseía. En términos sociales constituyó un elemento generador de distintos

movimientos de peregrinación. Conservar una reliquia se traducía en tener una fuerza especial frente a lo adverso, lo que desató un gran afán por conseguirlas al precio que fuera, fue como una fiebre por poseerlas de todo tipo, ya fueran verdaderas o falsas. Las reliquias fundamentaban en los fieles una de las más firmes creencias de la época medieval.

Hacia el año 430, el culto a los santos se encontraba muy extendido. Los primeros santos que de forma espontánea se veneraron fueron los mártires tras su persecución y muerte, en ocasiones, el culto aparece como resultado del descubrimiento de un cuerpo considerado santo, dando origen a un culto ligado a partir del lugar donde estaba o se suponía se encontraba la tumba del mártir y/o el propio lugar del martirio..

Los obispos, animados por los abades de los monasterios, encontraron en este culto una fuerza y un prestigio que propiciaba celebraciones, organización de fiestas y construcción de monumentos para su visita y veneración. Algunos obispos acudían a los santos para que bajo su advocación se terminara una epidemia. Estos santos pasaban a ser patronos de la ciudad, protectores de la figura del obispo y defensores de los abades. Con motivo de conflictos bélicos, acudían a solicitar la merced y la intercesión del santo local y, en su caso, acudían a ellos después para dar gracias por su salvación.

Las peregrinaciones ligadas íntimamente al culto, a los santos y a sus reliquias, constituían una de las formas privilegiadas de piedad popular. Durante la Alta Edad Media la motivación de estos viajes estaba considerada básicamente expiatoria. Sin embargo, a partir del siglo XI se registra un mayor auge de esta práctica devocional mediante la fijación de los itinerarios de peregrinación típicos de la Edad Media. Aparte de razones secundarias, como el deseo de aventura o el conocimiento de otras tierras, la gran mayoría

de peregrinos viajaban con una decidida motivación religiosa. No se peregrinaba en efecto a cualquier lugar, sino allí donde esperaba conseguirse un favor divino. No obstante, no todos los destinos sagrados ofrecían idénticos beneficios. Si a ello se le unen las dificultades materiales del viaje, el peregrinaje respondía a un prioritario y consciente acto de voluntad, minuciosamente preparado hasta en sus más mínimos detalles.

Las reliquias adquirieron gran importancia desde las cruzadas. De hecho, la devoción surge en Oriente, pero es en Occidente donde alcanza una considerable importancia, donde se produce una fusión entre el aspecto material y el culto divino. Las reliquias representan al santo, ya sea una parte de su cuerpo o de un objeto usado o en contacto con y/o por él. La posesión y devoción de reliquias constituía y continúa siéndolo, hoy en día, un elemento de atracción para peregrinos, cuya presencia, desde un punto de vista económico, se traduce en una importante fuente de ingresos. Pero, sobre todo, contribuyen directamente en muchos casos a la mejora del prestigio de una población, una comunidad religiosa, un santuario o de una diócesis.

Los lugares en los que descansan los cuerpos de los santos fueron y hoy siguen siendo referentes de devoción entre los creyentes. Alrededor de estos enclaves, se diseñaba un ambiente imaginario adecuado a una acción intercesora y milagrosa. Los sepulcros se convirtieron en polos de atracción de peregrinos, la reliquia adquiría un significado de permanencia de la figura del santo y buscando su contacto le concede una especial consideración. La reliquia desde la perspectiva de una determinada creencia colectiva mantenía su función aún con el santo sin vida. De hecho para el hombre medieval las reliquias eran la representación de los santos que continuaban entre los hombres, y de esta manera serían tratados, como si vivieran en la comunidad y participaran de su vida.

Con frecuencia se ocasionaron excesos y usos inadecuados de estos sacros recuerdos. Las reliquias se obtenían por medios comerciales impropios a la naturaleza y valor del objeto, lo que provocó una proliferación de falsas reliquias que obligó al papado a dirigir su atención a estos hechos y así ordenó que ninguna reliquia fuera venerada sin el consentimiento del romano pontífice. En este sentido, Hetling (1989: 156) recoge la prohibición papal de la simonía:

Nicolás II reunió entonces en Letrán un sínodo (1059), cuyas decisiones, de un alcance desusado, dio luego a conocer a toda la cristiandad con la encíclica *Vigilantiae universali*. En ella [...]. Se prohíbe toda maquinación simoníaca en la concesión de una consagración o de un beneficio.

No se limitaron únicamente al cuerpo del santo, ya sea el cadáver incorrupto e intacto o un fragmento del mismo, pues tanto la parte como el todo poseen los mismos poderes sobrenaturales. Por el contrario, cualquier objeto material que hubiese estado en contacto con el santo recibiría esta misma consideración. Dentro de este grupo de objetos materiales cabe mencionar el trozo de madera conservado en el Monasterio de San Millán de la Cogolla al que se le atribuía la facultad de obrar prodigios¹. Así pues, la posesión de reliquias implicaba consecuencias muy ventajosas, ya que para un monasterio suponía contar con una devoción estable y en cierto sentido garantizarse la afluencia de fieles peregrinos que suplicaban el favor del santo. Este hecho se traducía, a efectos prácticos, en una constante vía de ingresos necesaria para el mantenimiento de la comunidad y de este núcleo de vida de oración.

No obstante consideramos que estas devociones, así como el fomento y protección de las peregrinaciones y de los peregrinos, constituyó durante toda la Edad Media una prioridad manifiesta por parte de las diferentes

¹ Se trata en esta cita de un pequeño palo que fue el resultado del milagroso aumento longitudinal de una viga, necesaria para la construcción de un hospital promovido por el propio Santo. (Olarte, 1976).

dinastías de la Corona de Aragón, expresado en visitas, patronazgos, concesiones de beneficios, etc.

5.1 Las Peregrinaciones medievales

García de la Borbolla (2004) argumenta el papel que desempeñaron los monasterios en el fomento de las peregrinaciones medievales. Dice que en este universo de lo sagrado todo estaba perfectamente ordenado y planificado para atender los esquemas de unas gentes ávidas por profesar algún tipo de devoción, lo cual queda reflejado en una realidad menos perceptible, como lo eran las esperanzas, inquietudes y deseos del hombre medieval.

Los centros de difusión cristiana se personalizaron en las figuras de los monjes, que reunidos en monasterios, entregados al trabajo mental y material, con la meditación y la oración, se impusieron al pueblo por su saber y su virtud, dos condiciones de la espiritualidad que los hombres acababan por admirar y por consiguiente acatar. Monjes que se retiraron en un monasterio, estudiaron, rezaron y trataron como hermanos a los demás hombres, que fueron respetados y recibieron el afecto que les dispensaron, incluso los propios reyes y la nobleza, ante la dureza de las costumbres de la vida monacal.

Desde los primeros tiempos del cristianismo, en la Corona de Aragón existían monasterios, como por ejemplo, el de San Pedro de Siresa, fundado en el 833, San Salvador de Leyre, datado de mediados del siglo IX, san Juan Bautista, en el siglo X, refundado bajo el nombre de Monasterio de San Juan de la Peña por Sancho el Mayor de Navarra en el primer tercio del siglo XI, Monasterio de San Victorián obra del siglo XI, los dedicados a las santas Justa y Rufina en el Condado oscense de Sobrarbe, institución del siglo XII.,

En el entonces Condado aragonés de Ribagorza Ovarra, en el año 1003. En los condados catalanes y de manera cronológica, San Cugat en el Vallés fundado aproximadamente en el año 878 y el de Ripoll en el Ripollés. De fundación, aparentemente, posterior destacamos los Monasterios de Veruela fundado en 1145, Poblet en el 1150, Santes Creus en 1150, Rueda, en 1153, Sigüenza, en 1188, Nuestra Señora de Piedra, en 1194, entre otros. Probablemente todos estos recintos monacales surgieron con la fundación de núcleos religiosos.

A la existencia de instituciones monásticas se une uno de los aspectos fundamentales de la historia de las peregrinaciones, el de la hospitalidad. Los peregrinos la esperan, reciben y con ella se facilita la realización de su fin, especialmente en las épocas que coincide su visita con la concesión de privilegios e indulgencias y por tanto de mayor afluencia a los centros de peregrinación.

La consolidación del significado de peregrino en todo el Occidente europeo, supuso la acepción de “aquel que por razones religiosas emprende un viaje para visitar un lugar o templo relacionado con la religión”. Dante Alighieri (1265-1321) define en uno de sus sonetos en la Vita Nuova (XLII) el significado de peregrino:

“chiamansi palmieri in quanto vanno oltremare, là onde molte volte recano la palma; chiamansi peregrini in quanto vanno a la casa di Galizia, però che la sepultura di sa' Iacopo fue più lontana de la sua patria che c'alcuno altro apostolo; chiamansi romei in quanto vanno a Roma” (Citado por Díaz García, 2009).

El deseo de peregrinar a lugares de devoción constituye parte del sentir del hombre medieval, la dimensión que adquirió esta actividad de fe precisó del establecimiento de normas dirigidas a la protección de los peregrinos. En el estudio de Gallegos (2005) acerca del Estatuto jurídico de los peregrinos en la España medieval, enuncia una definición que compartimos acerca de las peregrinaciones y peregrinos.

“viaje individual o colectivo emprendido a un Santuario o lugar sagrado, donde se manifiesta la presencia de un poder sobrenatural, para allí realizar actos de religión, ya sea por motivos particulares o sociales o colectivos”.

Los cristianos medievales creían que la peregrinación a un santo lugar era de particular beneficio espiritual. El más importante lugar sagrado, pero el más difícil de alcanzar, era la Ciudad Santa de Jerusalén. En el continente europeo, dos centros de peregrinaje eran populares en la Alta Edad Media: Roma, donde estaban depositadas las reliquias de san Pedro y san Pablo y la ciudad española de Santiago de Compostela, donde se creía que estaba la tumba del Apóstol Santiago.

5.2 El ambiente religioso popular en la Baja Edad Media

En torno al siglo XII se produjo un cambio en la simbología que se vio esencialmente reflejado en la proyección de las preferencias en las devociones cristianas; la cruz fue perdiendo su carácter peyorativo, como instrumento de martirio de Cristo, en favor de un símbolo de la piedad cristiana, sustituyendo a los símbolos del pez y el cordero. También se estimuló la hagiografía que en los comienzos del cristianismo habían sido proclamados por tradición popular, como mediadores entre Dios y los hombres. A partir de este tiempo son necesariamente nominados por la Iglesia, que exige para tal nombramiento contar en el expediente de canonización con una relación de milagros efectuados por el posible santo.

A partir del siglo XI se hizo evidente la fascinación por María como madre humana de Jesús. Un símbolo de la importancia de María es el creciente número de iglesias por toda Europa que se consagraron a ella, entre los siglos XII y XIII. El culto a María se ve traducido en la fundación de múltiples santuarios dedicados a ella que también se convirtieron en centros de peregrinaje. Sin lugar a dudas, de todos los santos, es la figura de la Virgen María — madre de Cristo— la que ocupó la más prominente posición

en la Edad Media. Se concebía a María como la mediadora más importante ante su hijo, juez de todos los pecadores.

La imaginación popular afectada por los abatimientos de las enfermedades epidémicas de la época, o por las malas cosechas entre otros problemas, otorga a los santos poderes sobrenaturales y así surgen los "Santos Sanadores". A cada uno de ellos se le asigna una especialización en la curación de una enfermedad determinada. Durante la peste se hicieron rogativas a san Roque, santo que asume un patronazgo muy popular e interesante en las poblaciones ubicadas a lo largo del Camino Real de Valencia a Zaragoza, circunstancia ya señalada en la descripción de las dedicaciones en ermitas y peirones, devoción que no frenó la mortandad de la epidemia. La imagen del santo encarna a la de un peregrino, figura muy característica del hombre medieval, al tiempo que su icono representa el sufrimiento a través de las llagas (bubones) típicos de la peste. Es probable que el flujo de caminantes influyera en la extensión de las epidemias, y entre ellas, la peste, de ahí las numerosas referencias que se tienen de san Roque en cuanto a patronazgo de ciudades, titular de Iglesias y advocaciones en ermitas y peirones. Los santos eran considerados capaces de realizar el milagro de restablecer la salud de poder, de la misma manera, quitarla como castigo por un pecado cometido o por una promesa incumplida. De esta forma se creía que san Lorenzo, igual que curaba los eczemas podía provocarlos, san Benito haría lo propio con la litiasis; de la erisipela de encargaba san Silvano. La práctica de la curación se puso bajo la advocación de dos santos de origen sirio: Cosme y Damián, como lo estuvo la griega bajo la de Asclepio o Esculapio, al que se erigieron santuarios en Atenas, Epidauro, Pérgamo, etc. Cada ciudad tenía su santo protector e incluso los gremios se buscaron un valedor celestial: los carpinteros a san José, a santa Catalina los carreteros, los traperos a san Jaime. Los ex-votos que todavía en la actualidad se exhiben en algunos santuarios e iglesias, tienen igualmente sus orígenes por esta época.

5.3 La revitalización del cristianismo tras la conquista de Valencia

A raíz de la conquista de Valencia por el rey Jaime I, apoyado por tropas catalano-aragonesas, se configuró un nuevo modo de vida que en la ciudad, y en gran parte del reino, se caracterizó por un profundo sentimiento religioso. Este sentimiento se manifestó entre los nuevos ciudadanos de manera destacada, mediante una actitud caritativa hacia los pobres, cuidado de los enfermos y acogida a peregrinos. Se impusieron, asimismo, otras manifestaciones dirigidas a la veneración de santos y reliquias, se fomentaron las visitas a santos lugares, la obtención de indulgencias, y por tanto las peregrinaciones. Prácticas cristianas estimuladas y dirigidas para expresar gratitud por la ayuda providencial en los tiempos duros, sobre todo en relación con la pobreza, el hambre, las calamidades naturales, guerras y especialmente las enfermedades infecciosas.

En la biografía del rey Jaime I el Conquistador (1208-1276) de Hinojosa (2003), se cuenta un hecho no exento de anécdota, pero que tiene relación con el Apóstol Santiago. Es la forma en que la madre del rey Jaime I, la reina D^a. María de Montpelier, escogió el nombre del que luego sería el artífice de la conquista y cristianización del Reino de Valencia:

“La reina ordenó encender doce cirios con los nombres de los apóstoles, manifestando que el que durara más daría el nombre a su hijo, lo que sucedió con Santiago Apóstol, san Jaime. (Citado por Hinojosa, 2003: 1)

Aseguradas las posiciones e instalados los primeros contingentes repobladores, la vida ciudadana comenzó a organizarse y adaptarse en Valencia --teniendo presente la necesaria convivencia con la población morisca conversa y no conversa--, la forma adecuada de este nuevo escenario se planifica partiendo de las bases institucionales que proporcionaron la Iglesia y la monarquía, La finalidad era organizar el territorio conquistado y

asegurar su permanencia, dentro de un marco organizativo que tuviera como elementos base, la parroquia y el municipio configurando una estructura político administrativa, que Burns (1989: 130) define como “célula religiosa inicial: La Parroquia y el Orden sacerdotal”.

Todas las parroquias disponían de su *Consell*, seglar y sus funcionarios elegidos, dos o más recaudadores de impuestos o *taxes reials*, un cargo de justicia, etc. El edificio de la Iglesia servía desde archivo a lugar de celebraciones y rituales donde se llevaba un registro de los nacimientos, y se realizaban actos de casamiento y defunción. Las crónicas de las efemérides sucedidas con la capitulación de Valencia fueron evolucionando y transformándose en hechos legendarios, conseguidos con el apoyo y fuerza de la voluntad divina y representados en forma de milagro, que con el tiempo sirvieron para planificar los argumentos y alicientes para asegurar el asentamiento de muchas costumbres y tradiciones festivas.

Según García Edo (1990) el *Llibre dels feyts* de Jaime I, relata de forma autobiográfica, la vida del rey Jaime I. En el se registraron acontecimientos de diversa índole ocurridos en vida del monarca, especialmente los referidos a las conquistas de Mallorca y Valencia. La historia empieza con su nacimiento y termina con su muerte. Alguien propuesto por él realizó el prólogo y el epílogo, destacando tanto por la erudición como por la perfección estilística. El conquistador expreso de forma explícita al expresar la finalidad de sus "memorias":

“E per tal que los hòmens coneguessen, quan hauríem passada aquesta vida mortal, ço que nós hauríem fet [...] e per dar eximpli a tots los altres hòmens del món...” *Llibre dels Feyts*. Proleg.

La siguiente generación procedió a la mitificación de las gestas del rey Jaime I, siendo esto la base para el desarrollo de relatos con forma y estructura de epopeya, en que aparecieron nuevos personajes. La cronología y justificación de los hechos fueron adquiriendo un sentido providencial y de

intercesión divina. En ella san Jorge adopta un papel protagonista en la conquista de Valencia, presentándose en el Puig de Santa María al mando de un gran ejército de soldados celestiales, para liberar a los cristianos del ataque musulmán. Narbona (2003:47-48) en relación con este hecho, cita las crónicas sobre la aparición de una imagen de la Virgen en el real sitio de El Puig.

Paradójicamente en los siglos previos a la conquista de Valencia, y habiendo estado la ciudad bajo dominación islámica, se conservó la memoria del santo mártir Vicente, en su sepulcro, según las noticias que nos han llegado a través de las peregrinaciones a su tumba y al lugar de la pasión vicentina. Los reyes de Aragón se habían acogido a la intercesión del santo Vicente, especialmente Jaime I, durante la conquista de la ciudad de Valencia, comenzando de nuevo la promoción de un culto que de manera continuada se había mantenido durante siete siglos y que había quedado en manos de la Corona de Aragón a partir de 1172. En este año, Alfonso II el Benigno que pobló y dio fuero a Teruel, sitió a Valencia, y para levantar el cerco, exigió el dominio de la Iglesia de San Vicente situada en el arrabal de Rayosa, cuyo núcleo era la Basílica de San Vicente de la Roqueta. También Pedro II demostró su devoción al santo, su hijo, el rey Jaime I, heredó y superó la devoción de sus antecesores a aquel joven diácono, venerado en toda la Cristiandad, en la “era de los mártires” de la persecución de Diocleciano.

5.4 El culto a los santos, milagros y reliquias en la Valencia medieval

La reconquista y repoblación de la ciudad de Valencia implantó unas advocaciones precisas en las iglesias de la ciudad que testimoniaban las inquietudes de la población recién asentada, que movida por la espiritualidad del momento, instituía iglesias en las parroquias que vinculaban de forma

especial a la figura de Cristo desde una visión salvadora y salutífera, al tiempo que la veneración hacía María se hizo imprescindible como figura mediadora para la salvación eterna. También se erigieron parroquias en honor y advocación a los santos confesores, se levantaron parroquias en honor de los Apóstoles, y de los santos mártires de la cristiandad antigua, así mismo se honró la representación del ideal caballeresco como objeto de actuación devocional.

La prestigiosa figura de Jaime I y la veneración a san Jorge, subrayan que el cristianismo fue implantado por los conquistadores con una precisa red parroquial novedosa y sin tradiciones heredadas, a excepción de la figura del mártir Vicente. Narbona (2003) plantea que en período previo a la conquista e incluso en los primeros tiempos de las peregrinaciones vicentinas, en la instauración del cristianismo en la ciudad de Valencia, el lugar relacionado con el martirio de san Vicente “solo constituyó un centro de peregrinación”, lo que viene a confirmar la primacía en la historia de las peregrinaciones de la España cristiana.

La ciudad de Valencia, así como varios lugares que atraviesa el Camino Real que transcurre desde Valencia a Zaragoza, está ligada a lugares de peregrinación, para la veneración de sepulcros y reliquias. Estos lugares eran un atractivo en la personalidad cristiana del hombre medieval, por lo que pensamos en la posibilidad de un recorrido cargado de devoción y fe, que podría enlazarse con la continuidad de la ruta al lugar de peregrinación por excelencia, como lo fue entonces y lo es ahora el Camino de Santiago.

5.5. Las primeras devociones de la Valencia cristiana (siglo XIII)

El rey Jaime I promovió el desarrollo de una organización territorial basada en unidades parroquiales, las cuales fueron desarrolladas durante los

años posteriores a la conquista de la ciudad de Valencia. Cada unidad parroquial fue colocada bajo la advocación de un santo/a. La vinculación de cada parroquia con un santo/a nos permite identificar la procedencia de los pobladores, ya que a cada uno de los grupos de repobladores y acompañantes del rey Jaime I, se les proporcionó una parte de la ciudad. El número de las parroquias erigidas por Jaime I fue de diez, cifra calificada por Cabanes y Ferrer (1980), como importante para el lugar y la época y que es confirmada en el “*Llibre del Repartiment*” (transcrito por Camarena, 1984) y ratificada merced a un censo de población realizado en abril de 1239. Este reparto puede ser constatado a partir de los censos basados en los impuestos de los *morabatins* de 1355 y 1361 y que Rubio Vela (1995) recoge en su estudio acerca de la población de Valencia en el período bajomedieval.

Según los censos aludidos de 1355 y 1363, estudiados por Rubio Vela (1995), encontramos en la parroquia de san Andrés una población de 310 y 242 hogares; la parroquia de san Martín, que disponía de 634 y 775 hogares, que fueron concedidos al Concejo de Barcelona; la parroquia de san Lorenzo que declaró en los *morabatins* 187 y 172 hogares; la de san Bartolomé con una población de 243 y 257 respectivamente, situadas en el barrio que Jaime I concedió a los hombres del concejo de Daroca, además de un pequeño reparto sobre las concesiones al concejo de Teruel, al que se adscribió la parroquia de san Nicolás que manifestó un censo de 352 y 396 hogares. En la parroquia de santa María Magdalena se censó a los hombres de Zaragoza, zona poblada por un conjunto de 605 y 577 hogares. La parroquia de san Salvador fue concedida al concejo de Lérida; mientras que la de san Esteban con 546 y 435 hogares, a los hombres de Tortosa; la de santo Tomás que se estableció en el barrio concedido por el monarca aragonés a Guillem Dezpont, la cual contaba con una población adscrita de 139 y 193 hogares

respectivamente y por último la parroquia de santa María² que recibe este nombre por la Asunción de la Virgen a la cual el monarca Jaime I le tenía una gran devoción, denominándose también como de san Pedro, con 315 y 258 hogares y en la que encontramos la Iglesia Mayor o Catedral.

En el ámbito de esta organización parroquial se podría ubicar las iglesias de las Órdenes Militares, que recibieron importantes donaciones y contribuyeron al regimiento religioso de la ciudad de Valencia, la ubicación de estas órdenes vienen detalladas en el estudio de Cabanes (2005: 463-474), la Orden del Santo Sepulcro, formaba conjunto con la parroquia de san Bartolomé, dentro del barrio de los de Daroca y limitando con los del concejo de Teruel; la Orden del Temple quedó asentada en la partida de Lérida; la Orden de San Juan del Hospital, quedó ubicada en el barrio de los de Tortosa, donándoles un importante lote inmobiliario, donde se construyó la Iglesia de San Juan del Hospital el complejo institucional construido en los años centrales del siglo XIII, estuvo formado por la casa y convento, el hospital y cementerio. El conjunto de San Juan del Hospital, a mediados del siglo XIV se vio envuelto en reformas urbanísticas emprendidas por los regidores municipales, que favorecieron la formación de una barriada muy poblada, en cuanto a la Orden de Calatrava, las donaciones fueron más modestas, pero dispuso de una estratégica ubicación en el punto más alto de la ciudad, camino hacia el mercado, y las sedes de las Cofradías de San Jaime de Uclés y San Jorge de Alfama

Por otro lado, fuera del recinto murado, hubo otros edificios de culto. Unos parroquiales, como san Juan del Mercado en el barrio de la Boatella; santa Cruz en el de Roterros, donde estaba el Hospital de Santa María de Roncesvalles, y Santa María del Mar en el barrio portuario.

² Testimonio de esta veneración es la dedicación de hasta cuarenta parroquias de la diócesis valentina a la aquí denominada “Virgen de Agosto” y su patronazgo sobre doce de sus arciprestazgos.

Otros establecimientos monacales supervivientes de la etapa musulmana, fueron, el Monasterio de San Vicente de la Roqueta (s. VI), antigua iglesia mozárabe y activo centro de peregrinación, que contaba con basílica y hospital. Tras la conquista y durante la siguiente centuria, se fundaron cenobios, pertenecientes a las órdenes mendicantes: El Cister y la Merced, Predicadores o Dominicos, Franciscanos, Agustinos, El Carmen, Trinitarios, Monasterio de “Gratia Dei”, Puridad, Magdalenas, Antoninos, San Julián, El Socorro, El Remedio, Santa Tecla.

Este emergente panorama religioso nos lleva a intuir el profundo y arraigado clima de fervor religioso que se vivía en la ciudad, manifestado en la relación entre la devoción y la advocación de cada parroquia, puesto que las Órdenes Militares y monasterios fueron dedicados en memoria de sus fundadores. Sin embargo para Cabanes (2002 parece ser que el vínculo de las parroquias con las advocaciones no se realizó en función del origen y procedencia de los pobladores, ni siguió criterio alguno.

El hombre medieval parece no tener en duda la existencia de una perfecta comunicación entre el mundo celestial y terrenal que queda garantizada por toda una serie de figuras intermediarias como son los santos, que no son simplemente aquellos que habiendo llevado una vida virtuosa y dedicada a Dios, disfrutaban de la gloria del Cielo; son además personajes que a pesar de su “tránsito” mantienen su presencia tangible en este mundo. Chelini (1997) define como “aquellos compañeros invisibles de los hombres” que con su “*praesentia* y su *virtus*” auxilian al mundo de los vivos.

La devoción al Ángel Custodio había adquirido a fines de la Edad Media un gran auge en las ciudades de la Corona de Aragón, con un carácter eminentemente municipal, como protector especial de las mismas y, luego,

pasó a la religiosidad popular, como protector de los jóvenes. Esta figura tuvo en Valencia un valor emblemático, probablemente gracias a la iniciativa de Eiximenis, los Jurados valencianos acordaron poner a la Ciudad de Valencia bajo la protección del Ángel Custodio, considerado desde entonces como uno de los patronos de la Ciudad y del Reino³.

5.6 Lugares de peregrinación en el Camino Real de Valencia a Zaragoza

Son varias las referencias acerca de que este camino constituyera, además de una importante y consolidada ruta comercial, un camino de peregrinación y devoción (ver anexo 14). A este respecto se refiere Cabanes (2002) mostrando su convicción de que las ciudades de Valencia y Zaragoza constituyeron en la Baja Edad Media, un eje entre dos importantes centros de peregrinaje, por un lado San Vicente de la Roqueta en Valencia y por otro El Pilar en Zaragoza. Esta ruta de peregrinación constituyó un atractivo añadido por el hecho de su conexión con las rutas de peregrinación a Santiago de Compostela. (Ver anexos 15 y 16)

5.6.1. Monasterio de San Vicente mártir (Sant Vicent de la Roqueta).

La erección de la iglesia de este monasterio, para Esclapes (1734) y Llombart (1887), está datada desde la más remota antigüedad. Es el propio Rey quien por voluntad propia y en agradecimiento al Papa, engrandece este convento en la ciudad, dotándolo con un hospicio para enfermos y desahuciados, y ampliando con otro hospicio para la curación de distintos accidentes, con el título de Hospicio de la Magdalena, que posteriormente se denominó Hospital.

³ La figura del Ángel Custodio tiene en Valencia un valor emblemático desde que los Jurados proclamaran su fiesta en 1446 como protector de la ciudad y reino. Su efigie está presente desde antiguo en los blasones de la Generalitat valenciana junto a San Jorge y la Virgen.

Según Cabanes (2002) la grandeza de las obras, la ubicación de lugares de acogida a enfermos, y la tradición transmitida a través de las pequeñas comunidades cristianas, que resistieron al dominio musulmán antes de la conquista, hace que se considere este emplazamiento como uno de los centros de peregrinación implícitamente recomendados a los valencianos. Está situado a las afueras de la ciudad de Valencia, junto a la vía Augusta que la comunicaba con Roma, y está levantado sobre el sepulcro del diácono oscense Vicente. La Basílica de San Vicente de la Roqueta reunía los ingredientes requeridos para ser un importante centro de peregrinación: unos lugares santos, el principal de los cuales era la mencionada basílica, erigida sobre el sepulcro del santo; un camino martirial recorrido, en primer lugar por el citado diácono oscense durante su martirio y cautiverio, y posteriormente convertido en vía de peregrinación para fieles y penitentes; y por último, lo esencial, la existencia de peregrinos.

Es posible que la ciudad de Valencia, constituyera en los siglos medievales un centro de devoción y peregrinaje, restablecido y consolidado tras la conquista en 1238. En este sentido Corbín (2001) al estudiar las romerías y peregrinaciones en la diócesis de Valencia, afirma

“que fueron muy renombradas las peregrinaciones para visitar el sepulcro de diácono Vicente Mártir en el Santuario vulgo de la Roqueta y a las que se sumaban gentes de toda la cristiandad europea”.

El valor devocional de este santuario viene reforzado por otro santo venerado en Valencia, se trata del dominico Vicente Ferrer. Pero la devoción al mismo se halla extendida por la mayor parte de los lugares que recorrió a lo largo de su peregrinación y predicación. Su elevación a los altares a mediados del siglo XV infundió gran vitalidad a la rememoración de sus hechos y fama. La encuesta realizada por Roma en distintos lugares de Europa para desarrollar el proceso de canonización hizo florecer innumerables referencias, convertidas después en tradiciones, que junto a los documentos históricos sobre las contingencias de su biografía, sembraron los

reinos medievales de una profunda devoción. En sus sermones predicados en valenciano, habló repetidamente de los peregrino y se mostraba proclive a las peregrinaciones de espíritu o visitar con intenciones penitenciales las iglesias o monasterios que a extramuros de la ciudad de Valencia existían.

5.6.2. *El Santo Cáliz de la Cena del Señor (Santo Grial)*

El Cáliz, conocido como Santo Grial en el que Jesucristo instituyó el misterio de la eucaristía, es uno de los más preciados testimonios con que cuenta la cristiandad. El valor de esta reliquia, considerada auténtica, debió representar en la época un importante peso devocional y suscitó un gran interés por su adoración. Sánchez Navarrete (1994) después de estudiar esta reliquia, afirmó que la tradición nos lleva a reconocer que es la misma Copa que utilizó el Señor en la última Cena. Fue llevado a Roma por san Pedro y custodiado por los Papas sucesores hasta Sixto II, en que por mediación de su diácono san Lorenzo, oriundo de España, fue enviado a su tierra natal de Huesca en el siglo III para librar la reliquia de la persecución del emperador Valeriano. Durante la invasión musulmana a partir del año 713, fue ocultado en recintos monacales del Pirineo, estando custodiado en Yebra, Siresa, Santa María de Sasabe (hoy san Adrián), Castillo de Bailio y finalmente, en el Monasterio de San Juan de la Peña (Huesca), donde puede referirse a él un documento del año 1071 que menciona un precioso cáliz de piedra.

La reliquia fue entregada en 1399 al Rey de Aragón Martín el Humano que lo tuvo en el palacio real de la Alfajería de Zaragoza hasta su muerte, en 1410. En el inventario de los bienes de Martín el Humano se menciona la tenencia del Santo Cáliz, como según consta en el Manuscrito 136, conservado en el Archivo de la Corona de Aragón, en donde se describe la historia del sagrado vaso. Hacia 1424, el segundo sucesor de Don Martín, el Rey Alfonso V el Magnánimo llevó el relicario al palacio real de Valencia, donde fue entregado con las demás regias reliquias a la Catedral de esta

ciudad en el año 1437, como así consta en el Volumen 3.532, fol. 36 v del Archivo de la Catedral, en donde hasta hoy se venera.

5.6.3. *La ermita del miracle dels peixets o Milagro de las Sagradas formas*

Cuenta la tradición y las crónicas de la época, que este hecho sucede a mediados de 1348, en las poblaciones de Almassera y Alboraiá, muy próximas a la ciudad de Valencia, que por estos años, se ven sumidas en las dificultades del momento que ocasionaron un nefasto impacto en los censos de población. Momentos de crisis que propiciaron que la religiosidad popular arraigase de forma pujante, de esta forma el pueblo asumió la voluntad divina, una interpretación de sus malos momentos, y una actitud fervorosa avivada por la fuerza de la predicación que el dominico Vicente Ferrer imprimía a sus sermones, cuando proclamaba “...*entender a Jesucristo, cuando envía mortandades al ser ofendido por las gentes...*” Es precisamente en estos siglos, donde los milagros disfrutaron de mayor predicamento entre los cristianos, la interpretación del “*Miracle dels Peixets*”, se enmarca en una tradición popular que ha logrado transmitirse hasta nuestros días, dentro del grupo de milagros de temática eucarística.

No pretendemos entrar en el análisis e interpretación de este suceso, estudiado por LListar (1915), Ortiz (1992), Roig (2002) entre otros. Nuestra intención es ubicar este hecho en el conjunto de una tradición popular que se encuentra en lo que hemos considerado como una ruta de devoción y peregrinación. Creemos que para los cristianos de la época, es decir para quienes por la propia fe iniciaban una peregrinación, el paso por este lugar, supondría una influencia e impacto que reforzaría sus principios y animaría a la continuidad en su camino de peregrinación.

5.6.4. Monasterio de Nuestra Señora del Puig.

En estas tierras se libró, en el año 1237, la trascendental batalla de El Puig, contienda decisiva llevada a cabo por las huestes del rey Jaime I el Conquistador, contra las tropas musulmanas. La empresa se saldó con la conquista del castillo árabe de Enesa, cuyos restos se encuentran en la colina que hay enfrente del monasterio, y conocida como la "montaña de la Patá". Con esta batalla el camino hacia la reconquista de la ciudad de Valencia quedaba abierto.

La fundación del monasterio se debe a la voluntad del rey de Aragón, don Jaime I el Conquistador, ya que mientras se encontraba en la actual población de El Puig con sus huestes preparando el asedio a la ciudad de Valencia, Pedro Nolasco, fundador de la Orden de la Merced que acompañaba al rey, encontró enterrada en la colina y debajo de una campana, una tabla de mármol con la imagen de la Virgen. Considerando el rey don Jaime este hallazgo como un hecho milagroso, proclamó a Santa María de El Puig como patrona del reino de Valencia.

5.6.5. Cartuja Vall de Christ

En la observación de los trayectos descritos en los repertorios de caminos de Villuga (1546), nos llama la atención una serie de destinos que partiendo desde ciudades importantes, finalizan en Monasterios Cartujos, y así nos encontramos el itinerario identificado con el número 9, que discurre entre Barcelona y la Cartuja de Vall de Christ en Altura, (Castellón), y desde este punto, otro itinerario señalado con el número 10, que lo hace hasta la Cartuja de Portacoeli, en Serra (Valencia), también desde Barcelona se abren rutas con destino a otros centros de peregrinación y retiro espiritual.

De alguna manera el itinerario señala este punto de destino, probablemente motivado por los repetidos viajes que los monarcas y el

propio Papa realizaron a este lugar para su retiro espiritual y descanso. Creemos que las ilustres visitas, potenciaron en la población un atractivo interés en la práctica de las romerías y peregrinaciones, para así conseguir indulgencias y visitar santas reliquias. Esta Cartuja se erige por los deseos personales del rey Pedro IV de Aragón, llevados a cabo por su hijo el Infante Don Martín (receptor del Santo Grial), quien dispuso y determinó llevar a cabo este deseo de su padre, y fruto de un sueño narrado por el cronista cartujo, el padre Alfaura (2005). De esta narración se desprende la carga devocional y el sentimiento de los monarcas para con la religión y el favor intercesor con la Iglesia

Como ya hemos citado anteriormente, para el caso de san Vicente de la Roqueta, este lugar reunía los elementos para ser considerado de peregrinación entre ellos, la existencia de reliquias de santos y de objetos de devoción, la afluencia de peregrinos y las peregrinaciones realizadas por la realeza en forma de visitas a la Cartuja tal como citan Domingo (1999) y Simón (2005). La concesión de indulgencias, constituyó sin duda una motivación para quienes visitaran la Cartuja, el mismo día de la consagración⁴, que fue el domingo 13 de Octubre de 1549, así como en los aniversarios de su solemne apertura oficial. La veneración a las santas y auténticas reliquias allí dispuestas, eran variadas y tan numerosas que podrían abarcar ampliamente, muchas necesidades de veneración y culto

⁴ Entre los textos recopilados por Simón Aznar (2005) nos encontramos la crónica del Padre Don Joaquín Alfaura dejará escritas en *Historia o Anales de la Real Cartuja de Val de Cristo. Fundación de los muy altos Reyes de Aragón Don Pedro IV y Don Martín su hijo*, en el libro 2º, Cap. 15 Nº 144. Fue el domingo 13 de octubre de 1549, durante el Priorato del Padre Don Jerónimo Alpont, cuando se llevó a efecto el acto de consagración de la Iglesia Mayor... “hizo venir su música y habiendo hecho un portal en la pared que sale al patio que está junto a la capilla de la gloriosísima Santa María Magdalena fue consagrada la Iglesia y Altar Mayor en honra de la gloriosa Virgen María, del glorioso San Juan Bautista y de las reliquias de los Santos que se encerraron en dicho Altar: las cuales eran de Santiago Apóstol, de San Jorge y San Jacinto....Después de esto concedió a los que aquel día visitasen dicha Iglesia un año de indulgencias y a los que lo hicieran el día del Aniversario 40 días.”

arraigadas entre la población, entre ellas se puede destacar por el interés de nuestros objetivos, las reliquias guardadas correspondientes al cuerpo del Apóstol Santiago (huesos), lo que debió constituir un aliciente en el espíritu y ánimo en la peregrinación, y al mismo tiempo un estímulo por continuar hasta Compostela y culminar así el interés devocional.

5.6.6. Los Santos Mártires de Teruel: Los Franciscanos Juan de Perusa y Pedro de Saxoferrato.

En la histórica ciudad de Teruel, punto intermedio y de paso del Camino Real de Valencia a Zaragoza, y siguiendo el itinerario en sentido y espíritu devocional, nos encontramos en esta ciudad con uno de estos referentes, transferidos desde la historia y la tradición que, sin embargo, reviste elementos de crónica al ser avalados los testimonios a través de ilustres cronistas de la época, es el caso de Eiximenis (1927:34) que se hace eco de este suceso, citando el lugar del martirio, de los santos varones Juan de Perusa y Pedro de Saxoferrato, llegados desde Italia a la ciudad de Valencia en los últimos tiempos del último rey moro Zeit-Abu-Zeit. La ejecución de ambos santos, fue realizada en un momento de exacerbación persecutoria hacia los cristianos, probablemente motivada por la derrota de los almohades en la batalla de las Navas de Tolosa en 1212. La predicación pública en la ciudad de Valencia, practicada con fervor y valentía de la fe de Cristo, acabó con sus detenciones, encarcelamiento y posterior ejecución. La devoción popular hacia estos mártires, se inicia en el mismo momento de su muerte, las noticias de su ejecución llegan a Teruel a través de los cauces comerciales, por supuesto utilizando el camino que unían a estas poblaciones y a través de la noticia narrada, más tarde por Blasco de Alagón y Artal de Luna presentes en Valencia durante el proceso y martirio, que hizo que el propio rey Don Jaime sintiera y expresara devoción por los nuevos mártires. El traslado de los cuerpos recuperados a instancias del rey D. Jaime, supuso una solemne peregrinación y veneración por las poblaciones por donde

pasaban así como recibimiento clamoroso. Tras su entierro en Teruel, los devotos habitantes sintieron la necesidad de construir un templo capaz y digno de quienes fueron sus maestros de espíritu y parece ser lo hicieron sobre la estructura de la Ermita de San Bartolomé (Amorós, 1956:56-57).

En cuanto a lo que podría suponer de atractivo para un peregrino, además de la visita al lugar y venerar las tumbas de estos franciscanos, lo constituía la obtención de indulgencias para el perdón de sus pecados. En este sentido y según Amorós (1956) en cita que se recoge del manuscrito del archivo de los Padres Franciscanos de Teruel (*Libro de las cosas memorables*, fol 76r), hay un inventario de los documentos que se conservan en dicho archivo, donde se hace referencia a la concesión de indulgencias.

Con los antecedentes expuestos, consideramos que la visita en calidad de creyente movido por el espíritu de la romería y peregrinación a estos venerados lugares de Teruel, el correspondiente fervor a las reliquias de los santos frailes franciscanos y la esperada y deseada concesión de indulgencia, configuraría un atractivo más, entre los que se encuentran a lo largo del Camino Real de Valencia a Zaragoza, que, nos reafirma en identificarlo como camino de peregrinación.

5.6.7. Los Corporales de Daroca.

Daroca es ciudad ubicada en un punto intermedio entre la ciudad de Teruel y la de Zaragoza. Es una alternativa de paso desde Calamocha, en el Camino Real de Valencia a Zaragoza, si atendemos al Repertorio de Villuga (1546). Desde que en 1142 Ramón Berenguer IV, conde de Barcelona y Príncipe de Aragón, concediera un nuevo fuero a la población de Daroca, se produjo un crecimiento importante de la ciudad, gracias a las claves del fuero, que propiciaba un atractivo para la repoblación de la ciudad, mediante la defensa de la propiedad privada, la igualdad jurídica, la protección a la

familia y una adecuada organización administrativa. El ambiente social estimulado por las motivaciones cristianas propias de la sociedad de la época, permitió la transformación de los antiguos vestigios árabes, en florecientes Iglesias así como la fundación de nuevos templos. De esta forma en el siglo XII, Daroca contaba con diez parroquias, (santa María, san Andrés, san Pedro, san Juan, santo Domingo, san Miguel, Santiago, san Lorenzo, san Valero y san Martín) observando un movimiento similar a la ciudad de Valencia tras la conquista y cristianización de los territorios.

Los darocenses contribuyeron de un modo decisivo a la conquista del reino musulmán de Valencia; ya que en el transcurso de la misma, tuvo lugar uno de los episodios que marcaron desde entonces la historia, la imagen y la leyenda de la ciudad, el llamado “milagro” de los Corporales, de la versión más antigua del milagro, que es recogida en la llamada “Carta de Chiva” (Canellas, 1988):

"A los honrrados et discretos el Sacristan e los Calonges de la Eglesia de Sancta María de la villa de Darocha el hommes vuenos del concejo del dito lugar. Salut el honor [...]Et commo aurían, missa, et aurían Dios pregado que confesasen los unos de los otros et después que firiesen en él los moros. El qual misacantano comenzó a dezir missa et commo huvo posado sobre los Corporales el dito cuerpo de Ihesu-Xristo se convirtió en verdadera Sangre, de la qual cosa todos fueron mucho maravillados qué significaba. Et fué asín el dito Noble et las companyas que con él eran que el dito misacantano se vistiese un tabardo d'escarlata muyt bello et honrrado et puyase et cavalgase en hun mulo blanco que ahí era et que lievase commo más honrradament pudiese los ditos corporales et que devallasen del Pueyo por ferir en los ditos moros [...]Et por partir contencion ordenaron que el dito misa-cantano cavalgando en el mulo et levando con sy con muyt grant reverencia los ditos Corporales et que fuese delant la gent: et en qualque lugar que él dito mulo por voluntat del nuestro Sennyor Ihesu-Xristo endresas, que los ditos Corporales fuesen de aquel lugar, el qual caminando sen de fué derechament a una Eglesia que es cerca, de la villa de Darocha, la qual es apellada Sant Marcho, et fincó los genollos por voluntat de Ihesu-Xristo [...]Data in Chiva el día 6 de Julio de 1340, --- Domingo de Ahuero, notario público. Con sobrepuesto en la quinta regla do dice per sarracenos".

Refiere Lacarra (2003) que Daroca se vanagloria de custodiar en su Iglesia de Santa María y en una espléndida capilla gótica unos corporales en los que se hallan las huellas de la Sangre de Nuestro Señor Jesucristo. Si

bien, en el origen del suceso, estos corporales se custodiaron y veneraron en la Iglesia de San Marcos, a extramuros de la ciudad, junto a la Puerta de Valencia.

El desarrollo social y económico de Daroca durante la Baja Edad Media, la protección e implicación de la realeza en relación a este suceso, contribuyó a la difusión y el protagonismo que adquirió el Milagro de los Corporales. (Ver anexo 17). Como consecuencia se produjo una gran afluencia de peregrinos, junto con el atractivo de la celebración de ferias, mercados y fiestas, que estimularon también a numerosos visitantes. Este continuado flujo de transeúntes y peregrinos y entre ellos, pobres en búsqueda de oportunidades y enfermos solicitando cuidados, debió trasladar como efecto la variación del recorrido del Camino Real a Zaragoza desde Valencia, descrito por Villuga en 1546, en favor del paso por esta ciudad. Este cambio que al mismo tiempo posibilitaba la elección de alternativas hacia diferentes destinos, como la continuidad hacia Calatayud y Soria, Tarazona o Zaragoza, en todo caso poblaciones vinculadas con rutas jacobeanas.

La veneración y culto a los Santos Corporales custodiados en la Iglesia de San Marcos, se iniciaba con el paso por la entrada señalada como la “Puerta del Perdón,” siendo este paso un elemento simbólico de significado muy importante en el hombre cristiano medieval. Superar este ritual suponía para el peregrino un confort espiritual como recompensa tras el esfuerzo realizado y con un sencillo ritual de contrición, hecho desde la fe, conseguir el perdón de los pecados e iniciar una vida nueva. La identificación de este ritual en la ciudad de Daroca, nos confirma la existencia de un camino de peregrinación a un lugar santo, el significado del paso por la puerta citada constituye un elemento de creencia tradicional, que lo encontramos vinculado a numerosos lugares de la península y

concretamente a poblaciones del Camino de Santiago, en base a una tradición que arranca de la cristianización territorial, al mismo tiempo que refuerza la fe del creyente en los años de coincidencia jubilar. Es pues, la ciudad de Daroca, un lugar de paso y cumplimiento devocional, obligado para quienes peregrinando desde Valencia y otras ciudades y pueblos coincidentes con el itinerario hacía la ciudad de Zaragoza, hacen este camino para venerar la imagen de Nuestra Señora del Pilar. Es también, el lugar en que el peregrino podría adoptar la decisión de dirigirse hacia Calatayud y/o Tarazona para continuar la ruta hacia el encuentro de los caminos compostelanos, reconfortado por el cumplimiento de un deber cristiano y reforzada su fe por la obtención de indulgencias concedidas, tras el paso y cumplimiento de los rituales en la población de Daroca (ACD Libro Bermejo fol 23 vº).

5.7. El ambiente devocional en la Zaragoza medieval

Al inicio de este capítulo y en concreto cuanto nos referíamos al ambiente devocional de la ciudad de Valencia, nos hemos recreado en la situación que vivió la ciudad tras la conquista, citando la entrada de las tropas cristianas, los repartos de propiedades y territorios, la configuración de las parroquias, sus censos, así como la fundación de Iglesias, monasterios, asentamiento de ordenes militares y religiosas, en definitiva, ofreciendo una aproximación a la realidad de la ocupación territorial que se llevó a cabo, sin embargo, la situación para la ciudad de Zaragoza no fue igual, más de un siglo precede a la Valencia cristianizada, por lo que el proceso de asentamiento en esta ciudad se había llevado a cabo en años anteriores. En la época que nos ocupa, Zaragoza ya disponía de una organizada estructura con base en el núcleo parroquial, cada una de ellas con Iglesias bajo diferentes advocaciones, algunas con cofradías adscritas, propiedades y casas de órdenes religiosas y militares ubicadas en monasterios con el título de sus fundadores.

Del Campo (2002) nos ofrece una amplia catalogación de las iglesias con sus dedicaciones principales, dándonos una idea acerca de cómo la población asumía el ambiente cristiano que le inducía la propia organización poblacional. Hemos completado la información con referencias a la población censada, en el fogaje de 1495, que recopila Lozano (2004), ya que la información que nos aporta permite hacernos una idea aproximada del valor e importancia de las ideas cristianas, en la población, fundamentalmente a través de las iglesias y demás instituciones religiosas.

Como ya hemos comentado, por esta época estaban en su apogeo las peregrinaciones a Santiago de Compostela. Gran parte de esos peregrinos bien en su viaje hacia Santiago, o en su regreso, visitaron la Iglesia de Santa María de Zaragoza. Fue tal la afluencia de visitantes que fue necesaria una ampliación del edículo para adaptarlo al culto y facilitar la afluencia de visitantes y peregrinos para venerar la columna bendita donde se erigía la imagen de la Virgen del Pilar.

5.7.1. Nuestra Señora del Pilar

En el siglo XIV Zaragoza contaba con una iglesia dedicada a Santa María la Mayor que, con los años, se convirtió en uno de los principales centros de peregrinación mariana de la Península e incluso de Europa. Naturalmente, nos referimos a la Basílica de Nuestra Señora del Pilar. Pero también existía en esta ciudad una especial devoción al apóstol Santiago. Tanto es así, que tres años después de que Zaragoza pasará a manos de los cristianos ya contaba con una iglesia en honor del apóstol que, según la tradición, había tenido el privilegio de recibir en esa tierra la visita de María en forma mortal (Blasco, 2001).

En el estudio de la capilla de Nuestra Señora del Pilar, Lasagabáster (1999) explica que a través de las reconstrucciones realizadas a lo largo del tiempo sobre el templo románico de Santa María la Mayor, se ha podido describir de qué forma dispuso el ilustre Martín Bautista de Lanuza, su capilla sepulcral,

“Cuando el Apóstol Santiago oyó la música de los ángeles que habían traído a la Virgen estaba puesto en oración cerca de la muralla de la ciudad [...] se tenía por cierto que allá estaba arrimado Santiago cuando la Virgen apareció sobre la columna. Era muy justo que aquel lugar estuviese señalado con alguna cosa que moviera a los fieles a venerarlo. Rompió la muralla, que era fortísima y en el hueco de ella hizo su capilla”.

Sin embargo, hay en esta cita un término que ha suscitado aclaración por parte de del Campo (2002) que defiende que la Virgen “vino” y no que “aparece” como aquí se lee, en este sentido, aclara estos términos, aludiendo a que en el año 40 d. C, María fue traída físicamente desde Jerusalén donde vivía, por un grupo de ángeles para confortar a Santiago en su tarea evangelizadora por tierras peninsulares.

El Camino Real desde Valencia a Zaragoza, posiblemente no sería utilizado para dirigirse a Santiago de Compostela, hasta finalizada la Conquista, consolidación y cristianización del Reino de Valencia. Sin embargo, la ciudad de Zaragoza observó el paso de peregrinos bien en su ida o en su regreso, en su visita a Ntra. Sra. de El Pilar para rendirle culto y veneración. La devoción a la Virgen del Pilar, por lo singular de su tradición, vinculada a los orígenes del cristianismo en España y por diversas vicisitudes históricas, llegó a adquirir dimensiones de primera magnitud. Sin embargo, este fervor desde sus orígenes ha constituido uno de los principales elementos integrantes no solo de la religiosidad aragonesa sino incluso de su propia identidad.

El núcleo fundamental de la tradición pilarista consiste en que la Virgen María, que vivía en Jerusalén desde antes de su Asunción, visitó

milagrosamente Cesaraugusta, a orillas del río Ebro, para confortar al Apóstol Santiago el Mayor que se encontraba con los primeros convertidos, en sus tareas de evangelización por Hispania. En recuerdo de aquel acontecimiento, se levantó más tarde en aquel lugar una modesta capilla en honor de Nuestra Señora, venerando su imagen sobre un pilar o columna. La primera referencia escrita que se conoce de esta tradición ya adornada con otros detalles secundarios, data de finales del siglo XIII y aparece al final de un códice de los *Moralia in Job de Gregorio Magno*, celosamente guardado en el archivo de la basílica. De la misma época, y conservado en el mismo archivo, es el documento en que aparece expresamente, por vez primera, la advocación concreta de “Santa María del Pilar”. Se trata de una salvaguarda de los Jurados de Zaragoza eximiendo de prendas a los peregrinos que visitaban al Santuario, fechada el 27 de mayo de 1299, que lleva pendiente el más antiguo sello de cera del Concejo, de la ciudad de Zaragoza, que se conoce.

La historia documenta la existencia de un templo de Santa María muchos siglos atrás. Ya bajo el dominio musulmán de Zaragoza está atestiguado por fuentes históricas escritas, tales como el testimonio del franco Aimoino, monje de Saint Germain des Prés en su Historia “*Inventio translationis Sancti Vincentii*”, escrita entre los años 870-878, en la que se cita la “*Ecclesia Beatae Mariae semper Virginis*”, donde el obispo cesaraugustano Senior mandó depositar las reliquias de San Vicente hacia el año 855. Los musulmanes en Hispania permitieron que algunas iglesias existentes durante la invasión continuasen abiertas al culto para la población mozárabe, pero no cedieron ante la edificación de nuevos templos. Por lo tanto, se puede concluir que la iglesia de Santa María se remonta a la época visigótica. Es muy significativo el título de “*mater ecclesiarum eiusdem urbis*” que Aimoino concede al templo de Santa María, que sugiere con respecto a las demás iglesias de la ciudad, una prioridad en la dignidad y tal

vez en el tiempo, en opinión de Lasagabáster (1999) en la frase citada de Aimoino, va implícito el reconocimiento de la existencia del edículo de Santiago, del que viene la primacía de origen.

En cuanto a su antigüedad en relación con los otros templos cristianos de la ciudad de Zaragoza, recordemos que en los orígenes del cristianismo y entre las comunidades cristianas de la propia Caesaraugusta, junto a las de Mérida, León y Astorga, que es la primera de las de Hispania que disponemos de referencia escrita explícita hacia el año 254, en la carta 67 del epistolario de San Cipriano; se cita que su obispo Valerio estuvo presente en el Concilio de Elvira entre el 300 y 314; que ofrendó en las persecuciones romanas la Sangre de su arcediano Vicente, de Engracia y los XVIII mártires, cantados por Prudencio. Después de la paz constantiniana, Zaragoza fue sede del Concilio anti priscilianista del año 380, celebrado “*in secretario*” o sacristía de una iglesia de la ciudad. En concreto en la época visigótica existían en Zaragoza, además de la de Santa María, la basílica de los Mártires y la de San Vicente, una en honor de San Millán y otra dedicada a San Félix.

Cuando la ciudad de Zaragoza fue reconquistada a los sarracenos el 18 de diciembre de 1118 por el rey de Aragón Alfonso I, los cristianos comenzaron sus tareas para ocupar Zaragoza, y a petición de estos, el papa Gelasio II consagraba a un monje llamado Pedro de Librana, portador de la bula papal “*Litteras devotionis*” como obispo de la ciudad. Según Ubieto (1957: 60), en esta bula el Papa para exhortar al ejército cristiano que sitiaba la ciudad, concedió indulgencias a los que murieron en el asedio, a los que en él combatiesen y a aquellos que ayudaran a la reedificación de la Iglesia de Santa María.

En octubre de 1121 quedaba transformado en templo cristiano la mezquita mayor de Zaragoza y pasaba a ser la Seo o sede episcopal, con un cabildo secular al principio y muy pronto regular de san Agustín. Pero también en el templo de Santa María, reconstruido en estilo románico, se erige un cabildo de clérigos para atender su culto, al que en 1138 el obispo Bernardo impondrá la regla de San Agustín, decisión que confirmará el Papa Inocencio II en su bula *Ad hoc universalis* de 15 de Diciembre de 1141, recibiendo bajo su protección a la iglesia y cabildo de Santa María,

A lo largo del siglo XII, seis bulas promulgadas por los papas Eugenio III, Alejandro III y Celestino III, son expresión de la particular benevolencia de la Santa Sede al Santuario mariano de Zaragoza. Lo mismo ocurre con los reyes de Aragón, conservándose privilegios reales de Ramón Berenguer IV (1142), y Alfonso II (1187, 1191, 1196) que fue recibido como canónigo honorario y fundó en el Santuario una capellanía real, dotándola con rentas para que ardiese continuamente una lámpara ante Nuestra Señora. También los monarcas de otras dinastías y otros reinos hispánicos se relacionan con el templo de Santa María, así el rey de León Alfonso VII en 1136 se trasladó "in ecclesiam Sanctae Mariae", donde fue recibido solemnemente por obispo y clero; y el rey Sancho II de Navarra en 1196 otorgó carta de protección a los bienes del Santuario en su reino.

Cía y Blasco (2001) mencionan la construcción de un hospital para acoger a peregrinos que visitaban la Columna que la Virgen había dejado a Santiago, situada en la Iglesia de Santa María la Mayor, era un lugar indispensable de visita para los peregrinos. De este hospital ya hay noticias en una donación de 1143.

En el siglo XIII el documento pontificio más importante es la bula *Mirabilis Deus* de Bonifacio VIII, de 12 de Junio de 1296, por la que

concede indulgencias a los que visiten la Iglesia de Santa María en las fiestas de la Virgen, del Espíritu Santo, Santiago, san Miguel, san Cristóbal y san Martín, que tenían altar propio en el templo. Continúan también los reyes de Aragón en su trayectoria de protectores del santuario mariano, se conocen varios privilegios de Jaime I (1224, 1233, 1258) y su esposa doña Leonor (1224), Alfonso III (1289) y Jaime II (1294, 1299, 1302), que además erigió una capellanía real perpetua.

La devoción a María experimentó un auge extraordinario, el templo de santa María la Mayor de Zaragoza, constituyó un punto de encuentro de las dos principales rutas jacobeanas. Los Jurados de la ciudad movidos por el interés de atraer peregrinos a la ciudad concedieron un privilegio de 27 de mayo de 1299, que garantizaba la seguridad ciudadana a cuantos, desde cualquier rincón del Reino de la Península Ibérica o de otros lugares del mundo se desplazaran a Zaragoza en condición de peregrinos y/o romeros (Fita, 2007: 453). En el siglo XIV, el documento pontificio más importante es el firmado el 28 de Junio de 1399 por el cardenal aragonés F. Pérez Calvillo en nombre de Benedicto XIII, preso en Aviñón, sin poder expedir bulas, por el que se concedían indulgencias si se visitaba ciertos días la "capella Beatae Mariae del Pilar, vulgariter nun-cupata, in claustro Ecclesiae Collegiatae Sanctae Mariae Maioris Caesaraugustanae institutae". Los reyes de Aragón, Pedro IV (1356 - 1360) y Martín I (1399 - 1408) se manifestaron decididos con apoyos protectores del templo del Pilar.

En el siglo XV, el Papa Calixto III, que por haber sido secretario del rey de Aragón Alfonso V el Magnánimo y conocedor de la historia del templo, otorga una de las bulas pilaristas "testante historia", considerada como de las más importantes fechada el 23 de Noviembre de 1456, para recoger en ella la tradición iniciada siglos anteriores. Juan II de Aragón concede, como sus antecesores, protección y favor al Pilar en 1459 y autoriza

a la Cofradía del Advenimiento de Nuestra Señora a recibir miembros por todo el reino, divulgando así la historia del Santuario. Anteriormente, su esposa, Blanca de Navarra fue objeto de una curación extraordinaria en 1433, atribuida a la Virgen del Pilar y fundó en Navarra una Cofradía de Nuestra Señora del Pilar, cuya divisa era una banda azul con un Pilar de oro esmaltado de blanco, con la leyenda "A ti me arrimo". Fernando II, el último rey de Aragón, que por su matrimonio con Isabel de Castilla forjó la unidad española, heredó la devoción de su padre a la Virgen del Pilar y de él conservamos varios documentos reales en favor de su templo (1481, 1497, 1504).

5.7.2. *Catedral de la Seo de San Salvador.*

Cuando Alfonso I el Batallador tomó Zaragoza en 1118, acometió la lógica transformación religiosa de la ciudad, cuyo primer paso consistió en la conversión de la mezquita mayor en catedral cristiana. La nueva catedral del Salvador se abrió al culto en 1121, con un solemne acto de consagración, cuenta Beltrán (1976) que pocos días después se trajo desde Roda de Isábena el brazo de San Valero, quien se convertiría en el patrón de Zaragoza, años más tarde (1170), se dispuso el traslado del cráneo del santo a la Seo. La catedral acogió las sedes de varias cofradías, la de san Salvador y la de san Valero documentadas desde 1246, Cofradía del Santo Espíritu y de Santa María con referencias desde 1372, que debió ser una agrupación con fines religiosos y benéfico-asistenciales. La cofradía de mayor poder económico era la de San Miguel y San Martín, la cual debió tener carácter exclusivo al referir que sus miembros eran ciudadanos con un determinado estatus social y económico. Se sabe de la existencia de otras cofradías como las de Todos los Santos, el Corpus Christi y San Leonardo. (Del Campo 2002: 110)

Adicionalmente se construyeron iglesias así como otros edificios de carácter religioso, los cuales encontramos vinculados en primer lugar con la

organización poblacional y por otro con devociones y tradiciones provenientes del momento fundacional de la ciudad de Zaragoza.

La Iglesia de Santa María del Temple, bajo el control de la orden de los templarios, hasta su expulsión de la ciudad, y más tarde haciéndose cargo de todas sus propiedades la orden del Hospital de San Juan de Jerusalén. Se conoce la existencia de la Cofradía de San Jorge y Santa María de la Caballería; Iglesia de la parroquia de san Felipe, que se encontraba ubicada en una zona de población de economía asentada, tuvo importancia la cofradía adscrita de san Felipe documentada desde 1202. Los censos de población de esta Parroquia para el fogaje de 1495 fueron de 283 fuegos. Acerca de la Iglesia parroquial de san Jaime o Santiago se tiene noticias de ella desde el siglo XII como de probable origen mozárabe. La iglesia parroquial de Santa María Magdalena, en su jurisdicción se asentaba la Cofradía de Santo Tomás de Canterbury y de los ingleses, debido al numeroso grupo de gentes que de esta nacionalidad residían en la parroquia, una zona que debió estar muy poblada pues el censo del fogaje arroja una total de 347 casas. La Iglesia de Santa María del Portillo, fechada tras la toma de Zaragoza a los musulmanes. De esta iglesia se cuenta la leyenda de los soldados dormidos, que fueron alertados por la aparición de la Virgen María al frente de un ejército de ángeles. El Santuario de Santa Engracia con una población de 25 fuegos, constituyó el centro devocional más importante de la Zaragoza cristiana anterior a la conquista, merced a su martirio junto a otros dieciocho santos en el año 304 según el martirologio cristiano, y que fueron sepultados por Prudencio, obispo de Tarazona, en el lugar conocido como de las Santas Masas. Este santuario contaba con muchas cofradías adscritas, siguiendo la descripción de Del Campo (2002: 89-125) quien menciona algunas de ellas, la de santa Engracia, formada por clérigos, la de los santos Mártires, la de la Crucifixión del Señor, la de san Martín y la cofradía de santa María de la Anunciación.

5.7.3 Monasterios en la ciudad de Zaragoza.

En el interior de la ciudad encontramos el Monasterio de Santo Domingo de los Predicadores, creado en 1219, el Monasterio de San Francisco conocido como el de los Frailes Menores, que tenía retablos dedicados a San Vicente y Santiago Apóstol, el Monasterio de Santa Catalina, en las afueras de la ciudad y el Monasterio de San Lázaro fundado en 1224. Todos estos edificios religiosos acumulan un considerable tesoro devocional que Del Campo (2002: 89-126) recoge de manera pormenorizada. Unas iglesias en las que se conservan y veneran un importante número de objetos de arte y de reliquias a las que se dan una gran importancia devocional y un gran valor por parte de la población y de los gobernantes

Todos estos datos contribuyen al argumentario necesario para el desarrollo de nuestros objetivos, proporcionando los elementos indispensables para una identificación clara del Camino Real de Valencia a Zaragoza. Camino que creemos adquiere tras lo expuesto una clara etiqueta definitoria de Camino de peregrinación hacía Santiago de Compostela, ya que todo ello configura un escenario donde la necesidad que se planteaba un peregrino, en la época de nuestro estudio, era visitar el Pilar antes o después de visitar la tumba del apóstol en Compostela. Un aspecto que pensamos apoya positivamente nuestra hipótesis de que tras la cristianización de los territorios este itinerario adquirió entre otros usos, el de la peregrinación a Santiago.

La datación y contemporaneidad de las Iglesias y monasterios de esta ciudad de Zaragoza, nos hace pensar en una febril actividad constructora, y una gran una demanda de oficios y artes, para dar forma a este numeroso grupo de iglesias, con sus altares, ornamentos, etc., todo ello dentro de un espacio de tiempo que nos hace pensar en un constante flujo de población.

Las comunicaciones entre la capital del reino de Valencia, con la de del reino de Aragón, así como entre las poblaciones intermedias de menor rango que se encuentran a lo largo de la ruta, constituyen una ruta cargada de devoción, además de la propia función de eje comunicador, creemos que al iniciar con espíritu y fe cristiana la peregrinación desde Valencia, se inicia un recorrido continuo estimulado por hechos arraigados en el pensamiento cristiano de la época, rememorando el camino martirial que realizó el mártir Vicente en el siglo IV y extendiéndose de forma imparable una corriente de peregrinación hacia la Basílica de San Vicente de la Roqueta, donde la tradición nos dice que descansan sus restos. Este hecho convirtió a Valencia en un centro de peregrinaciones muy anterior a la venida de la Virgen de el Pilar a Zaragoza y al fenómeno del Camino de Santiago.

El camino desde Valencia además del referente citado, está jalonado de poblaciones vinculadas a lugares de culto y veneración, de donde se deriva el interés por su visita. Con la llegada a la ciudad de Zaragoza se cierra un capítulo cargado de tradición y sentido cristiano pero que, al mismo tiempo, sirve de punto de partida en el itinerario que va a conducir al peregrino, hacia la tumba del Apóstol Santiago en Galicia y así culminar y ver satisfechos sus deseos y promesas de peregrinación. El peregrino movido por el ambiente de la sociedad cristiana de la época, auspiciado por el estímulo de reyes, papas, obispos y predicadores, por sus propias creencias, por los beneficios de la peregrinación, por el beneficio de las indulgencias, y por la aspiración de venerar el culto a las santas reliquias, decide iniciar “*su camino*” y encuentra a lo largo de este itinerario, oportunidades continuadas de llevar a término sus objetivos, el empuje y estímulo que su fe necesita para continuar con el esfuerzo y sacrificio que supone abandonar “lo suyo”, y peregrinar durante largos y penosos períodos de tiempo, viviendo de la acogida y caridad cristiana que le prestan los habitantes de las poblaciones por donde transitaba.

Capítulo 6

HOSPITALES Y LUGARES DE ACOGIDA EN EL CAMINO DE PEREGRINACIÓN DE VALENCIA A ZARAGOZA

En la planificación del presente capítulo, se ha procedido a la búsqueda y recopilación de la información disponible, siendo a partir de esta cuando podremos enunciar conclusiones que argumenten o refuten nuestras hipótesis. Para ello, se ha llevado a cabo la indagación y manejo de recursos procedentes de diversas fuentes primarias y secundarias, lo cual, añadido a la experiencia investigadora de expertos en metodología historiográfica y de estudiosos de los diferentes momentos históricos de la época, han contribuido a desarrollar esta parte importante de nuestro trabajo y alcanzar así los objetivos esperados.

En lo que respecta a las referencias y registros históricos, hemos tratado de centrar el interés por aquellos que nos han aproximado, y confirmado, la existencia de hospitales y lugares de acogida para asistir a los enfermos, ayudar a los pobres y refugio a peregrinos y transeúntes. La existencia de estas instituciones y lugares constituyeron un elemento de participación social durante la Baja Edad Media y fundamentaron con sus funciones la prestación de servicios y cuidados que se ofrecían en las poblaciones por las que discurren los caminos de comunicación entre el reino de Aragón y Valencia. (Ver anexo 18)

La importante labor paleográfica llevada a cabo por los especialistas ha conseguido poner a nuestra disposición una serie de resultados y fuentes de información. Los datos obtenidos se han sometido a análisis, catalogación, ordenamiento cronológico y han sido ubicados en los espacios poblacionales que marcan el recorrido de la ruta objeto de nuestro estudio. Los resultados han permitido enumerar, describir en la medida de lo posible, y en su caso enriquecer y complementar la información existente acerca del entramado hospitalario que disponía la sociedad de la época.

Una red asistencial para ofrecer a quienes movidos por diferentes motivaciones y/o necesidades, se desplazaban de un lugar a otro, generando una necesidad de asistencia y hospitalidad acorde a los tiempos. Desde nuestra

perspectiva profesional hemos tratado de reflexionar con los resultados recopilados tratando de hacer evidente las maneras y formas en las que se cubrían las necesidades que pudieran demandar la población transeúnte, pobre, enferma o peregrina, a lo largo del itinerario. Todo ello, con el objetivo de proponer un análisis más allá de lo estrictamente descriptivo acerca de los recursos con que estaban atendidas las necesidades sanitarias de la población, en el período bajomedieval.

Sin la existencia de esos estudios previos nos hubiera sido muy difícil su descripción y análisis, ya que nuestro objetivo principal fue el aprovechamiento de la bondad de lo investigado y publicado, lo cual tenía como destino ser reunido e interpretado desde una visión, global y holística, observando y estudiando los fundamentos que motivaron la creación de servicios e infraestructuras sanitarias al servicio de las necesidades de la población

Nuestro interés prioritario se circunscribe al análisis de las circunstancias que determinaron las influencias económicas, políticas, sociales y epidemiológicas de los diversos núcleos de población ubicados a lo largo del eje de comunicación del Camino Real entre Valencia y Zaragoza, en la Edad Media. Este itinerario ha sido testigo y protagonista de numerosos hechos que configuran gran parte de la historia de las poblaciones que une. Hechos que son fundamentales para entender y justificar la presencia de instituciones de acogida y asistencia para pobres, enfermos y peregrinos.

Con el fin de adoptar un criterio de exposición, y utilizar una referencia histórica lo más documentada posible, hemos aceptado para este fin, los itinerarios propuestos y descritos por Villuga. Además, hemos revisado el apoyo histórico de estos trazados para obtener la información del itinerario y así describir no solo los hospitales documentados existentes en la época medieval,

sino también otros elementos presentes que fueron aliciente de atracción para la presencia especial de peregrinos, de pobres buscando subsistir y transeúntes.

La elección del Repertorio de Villuga (1546) viene condicionada al ser reconocida su obra como el primer libro sobre los caminos de España, sin que por ello descartemos otras referencias previas que argumentaron la utilización de esta ruta entre Valencia y Zaragoza. Villanueva Morte (2006) ha estudiado los sistemas de alojamiento y hospedaje utilizado por los viajeros bajomedievales, apoyándose para ello en los testimonios del ilustre viajero Antonio de Lalaing, señor de Montigny (realizado entre 1501-1506). Unos testimonios que fueron compilados en los viajes que de Lalaing realizó acompañando a Felipe el Hermoso, en calidad de chambelán y haciendo el recorrido entre las ciudades citadas, en nueve jornadas, las cuales describe detalladamente.

Como punto de partida, tomaremos la cosmopolita ciudad de Valencia. Una ciudad que alcanzó un esplendor comercial, político y demográfico, comparable a las grandes y populosas ciudades de Europa, cuyo momento de crecimiento más manifiesto queda enmarcado entre los siglos XV y XVI, es decir entre finales del periodo identificado como Baja Edad Media y el Renacimiento. Utilizaremos esta ciudad como primera referencia en la descripción de las instituciones hospitalarias presentes en la época, e incluiremos algunas generalidades relacionadas con los problemas sanitarios que acontecieron por las mismas fechas, con referencias a la epidemia de Peste Negra. Asimismo presentaremos estas características en relación a cada una de las poblaciones que une y comunica el Camino Real.

6.1 La ciudad de Valencia en el Medievo

Fundada en el siglo II antes de Cristo e islamizada a partir del VIII, vivió inmersa bajo la influencia y civilización musulmana durante cinco centurias, hasta

que fue conquistada en 1238 por Jaime I. En la Baja Edad Media, la ciudad de Valencia contaba con una población joven, a pesar de ser muy dilatada su existencia como ciudad. Tras la conquista y cristianización del territorio, la ciudad de Valencia pasó a ser un lugar de promisión y esperanza para las familias inmigrantes que llegaban a ella, huyendo de las calamidades que padecían las poblaciones rurales, procedentes preferentemente de los reinos de Aragón y Castilla, con la pretensión de encontrar unos horizontes y una calidad de vida más halagüeña. Desde el siglo XIII, esta tendencia de inmigración se mantuvo en las dos centurias siguientes, y gracias a ello la ciudad no sólo mantuvo un alto y sostenido nivel demográfico, sino que creció, a pesar de las epidemias y calamidades de los tiempos. A este respecto Ruzafa (2003: 24) señala que:

“El final del proceso de conquista y feudalización valenciana, dará paso a una fase que puede calificarse como de “años difíciles”, entre 1340 y 1380. Tiempos de fractura demográfica, hambres, epidemias de peste, crisis productivas y comerciales que determinaran períodos de hambruna, desplazamientos forzados en busca de salvación o de mejores recursos y condiciones de vida, tiempos de guerras y de enfrentamientos sociales. Un “gran siglo” de tonos oscuros y poderosos contrastes, abierto al futuro y a nuevas soluciones: El otoño de la Edad Media se evidenciaba en el Occidente europeo, en la Península Ibérica, la Corona de Aragón y desde luego en el Reino de Valencia”.

El siglo XIV es recordado como el del hambre, como ya lo había sido el XI y como después lo serán los siglos XVII y XVIII. Lo cierto es que el siglo XIV representó una formidable catástrofe demográfica derivada de períodos de hambre y peste generalizadas. Esta situación se extendía tanto en los reinos peninsulares como en el resto de Europa: Montanari (1993:75) resume la situación y la describe como un anuncio de los acontecimientos que iban a producirse.

“Las repetidas hambres que padeció la población europea de la primera mitad del siglo XIV provocaron un estado de desnutrición generalizada y debilidad fisiológica, abonando el terreno para la epidemia de peste que asoló el continente entre 1347 y 1351”.

La total carencia de alimentos provocó la inmigración del campesinado hacia los pueblos y progresivamente los habitantes de estos a las ciudades, lo que inmediatamente se tradujo en una conflictividad social generalizada entre grupos de lucha desesperada por el espacio y el mínimo sustento.

6.1.1. La población de Valencia

La población de Valencia ha sido estudiada por diversos autores, entre ellos Rubio (1995), quien en un análisis crítico de las fuentes existentes en relación a los datos de población en la ciudad de Valencia para los siglos XIV y XV, afirma que las cifras de censos proporcionan “cifras susceptibles de contrastada interpretación demográfica” y concluye que, en el momento de la conquista por Jaime I en 1238, la ciudad contaba con unos 15.000 habitantes, mientras que a fines del siglo XV, en su recinto defensivo vivían entre 40 y 45 mil almas (Rubio, 1995: 495-525)

La población urbana a finales del siglo XIV, reunía unas características calificadas por Eiximenis en el Regiment de la Cosa Pública.

“En desé lloc: perquè, como que teniu molta població que prové d’altres indrets, como ja s’ha dit, convé que le doneu suport i que l’ajudeu, ja que tal gent és en general pobra i sense recursos”. (Brines y Palomero, 2009: 57)

Y a esta penuria, imputaba al mismo tiempo su predisposición a la conflictividad social y a la revuelta, con las dificultades que entrañaban su control y gobierno.

“En onzé lloc: pequè, como que gran part de la gent que s’ha mencionat no és natural d’ací no és molt rica, resulta més difícil de regir perquè s’avalota més fàcilmente. Com que té poc a perdre, està més predisposada a provocar disturbis contra les persones principals i els regidors, si aquests determinen alguna disposició que els afecte”. (Brines y Palomero, 2009: 57)

Una de las peculiaridades de la vida urbana medieval era la presencia de los pobres y enfermos, un binomio en muchas ocasiones y en este tiempo difícil de separar en un ambiente agravado por los períodos de epidemias. A consecuencia de esta situación, se fundamentó la necesidad de atención sanitaria que motivó la proliferación y fundación de instituciones de beneficencia y centros de acogida y hospitalidad, escasamente presentes en el momento de su conquista, cuyo fomento y creación constituyó precisamente, uno de los retos principales que tenían ante sí sus dirigentes, responsables del proceso de cristianización.

6.1.2. Pobreza y enfermedad en la Valencia medieval

El concepto de pobreza se entendía durante la Edad Media, no en el sentido restringido y economicista con que hoy empleamos el término, sino en uno mucho más amplio, que incluía además de la indigencia, una condición de debilidad física, social y jurídica, que afectaba temporal o permanentemente al individuo, de forma expresa. Mollat (1970:321) argumenta este concepto añadiendo, “que la existencia de la pobreza y en consecuencia la de una población pobre, se presenta como un elemento caracterizador de la Edad Media”. Los pobres eran considerados como tales, desde los que padecían hambre, hasta los que se encontraban sin cobijo, incluyendo en este concepto a los peregrinos, los impedidos, huérfanos, viudas, exiliados, cautivos, ancianos, alienados y por supuesto los enfermos.

Más evidencias a este respecto nos presenta López Alonso (1986), que de forma pormenorizada ha analizado la pobreza en España, haciendo hincapié en que; “si existe un pobre por antonomasia, éste es el enfermo”. Es decir, aquel a quien sus condiciones físicas impiden valerse por sí mismo y realizar un trabajo que le permita, empleando una gráfica expresión del Poema del Mío Cid “ganarse el pan“, con sus propias manos. Ha sido el enfermo el que a lo largo de toda la historia se nos presenta como el supremo desvalido; tanto es así que llega a producirse una cierta identificación entre “pobre” y “enfermo”. Esta tipificación hace difícil en muchos casos la separación entre ambas significaciones, ya que en esta época pertenecer a uno implicaba la correspondencia al otro.

Según Sánchez (2005: 21) hasta el siglo IV después de Cristo no existió en el mundo antiguo un sistema público de asistencia a los necesitados y enfermos. Pero en este siglo las iglesias cristianas de Oriente, que comenzaban a ser influyentes, crearon la institución de beneficencia que posteriormente iban a ser

llamada “hospital”. Para Jetter (1972: 263) “el hospital constituyó una institución que apareció asociado a la caridad y al socorro de los pobres”

Debemos tener en cuenta la dimensión social del fenómeno protector de los hospitales, que representaron una exigencia de la comunidad, a cuyos regidores se exigía la obligación de velar por su correcto funcionamiento, como algo que incumbía a la buena marcha de la “cosa pública”. Eiximenis, erigiéndose en protagonista de la vida política, social y religiosa se dirige a los *jurats* de Valencia en 1383 y les decía:

“En vintè lloc: perquè teniu el control dels hospitals, que és una ocupación que Déu reclama rigorosamente, ja que és una obra de misericordia espiritual”. (Brines y Palomero, 2009: 60)

En este sentido, las autoridades municipales valencianas respondieron tomando en consideración estas orientaciones y propusieron el nombramiento de una especie de comisión, para que revisase y visitase los hospitales de la ciudad y comprobaran su adecuado funcionamiento. Rubio (1984: 19) cita del Manual de Consells (AMV, A-4, fol. 58vº (7 de junio 1341) la síntesis de este hecho. “tots el espitals de la ciutat, enaxí que.els malaltes hi sien ben provehits”

Esta expresión de control de la asistencia sanitaria por parte de la autoridad municipal no fue excepcional; respondía a una idea generalizada en el ámbito europeo medieval con respecto a los hospitales. Según Burns (1965: 154),

“la fundación de hospitales reflejó la preocupación de la sociedad por los necesitados. En la raíz de su existencia se encuentra esta preocupación, más bien que una idea, mucho más moderna, de servicio social, o que una simple práctica de virtudes cristianas”.

El estudio de los orígenes fundacionales de un hospital desde la perspectiva social, nos permite entender que sus fundaciones, en buena parte, ayudaron a solucionar un estado de tensión, relacionado con la existencia de una pobreza muy marcada en la sociedad medieval.

6.1.3. *La Peste Negra en el Reino de Valencia*

En la Baja Edad Media el Reino de Valencia y el resto de los territorios de la Corona de Aragón, y otros reinos peninsulares de la época y de Europa, sufrieron repetidos brotes de Peste Negra. (Ver anexo 19). Episodios que causaron importantes desequilibrios demográficos, a los que habría que añadir los causados por la existencia de otros problemas epidémicos. Nos referimos a los relacionados con enfermedades de carácter infecto-contagiosas, como el tifus y la lepra. Estas enfermedades influyeron en la calidad de vida de la sociedad, y han sido objeto de estudio en atención a diferentes intereses, como las repercusiones sociales, la larga duración de sus procesos, las consecuencias de sus secuelas, la marginación que generaba, así como la extensión geográfica que presentaban.(ver anexo 20)

Agrupamos los episodios de peste que afectaron a la ciudad y reino de Valencia, como hace Rubio (1971) en mortandades, en base a las argumentaciones del Capellán de Alfonso el Magnánimo. En su estudio sobre el impacto de los repetidos brotes de epidemia refiere seis episodios epidémicos, correspondientes con los sufridos a lo largo del siglo XIV en la ciudad de Valencia, en los años 1348; 1362; 1374-75; 1383-84; 1395 y 1401.

a) *Primera mortandad.* Rubio (1971) sitúa cronológicamente la primera mortandad en el año 1348, tomando como base la Crónica del rey Pedro IV el Ceremonioso. De esta primera epidemia se desprende información relativa a la mortandad que produjo en los primeros meses de su aparición entre los meses de mayo a agosto de 1348. Según la crónica real más de trescientas personas fallecían al día. Olmos y Canalda (1961) también constatan un crecimiento inusual de fallecimientos por estos años de epidemia, a partir de testimonios de legados y cláusulas testamentarias.

b) *Segunda mortandad.* Este episodio acaecido en 1362, es escaso en documentación, pero encontramos en ella algunas medidas adoptadas para evitar

la peste. El propio rey parte de la ciudad de Valencia con destino a Perpiñán para evitar las “*mortalidades*”. En la Crónica leemos:

E après alguns dies partim de la dita ciutat de Valencia, e anem al loch del Puig, hon Nos recollim en les dites .i.j. galeres ab la Reyna, lo xviiij^o . die del mes d’abril – año 1362 – après següent, per la via de Cobliure. E, partents d’alli, fom a Peniscola. E per ço com era mortalidad en Regne de Valencia e encara en Barcelona, forem ab Nos lo Duch e l’Infant en Martí, fills nostres, per menar-lo-Nos-en a Perpenyá, hon eren ja pasadse les mortaldats. Crónica del rey de Argón Don Pedro IV. Antonio de Bofarull, (1850)

c) *Tercera mortandad* Está localizada cronológicamente entre 1374-1375 “que dien del infants”. Desgraciadamente coincide con un período de malas cosechas, carestías de alimentos y, por consiguiente, hambre. Rubio (1971) caracterizó este período respecto a los anteriores por una duración mayor y con una presentación de casos de forma intermitente. Durante este episodio se pusieron en marcha iniciativas de carácter religioso popular mediante las llamadas “*crides*” o rogativas.

“Les crides per pestilencia”, (las llamadas o avisos de peste) eran los vehículos de comunicación entre las autoridades y los ciudadanos de la ciudad de Valencia, con la finalidad de prevenir los posibles nefastos efectos de las diferentes enfermedades infecto-contagiosas, lo hacían las autoridades, utilizando para conseguir un mayor efecto y poder del aviso, el hacerlo en nombre del “nostre senyor Dèu i de la gloriosa Verge María, mare seua” (Gallent y Bernardo, 2001: 113-136)

d) *Cuarta mortandad*. Surgió entre 1383-1384, con características epidemiológicas similares a la tercera, pero con escasa disposición de información documental (Rubio, 1971).

e) *Quinta mortandad*. Aparece en 1395 presentándose con especial virulencia. Es el episodio mejor documentado y se denominó como “*de les morts de Xelva*”. Según Sanchis Sivera (1932:79) parece ser que el origen de esta denominación, se debe a su coincidencia en el tiempo con las bajas de un episodio bélico ocurrido por los términos de la población de Xelva.

f) *Sexta mortandad*. Surge este brote en 1401 que presentó tasas de menor malignidad en cuanto a su mortalidad, pero que por otro lado favoreció la aparición de otros brotes aislados. Estos episodios surgieron en una ciudad agobiada además con graves problemas de infraestructuras de higiene pública y saneamiento, problemas añadidos que alimentaron un ambiente facilitador para la extensión de la epidemia, configurando la presencia de una serie de factores que influyeron en el ánimo de la población y en la instauración de un ambiente social de desaliento, empeorado por las carestías nutricionales como consecuencia de las malas cosechas y encarecimiento de la vida.

La necesidad del control y erradicación de la enfermedad puso en evidencia los problemas sanitarios que se arrastraban desde tiempo atrás. Estas deficiencias acarrearón consecuencias económicas y demográficas. Las autoridades emprendieron acciones para superar la situación y mejorar la salud de la población, mediante una adecuación de la asistencia sanitaria siguiendo los modelos de salud existentes en la época, en ciudades italianas como Milán, Florencia o Génova, que representaban referentes de un sistema de organización sanitaria que se extendía por Europa.

Por su parte, Gallent (1980) en consonancia con Sanchis Sivera (1932: 79-81) habla también de doce brotes y contando a partir de los anteriores completa los años de brotes de peste que aportan los Manuals de Consells, en base a los anuncios de las “*cridas*”, y las informaciones contenidas en el Dietari del Capellá d’Alfons el Magnanim (Miralles, 2001), de el Llibre de Memòries, así como la información de Padre Ribelles refiriéndose a los años concurrentes a los siguientes episodios padecidos durante el siglo XV y principios del XVI. La séptima mortandad ocurre entre 1420 y 1421.

Según Gallent (1980:217) un período de calma siguió al anterior hasta que en 1439, el Consejo de la ciudad constata la existencia de rumores sobre peste en

la ciudad, organizando “cridas” para la participación en procesiones y rogativas, este episodio, el Dietari del Capellá lo cita como “octava mortandad”.

La siguiente mortandad se sitúa en el mes de mayo de 1450 a la que Gallent (1980: 218) relaciona de la misma forma la presencia de la enfermedad por el anuncio de diversas procesiones y rogativas organizadas por el Consejo de la Ciudad. Este episodio adquirió mayor virulencia en los meses estivales, y parece ser disminuyó sus efectos al finalizar el verano, constatada esta información se procedió a realizar una procesión a la Iglesia de Santa María para dar gracias por el término de la peste. El Dietari identifica esta epidemia como la “novena mortandad”

La misma fuente señala el año 1459 como la “décima mortandad” que se extendió por la ciudad y el antiguo Reino de Valencia, también reconocido este brote a partir de las “cridas” organizadas por el Consejo de la Ciudad. En concreto en junio de 1459 se convocan cinco misas, y en abril de 1460 una crida de acción de gracias a la Verge María de Gracia por el cese de la pestilencia

Los años 1461 y 1462 para Gallent (1980: 219) constituyen un período de consecuencias tras los repetidos brotes de pestilencia, identificadas por despoblamiento, hambre y peste en algunos lugares del Reino. Sequías que debieron hacerse extensivas a casi todo el antiguo Reino. También relacionamos estos episodios con las “cridas” y procesiones a santa María de Gracia.

Del período comprendido entre 1465 y 1467, Gallent (1980: 220) y a través del análisis de la información de las Cuentas del Maestre Racional, relaciona unos gastos realizados por la Reina Doña Juana, esposa de Juan II, con motivo de su desplazamiento desde la ciudad de Valencia a Gandia a causa de la de la peste. También constata el brote por las convocatorias de procesiones en las iglesias. En este episodio se repiten las acciones de demanda de protección en

repetidas ocasiones durante el año 1466 y dirigidas a la Virgen del Carmen, a la santa Trinidad, a la Virgen de la Merced, a Santa María de Misericordia, y finalmente a la Virgen de Gracia por el alejamiento de la pestilencia en junio de 1467.

La “onceava mortandad” surge en 1475, como así cita el Dietari del Capellá, continuando con virulencia el brote durante 1476. El Consejo se vio en la necesidad de tomar medidas, organizando “cridas” y procesiones a las iglesias, en 1477 se siguen celebrando procesiones para preservar la ciudad de la peste. Es durante este episodio cuando surge con fuerza la devoción por el Ángel Custodio que acompaña y preside las procesiones y rogativas por la peste, junto a la imagen de sant Vicente Mártir, finalizando el episodio con procesiones y “cridas” a la Virgen de Gracia por la mitigación de la peste

La “doceava mortandad” enumerada por el Dietari aparece en 1478, afecta tanto a Aragón como a Valencia estableciéndose medidas de precaución en todos los territorios de la Corona. En la ciudad se organizan cridas y procesiones a san Francisco y cuando el brote desaparece a la Virgen de Gracia. Durante los siguientes cinco años no hay noticias de la existencia de peste.

Los brotes de peste siguen afectando a otros reinos, así en 1487 la epidemia afectaba a Cataluña. En 1489 a los Reinos de Castilla y Portugal, que se extiende y afecta a la ciudad de Valencia. Durante 1490, se organizan “cridas y procesiones. Este brote provocó la salida de gente e incluso de miembros del consejo. Este episodio según Gallent (1980:228) supuso un duro golpe en el ámbito humano, económico y administrativo, continuando esta situación durante todo el año 1491.

De nuevo la epidemia durante el período comprendido entre los años 1494 y 1496 hace gala de su presencia en la ciudad y en otros lugares de Cataluña,

extendiéndose por Orán y la Berbería. Se organizan “cridas”, misas solemnes y procesiones por las iglesias.

El año 1501 la ciudad esta rodeada de lugares apestados. Este episodio se mantuvo con diferentes niveles de afectación. El consejo organizó un solemne sermón con concesión de indulgencias y perdones a cuantos participaran en él. No obstante se tomaron medidas adicionales de aislamiento y cuarentenas.

En los primeros meses de 1507, la ciudad tuvo que protegerse de nuevos brotes epidémicos. A pesar de las medidas de precaución, en enero de 1508, la peste rodeaba la ciudad. En el mes de mayo había penetrado intramuros de la ciudad y de nuevo provoca la salida de la ciudad de numerosos pobladores. Este nuevo episodio duró hasta 1512, con vaivenes en cuanto a casos y noticias relacionadas como las citadas “cridas” y procesiones.

Las medidas con las que tuvieron que enfrentarse tanto la población como sobre quienes recaía la asistencia a los enfermos, así como la responsabilidad de la autoridad, no debieron constituir una tarea fácil. En cualquier caso son de destacar los pregones con que se anunciaba a la población la existencia de enfermos y de sus peligros. A este respecto Gallent y Bernardo (2001) cuentan el procedimiento de “les crides” en la Valencia del siglo XV, así como las recomendaciones de índole religioso que se anunciaban a la población.

La participación de la población en las rogativas para el cese de la enfermedad, y/o la asistencia a procesiones y otros actos, no tuvieron en cuenta la percepción del riesgo, que las aglomeraciones podrían suponer para los mecanismos de transmisión de esta enfermedad. A este tipo de medidas se incluyeron otras más específicas y que constituyeron prácticas que se aplicaron en otras poblaciones de la Corona de Aragón, con la intención de erradicar y controlar las enfermedades epidémicas, especialmente, en el caso de la peste.

Entre las medidas a adoptar se anunciaban normas relacionadas con la necesidad del aislamiento de los casos, solicitar a los transeúntes y peregrinos acreditación de su procedencia para determinar si correspondía con lugares libres o no de peste, el cierre de las puertas de la ciudad, la prohibición de introducir ropas, maderas y otros productos. Por último, se requería que los habitantes dieran cumplida información a la autoridad de cualquier caso que conocieran y/o sospecharan, y no acogieran ni albergaran a personas procedentes de poblaciones declaradas de estar apestadas. Se establecía la cuarentena que junto con otras medidas iba destinada a interrumpir el ciclo biológico del agente causal. Estas medidas se basaban en el análisis de la coincidencia de causa-efecto y no siempre eran eficaces. García Ballester (1987: 104) cuenta que adicionalmente se llevaban a cabo acciones como la limpieza de escorrentías, acequias, marjales, aguas estancadas; se prohibía asimismo plantar arroz y de enterrar en la ciudad los cadáveres de los muertos. Según López Piñero (1992: 91), los “jurats” prohibían enterrar los muertos de peste en la morería de Paterna.

Superados los efectos devastadores de los citados episodios de peste por la población, es probable, que los ciudadanos motivados por los distintos actos convocados, así como de las acciones colectivas emprendidas para expresar la gratitud por el cese de la epidemia, hicieran proyectos y promesas para llevar a término compromisos de peregrinación a santos lugares. Es precisamente en estos años de pestilencias cuando el fervor religioso debió inculcarse en la población. El propio santo Vicente Ferrer proponía en sus sermones la peregrinación como acto de complacencia divina y convencimiento de beneficios espirituales. Al mismo tiempo, el propio santo ejercía de peregrino predicando por los pueblos. Pensamos que entre estos proyectos y promesas de peregrinación se incluyera la dirigida a visitar a la Virgen del Pilar en Zaragoza y recorrer los diferentes lugares santos, que se encuentran a lo largo del Camino Real de Valencia a Zaragoza y, porqué no, a Santiago de Compostela

6.1.4. *La sanidad en la Valencia medieval.*

Asumimos la opinión de Gallent (1980) acerca del estudio de la sanidad medieval en Valencia, entendiéndola desde una perspectiva global de los variados problemas e interrogantes de la sociedad y de qué forma los poderes públicos la afrontaron. Es evidente que las necesidades de la población, se vieron incrementadas con la presencia de una población flotante integrada por inmigrantes, transeúntes, peregrinos, pobres y enfermos. A estas insuficiencias cabía añadir las generadas a causa de carestías, enfermedades epidémicas y también por conflictos sociales, los cuales deben contemplarse con amplias miras y diversos enfoques para aproximarnos a la realidad de la época. Estudiar las formas de enfermar es tarea multidisciplinar, donde la profesión de enfermería, puede mostrar el problema de la enfermedad o del enfermo atendiendo a su necesidad holística y asistencial, desde su perspectiva profesional, sin menoscabo del valor y las aportaciones de otras disciplinas.

Sin embargo, cuando la enfermedad supera tasas habituales y adquiere criterios de epidemia, el fenómeno adquiere un volumen que precisa de más elementos, no solo sanitarios para su análisis, control y erradicación. Rodrigo Pertegás (1927: 45), valiéndose en la situación de la ciudad de Valencia y de sus condiciones climáticas, opina que:

“... las enfermedades más comunes en los hospitales valencianos cuatrocentistas eran en primer lugar y aparte de las quirúrgicas las que desde el principio privan de tal manera de sus fuerzas al enfermo, que le imposibilitan en absoluto de toda clase de trabajo; y después de éstas, las que no ofreciendo en su principio tan grave aspecto estaban ya adelantadas en su evolución que a pesar de la resistencia hasta entonces opuesta por el mismo enfermo le obligaban a solicitar su admisión en nosocomio. Según este criterio, puede afirmarse que en ellos, entre las enfermedades agudas, abundan las tíficas, las palúdicas perniciosas y las torácicas y abdominales, producidas según las estaciones, por alteraciones climatológicas, y entre las crónicas, las tuberculosis o fiebres écticas, como entonces se llamaban; las caquexias y las lesiones orgánicas de las más importantes vísceras y de los grandes casos, en lo más avanzado de su evolución”

6.2 La asistencia sanitaria en los Hospitales de la Corona de Aragón

Desde el momento de la caída del Imperio romano, en los países que habrían de formar la Corona de Aragón, como en el resto de Europa, la asistencia al enfermo y del necesitado estaba reducida a poco más de unas sencillas formas manifiestas de caridad, básicamente ejercida por parte de religiosos al cargo de las enfermerías de los monasterios. Eran los únicos lugares protegidos de la inseguridad de los tiempos y destinadas en principio al cuidado de los enfermos de la propia comunidad religiosa, servicios que tuvieron que ampliarse para acoger a los pobres y peregrinos que demandaban acogida. Además de facilitarles techo para alojamiento, a los enfermos se les administraban bebidas preparadas con las hierbas del huerto, se aplicaban vendajes, lavativas, ventosas, sanguijuelas. Dada la fama que en ocasiones adquirían los cuidadores de las enfermerías de los monasterios, frecuentemente eran llamados para practicar sus artes fuera de los recintos monacales.

Para Rubio (1997), la creación de hospitales fue la piedra angular en la asistencia social a pobres y necesitados durante la Edad Media, así como un influyente factor civilizador. A partir del siglo XIII surgen iniciativas que condujeron a la proliferación de instituciones hospitalarias tanto en los territorios peninsulares como en el resto de Europa. De hecho la fundación de hospitales constituyó una respuesta de la sociedad urbana al problema de la marginación que representó el estado de la pobreza.

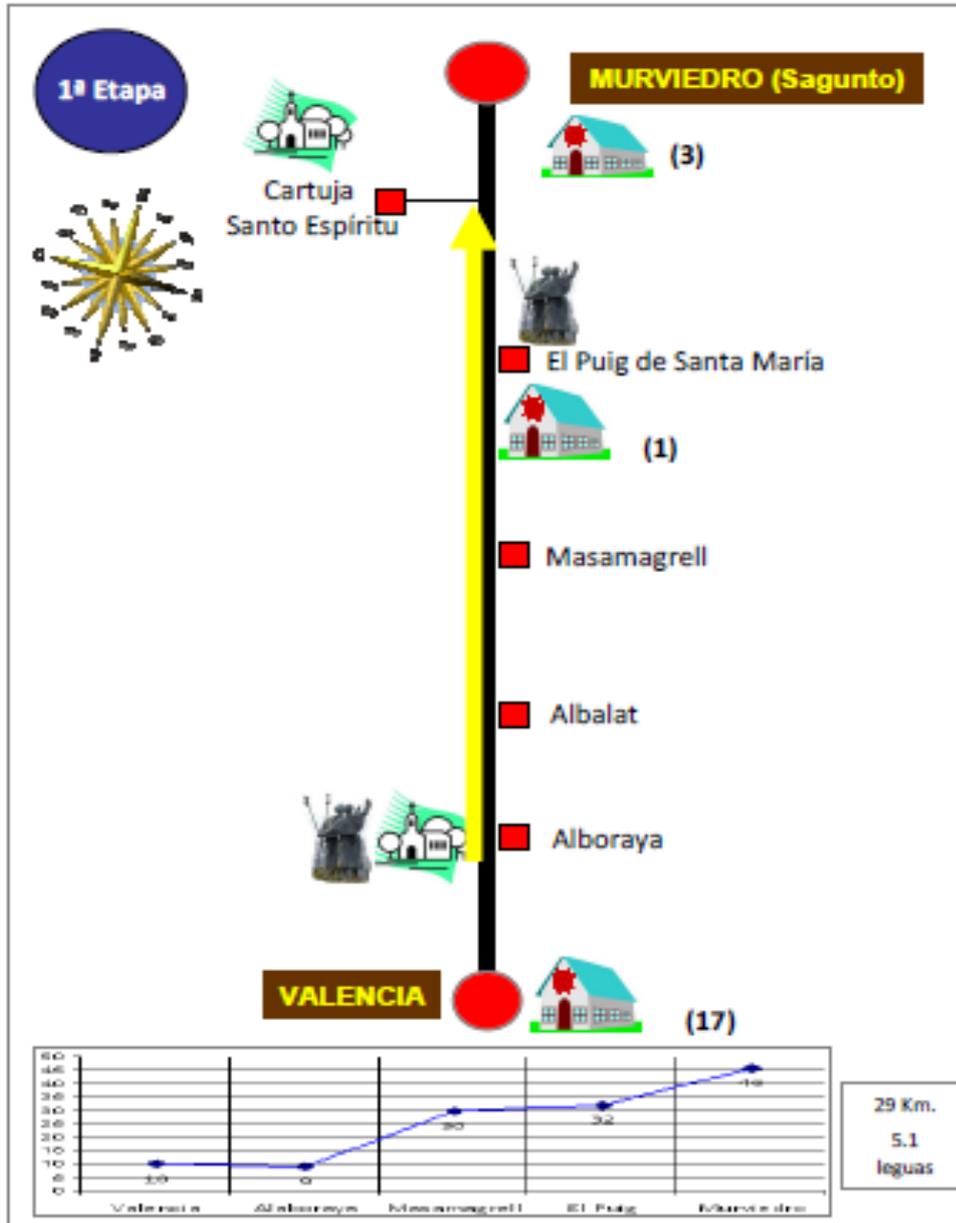
Los hospitales medievales basaron su fundación en la espiritualidad cristiana, facilitando el desarrollo y la estabilidad social de las ciudades. Los regidores municipales debían procurar por su planificación y funcionamiento. En este sentido el franciscano Eiximenis, merced a la influencia que ejercía sobre los jurados de la ciudad, especialmente en los asuntos relacionados con la salud pública, recomendaba que los hospitales y leproserías se ubicasen en lugares

adecuados, con el fin de evitar que los vientos dominantes transportaran hasta el recinto urbano el aire infecto propio de aquellos.

Espitals, llochs de lebreros, bordells, e taffureries, e escorriments de clavegueres, deuen estar a la part contrària d'aquell vent qui més se usa en la ciutat, per tal que lo vent aquell no tir les infeccions del dit lloch, ans les lluny e no les hi llex acostar. (Eiximenis, 1986).

Podemos considerar la presencia de hospitales como una evidencia en el desarrollo de nuestro trabajo que vamos a ver representada en las poblaciones que integran el itinerario de Valencia a Zaragoza, siguiendo este trazado denominado Camino Real. Debemos suponer que entre los hospitales, habrían grandes diferencias, en cuanto al edificio, número de camas, personal sanitario, si atendemos la importancia de las poblaciones por las que pasaba esta ruta de comunicación con los pequeños núcleos poblacionales en los que una techumbre, fuego, comida y abrigo, constituirían los recursos que los vecinos podrían ofrecer a los necesitados transeúntes.

Con esta breve aportación acerca de los rasgos asistenciales que debieron tener los hospitales, en este período bajo medieval, a continuación iniciamos la descripción del itinerario entre Valencia y Zaragoza, repartido en nueve etapas siguiendo la crónica del viaje emprendido por Antonio de Lalaing durante el mes de octubre de 1502, utilizando un itinerario que años mas adelante configuraría el primer Repertorio de todos los Caminos de España, el de Villuga (1546).



 **VALENCIA:** San Vicente, Sant LLàtzer, Trinitat, Santa Joan de Jerusalem, Santa Maria de Roncesvalles, Santa LLúcia o de la Reina, En Clapers, Beguins, San Antonio, Sacerdotes Pobres, San Jaume, En Conill, En Bou, En Soler, En Sorell, Ignoscents, folls i orats, Santo Hospital General. **EL PUIG:** Hospital de El Puig. **SAGUNTO:** Hospital de la Iglesia de San Miguel, Hospital San Francisco, Na-Marcena.

 **ALBORAYA:** Lugar de peregrinación, Milagro de los peces (Miracle dels peixets)
EL PUIG: Lugar de Santa María del Puig.

 Cartuja: Santo Espiritu en el término de Gilet Monasterio

6.3 Primera Etapa: Valencia a Murviedro (Sagunto)

A la ciudad de Valencia se podía acceder presumiblemente desde el sur o por mar para recorrer desde este punto el Camino hacia Santiago. Quienes visitaban la ciudad de Valencia, en calidad de transeúntes, peregrinos o por cualquier otra razón, probablemente verían culminadas sus expectativas de la índole que fueran, pues contemplaban una ciudad cosmopolita en franco desarrollo urbanístico y poblacional, dotada de una amplia red comercial y servicios asistenciales. Su estancia permitiría a quienes continuaban su camino hacia Zaragoza obtener el abastecimiento necesario para emprender las jornadas que le conducirían a su destino a través de un antiguo trazado de origen romano denominado por esta época Camino Real, un recorrido seguro y protegido por el Rey. Al mismo tiempo podían reconfortar sus necesidades espirituales con la visita a las numerosas iglesias, capillas y edificios de culto de los que disponía la ciudad, así como a diversos lugares de devoción.

Hemos tomado como referencia las aportaciones de García Mercadal (1999: 399-449) y Villanueva Morte (2006) acerca de las memorias de Antonio de Lalaing¹. La estancia de la comitiva, se materializó en los primeros días del mes de Octubre, con la visita durante varios días a la ciudad de Valencia. De la crónica de este viaje es de destacar según García Mercadal (1999: 446) la mención de “hermosas iglesias y monasterios, especialmente la iglesia mayor, consagrada a Nuestra Señora que esta muy bien adornada y decorada”. Lo que viene a puntualizar el ambiente religioso de la ciudad. Más tarde afirma haber observado

¹ Antonio de Lalaing. Señor de Montigny desempeñó un papel importante en los Países Bajos durante los primeros veinticinco años del reinado de Carlos V. Cuando en noviembre de 1501 Felipe el Hermoso decidió cuáles habían de ser las personas que los acompañarían en su primer viaje a España, designó a Lalaing como uno de sus chambelanes. En el relato de su viaje acompañando a don Felipe, Lalaing dejó al archiduque en Toledo, y sin indicar la causa, y en compañía de otro caballero (supuestamente acompañados por algunos servidores) visitó Granada, desde donde pasaría a Murcia y Valencia para dirigirse a Zaragoza, donde volvería a encontrar a su señor.

una gran actividad comercial, sorprendiéndose al comprobar la existencia de agrupaciones gremiales, tal y como ocurre en las ciudades de Brujas y en Amberes. En el capítulo XXX de la crónica, narra la visita a lo que presumiblemente era el *Hospital dels Ignocents folls i orats* de la ciudad de Valencia.

“donde mantienen a locos y locas y gentes sin sentido, continúa indicando que allí hay gentes asalariadas para cuidar de ellos en todas sus necesidades, sufragando los costes a cuenta de la ciudad”. García Mercadal (1999: 447)

La visita de los viajeros se prolonga para acreditar como se celebra la mayor fiesta del año, la que corresponde al día de san Dionisio, fiestas en memoria del rey de Aragón Jaime I el Conquistador que tomó esta ciudad y la liberó del dominio de moros e infieles. La crónica de Lalaing continúa relatando las siguientes etapas y abandonan la ciudad de Valencia el 10 de Octubre de 1502.

6.3.1 Hospitales y lugares de acogida en la ciudad de Valencia.

A mediados del siglo XIII, el movimiento hospitalario había arraigado y florecía en toda la cristiandad, incluido el reino de Valencia. Los antecedentes a la construcción de los primeros hospitales en la ciudad de Valencia, y en las ciudades de la Corona de Aragón, vienen dados por la necesidad de adaptación a lo que son las tendencias de la época y habían tenido lugar en otras ciudades de Europa durante el siglo anterior.

Los estudios acerca de los hospitales valencianos en el período bajo medieval, han sido llevados a cabo por Rodrigo Pertegás (1927), Burns (1965), Gallent Marco (1980), Rubio Vela (1984), López Terrada (1986) entre otros. Concretamente Burns (1967) ha llegado a localizar más de veinte centros asistenciales a mediados del siglo XIII, en su mayoría fundados y dependientes de órdenes religiosas, pero como ya hemos comentado, es a raíz de la conquista, cuando se crean los primeros establecimientos del Reino de Valencia según el

modelo de “hospital cristiano” vigente entonces en Europa. Se trataba de edificios pequeños regidos por órdenes religiosas o, en algunos casos, por los gobiernos municipales, donde se dispensaba una asistencia plural, que iba desde la crianza de niños expósitos, a la acogida de peregrinos y atención de enfermos. Contaban asimismo con enfermerías para mujeres y para hombres, equipadas con numerosas camas, disponiendo de capilla y cementerio anexo. Para el Reino de Valencia, dado su carácter de tierra conquistada, la fundación de hospitales constituyó, además de un factor civilizador, un instrumento de cristianización, en un territorio aún habitado por numerosos musulmanes. En el estudio sobre los Hospitales de Valencia en el siglo XV, Rodrigo Pertegás (1927) comenta que inmediatamente después de ser ocupada la ciudad de Valencia por los cristianos, los monjes de Roncesvalles y los caballeros Sanjuanistas de Jerusalén fundaron los hospitales de san Jaime y de san Juan Bautista en los predios intramuros que les adjudicaron, en el reparto de la ciudad. Estaban situados junto a la antigua casa de la Cofradía de San Jaime, el primero, y lindando con la muralla junto a la puerta de la Xerea, el segundo.

Las fundaciones de estas instituciones sanitarias continuaron en los siglos siguientes, siendo pocas las localidades que no contaron en esta época con su pequeño hospital, si bien lo exiguo de sus rentas motivaba la rápida decadencia, e incluso la desaparición de muchos. En el siglo XIV, la red hospitalaria urbana se modificó profundamente, caracterizado este hecho por la desaparición de algunos de los establecimientos fundados en la centuria anterior, por crearse otros. Este impulso creativo unas veces fue por iniciativa eclesiástica, como el hospital de “sacerdotes pobres”, y el de san Antonio para acoger a los enfermos aquejados del mal del mismo nombre. Otras propuestas fundacionales, fueron en su mayoría por iniciativa de burgueses ricos que dotaron a sus fundaciones de carácter más laico y moderno, como por ejemplo los hospitales de En Clapers, el de Beguins, el de En Conill y el de En Bou.

También es de destacar el interés que tuvo la Corona en que se llevara a cabo una adecuada atención sanitaria, no solamente con una prestación suficiente de servicios para necesitados, sino también por el adecuado funcionamiento de los mismos. En este sentido, las quejas, denuncias o informes sobre el mal funcionamiento de los hospitales, se trataban con diligencia por recuperar la función asistencial y el prestigio de la ciudad. Un ejemplo de este interés queda reflejado en la propia figura del rey D. Fernando, que en 1486 nombró una comisión para aclarar las irregularidades detectadas en el funcionamiento de los hospitales valencianos. Unos hechos que se comprobó posteriormente que eran falsos debido a la confesión de uno de los acusadores. (A.R.V. Real Chancillería, Reg. 307, fol. 25 vº 26 rº de 24 de diciembre de 1486).

Por otro lado, junto a la intervención municipal y a la consiguiente secularización y patronazgo de los centros asistenciales, se produjo una concienciación por parte de la sociedad y de los poderes públicos, que asumieron la sanidad como una función social. Este nuevo escenario comportó la responsabilidad de las autoridades no sólo en la creación, organización de instituciones hospitalarias, sino también en el mantenimiento, la mejora en la dotación de medios y una mayor preparación de quienes atendían y cuidaban a los necesitados enfermos, pobres y peregrinos.

Ya en el siglo XV, hubo un momento de inflexión que culminó el año 1409 con la fundación del Hospital dels *Ignoscents, folls e orats*, destinado para la atención de enfermos mentales —uno de los más antiguos manicomios del mundo—, obra modélica de la burguesía valenciana y máximo exponente del paso hacia la secularización de la atención sanitaria de la época. Los administradores del Hospital dels *Ignoscents*, a finales del siglo XV, dadas las necesidades sanitarias de la ciudad de Valencia solicitaron al Rey que les permitiese ampliar la institución para atender a enfermos de toda índole, como así figura en registro de la Real Chancillería de fecha 14 de marzo de 1493. (A.R.V., Real Cancillería.

Reg. 309, fol. 99 vº 102 rº). En el transcurso de este siglo, y como consecuencia de las últimas voluntades de nobles ciudadanos, surgieron proyectos para construir nuevos hospitales, como el de En Guiot y En Sorell, que no llegaron a cumplirse (Rubio Vela 1998: 92). Este período, en opinión de Gallent (1988: 96) coincidió en el tiempo, con la lenta configuración de unas instituciones de carácter civil, acorde con la dinámica europea del momento. Sin embargo, la sanidad valenciana se adelantó a su tiempo en la fundación y desarrollo de una prestación hospitalaria de representación laica ligada estrechamente a la sociedad que la impulsó.

Desde el momento de la conquista de la ciudad de Valencia por Jaime I, van a ir creándose una serie de hospitales que pasamos a enumerar y describir:

(1) Hospital de San Vicente

En el resumen historial de la fundación de la ciudad de Valencia, Esclapes dice que:

“Nuestros Historiadores refieren, como el Real conquistador, reducida esta Ciudad al estado Católico, luego deliberó lugares para la asistencia, i curación de los enfermos de todos generos de accidentes, los quaeles fueron un Hospital enfrente de la Ermita, o lugar del martirio de San Vicente, oy de la Roqueta” (Esclapes 1738: IV, S.4, 141).

La lista de recursos asistenciales de la ciudad de Valencia para la atención de las necesidades de enfermos, pobres y peregrinos, se inicia con la referencia al Hospital de San Vicente, instituido una vez finalizada la conquista de la ciudad de Valencia. Una de las prioridades más inmediatas adoptadas por el monarca Jaime I, fue la de proclamar al santo mártir Vicente como participante en la conquista del reino de Valencia como cualquier otro caballero. Así, mediante un privilegio concedido el 17 de mayo de 1262, ordenó que, cerca del lugar santo donde el bienaventurado Vicente había sido sepultado, “había de levantarse un monasterio y un hospital” (Miret y Sans, 1918). Haciendo realidad lo que según Burns (1982: 621) fue una decisión adoptada previamente a la ocupación de la ciudad, la

creación de una Iglesia secular y un monasterio bajo la advocación del mártir de la Valencia romana, dentro de un ambicioso conjunto religioso.

“quia fides nostra talis est, quod Dominus Jesus Chirstus, ad preces especialiter Sancti Vicencii nobis civitatem et totum Regnum Valencie subjugavit, et eripuit de posse et manibus paganorum” A.C.A. Jaume I, Reg. Canc. 12 f. 79v (17 de marzo 1262).

Fue el hospital más antiguo de la ciudad, próximo al monasterio del mismo santo Vicente, convertido en “símbolo y centro de la vida espiritual de Valencia”. El mantenimiento de este complejo debió suponer un considerable dispendio, difícil de mantener en la época, ya que incluía el sostenimiento de la comunidad religiosa de San Victoriano que allí residía. Este desembolso unido a los gastos del personal necesario para atender las necesidades de los pacientes, exigió apelar a la conciencia de los fieles mediante la postulación de fondos. De esta forma, en 1240, se consiguió el montante suficiente como para empezar la construcción. Más adelante, en 1244, el rey Jaime I donó el castillo de Quart de Poblet, junto con la alquería cercana de Aldaya, lo que permitió la obtención de beneficios para poder finalizar y poner en marcha, el complejo hospital y monasterio que inició su funcionamiento en ese mismo año de 1244. En poco más de diez años entraron en acción las instalaciones formando una unidad, “*domus seu hospitalis*”. Este centro asistencial parece ser que seguía el patrón monacal al disponer de enfermerías separadas para hombres y mujeres, además de una capilla para oración y recogimiento y dependencias para el servicio con un hospicio para acogida de los pobres.

Burns (1982: 648) refiere un documento datado en 1279 (A.C.A. Pere III, Reg. Canc. 42, f 158v), en el cual se hace mención de la existencia de enfermerías separadas para hombres y mujeres, donde se citan los *infirmi* (enfermos) y de qué forma estaba segregado el personal de este Hospital de San Vicente. Se refiere también al clero, pensionistas, servidumbre y enfermos, utilizando servidumbre

como un término más amplio que “sirvientes” o “plantilla”. Los tres primeros grupos pertenecían a la “*casa*” de san Vicente; los enfermos a “*su hospital*”.

(2) *El Hospital de Sant Llàtzer*

Su fundación tuvo lugar en fechas próximas a la conquista de la ciudad por Jaime I, aunque se sabe de su existencia desde 1254, a partir del registro de un legado testamentario en favor de este hospital. Fue la residencia obligatoria para todos los enfermos “*appellats de sent Làzer*” 憫 leprosos 憫 de la ciudad y del reino, cualquiera que fuese su edad, linaje y condición. Su objetivo era “*recluir*” para evitar el contacto y posible contagio de las personas sanas de una enfermedad, que “*per sa natura o condició se pega accidentalmente per participacio de certs actes*”. En el “*se avian de curar los enfermos de males contagiosos, como lepra i otros*”; ante tal convicción y siguiendo los criterios de ubicación de otros hospitales para leprosos “*se tuvo la mira de fundarle fuera de sus antiguos muros*”. (Marco Merenciano, 1950: 309)

Existe escasa bibliografía acerca de este hospital, sin embargo, García Verdeguer (1990) ha analizado de manera pormenorizada este Hospital, y aporta en su estudio una serie de datos interesantes, producto de la lectura a través de los libros de administración del hospital correspondientes al siglo XV. Nos describe esta institución, ubicada en un lugar alejado de la ciudad en el camino de Morvedre (Sagunto). Esta localización confirmada por Rodrigo Pertegas (1927: 28), indica una zona comprendida entre la Zaidia y Marchalenes llegando hasta el Real, en donde se levantaban los diversos edificios que constituían esta institución. Su actividad asistencial y mantenimiento fue confiado a los hermanos de san Lázaro, antes de 1251. Respecto a la población nosocomial registrada en diferentes períodos nos aproxima a lo que pudo representar esta enfermedad en la ciudad de Valencia y por extensión en otras ciudades. La información de estos registros, muestra que en el período comprendido entre 1406-1452 tuvo este hospital un promedio de ingresos diarios entre 5 y 6 enfermos de lepra. Sin

embargo resultan relevantes estos mismos datos para el año 1499-1500, en donde el promedio se sitúa en 12 enfermos día. No obstante, pensamos que este aumento no se correspondió con un brote de la enfermedad, sino que parece ser derivado de la confusión con el diagnóstico de esta patología, con otros cuadros difusos con apariencia semejante (llagas, úlceras, escamosis, ergotismo, etc.). En el análisis de otro apartado García Verdeguer, pone de manifiesto la existencia de la figura del “*spitaler e spitalera*”, cargo importante en el organigrama del hospital. La decisión de su nombramiento recaía sobre los jurados de la ciudad, siendo las personas elegidas obligadas a prestar este servicio y convirtiéndose en regidores y protagonistas de la vida de la malatería, o leprosería y afirmando que eran el *espitaler* e la *espitalera* quienes dirigían la vida cotidiana del hospital y del personal sanitario

(3) Hospital trinitario (también llamado Hospital de la Trinitat)

Este hospital estuvo dedicado a atender a los enfermos del Convento de San Guillem, fue instituido probablemente entre 1242 y 1252 por disposición testamentaria de un rico ciudadano llamado Guillem Scrivá, que fue secretario del rey Jaime I. Gobernado y mantenido por la orden de los frailes trinitarios desde su fundación en 1213, estaba ubicado en la punta del puente conocido como “*dels Catalans*” por corresponder al camino que se dirigía hacia Cataluña desde Valencia, “*in capite Pontis Civitatis Valentie*” según consta la descripción en el archivo (A.C.V. perg, 1.216 (25 de julio 1256) en el mismo lugar que hoy ocupa el convento de monjas de la Trinidad, y próximo a la parroquia de el Salvador.

(4) El Hospital de Sant Joan de Jerusalem

Este hospital fue fundado en 1250 por los caballeros de la soberana orden militar y hospitalaria de San Juan de Jerusalem, mediante privilegio otorgado por el Rey Jaime I, en reconocimiento y gratitud por los servicios prestados en la toma de la Ciudad. Se les concedió un espacio situado junto a la puerta de la Xerea, lugar defendido por estos caballeros. Fue instaurado para atender a peregrinos de

paso por la ciudad. Dice Esclapes (1734: 104), tras una detallada referencia a las donaciones por ayuda a la causa de la conquista de Valencia, que Jaime I concedió entre otros a la Orden de San Juan de Malta o del Hospital, las peculiaridades referidas a la donación de este establecimiento, y escribe

“...tomaron asiento dentro de la Ciudad, cerca de el Portal de la Xerea, que estava delante de la Iglesia nueva que han hecho los Padres de el Oratorio de San Felipe Neri, i teniendo la Religion por Instituto la Milicia contra los Infieles, i la Hospitalidad, como dos coluna, en que se mantiene, fundo en dicho territorio su Convento, i Hospital, con la precisión de el tiempo, i de la necesidad de los enfermos, porque no avia otro: i alli mesmo una Capillita, que aun se conserva debajo del aposento Prioral, la qual tiene diez palmos, i medio por frente, i trece palmos de ancho, toda de piedra i arquitectura Mosaica, i la boveda de un medio cascaron, con siete arquitos de cruceria; i de ancho, obra tambien Mosaica, con boveda de cruceria de quatro arcos: i tres por los dos lados, i por la frente, que davan passo, i vista a los tres ramos de la enfermeria...”

(5) El hospital de Santa María de Roncesvalles.

Este centro formó parte de las donaciones otorgadas y repartidas por igual que el Rey concedió a los caballeros hospitalarios de santa María de Roncesvalles. Cuenta Burns (1982: 535) que esta orden se había constituido como grupo de canónigos regulares para el cuidado de los peregrinos enfermos y agotados procedentes o con destino a Compostela que atravesaban la diócesis de Pamplona y que probablemente asistieron al asedio de la ciudad de Valencia, para atender a los heridos. El monarca les ofreció diversas propiedades en Puzol y Sagunto y se instalaron en la iglesia suburbana de la santa Cruz, en el barrio de Roterros, disponiendo de un pequeño hospital. Rodrigo Pertegás (1927) afirma que la actividad de esta institución fue la de “recoger, servir y cuidar enfermos de todas clases, admitían y socorrían a peregrinos y viandantes”, aunque debió tener escasa importancia a juzgar por su menguado eco documental y corta vida, pues todo indica que desaparecieron durante el siglo XIV.

(6) *El Hospital de Santa Llúcia ó de la Reina.,*

En el año 1300 murió la reina Constanza, viuda del rey Pedro III el Grande. En su legado testamentario expresó su voluntad de erigir un hospital en la ciudad de Valencia y otro en la de Barcelona. En Valencia fue fundado en 1310, denominándose como el Hospital de Santa Llúcia y conocido como el hospital de la Reina. Para Webster (1991), son diversas las probables motivaciones que decantaron la prioridad de este hospital en la ciudad de Valencia en lugar de la de Barcelona; entre ellas, que la ciudad de Barcelona dispusiera por esta época de una mejor asistencia sanitaria, por otro, que los habitantes de la ciudad de Valencia estuvieran sufriendo carencias derivadas entre otras causas, por la pobreza y las enfermedades y como consecuencia, demandara una creciente necesidad asistencial. Su administración se dejó a cargo de la orden de los franciscanos. La presencia de brotes epidémicos de peste por estos años, en la ciudad tal y como nos refiere Rubio (1984: 61) evidenció las necesidades de asistencia y puso de manifiesto el importante desequilibrio entre la oferta de este hospital y probablemente la de otros, con las verdaderas necesidades de la población. Esta situación supuso un deterioro asistencial y estructural, que obligó a la intervención real, nombrando nuevos administradores. En paralelo, la institución se benefició de la voluntad del noble Pere Conca, que actuó de hospitalero y dotó al hospital de importantes rentas que utilizó para la renovación de sus instalaciones. La transferencia de la tutela desde la realeza y los franciscanos a la municipalidad se produjo a mitad del siglo XIV y fue auspiciada por la participación de este rico benefactor que propició la actuación del Consell municipal. Estas actuaciones conjuntas determinaron un ejemplo de iniciativa privada y pública que servirían de referente en la futura consolidación de la red hospitalaria de Valencia.

(7) El Hospital de En Clapers.

Según Rubio (1981), el origen fundacional de este hospital supuso un referente en las titularidades de los hospitales en la ciudad de Valencia que se fueron produciendo a lo largo del siglo XIV. Es una muestra del origen de buena parte de los hospitales medievales, expresada en la voluntad última de una persona adinerada, que, impulsada por el deseo de salvación ultraterrena, destina en el testamento parte de su fortuna –o toda ella– para la construcción de un centro asistencial. Muestra de ello es el testamento redactado en 1311 por un importante ciudadano de la burguesía valenciana llamado Bernat dez Clapers. La ejecución de sus voluntades se materializó con la construcción en una propiedad, sita en el camino de *sant Julià* (extramuros de la ciudad), por entonces Camino Real de obligado paso para quienes entraban en Valencia por la puerta de los Serranos y que llevaría el nombre de *santa María*. Tres años después comenzó a funcionar rompiendo el modelo tradicional de vinculación administrativa y funcional a una comunidad religiosa, para marcar según deseos de su fundador un carácter laico, cuya representación recaería en principio en su propia esposa con la misión de ejercer la administración y gobierno, hasta el momento de su muerte. Ordenó la elección de un hospitalero, digno de su confianza que viviría en el hospital y se encargaría de su gobierno interior, así como de la administración de todas sus rentas. El hospital inició su andadura y perduró durante dos siglos, bajo la real protección de Jaime II, como se desprende del contenido del siguiente registro de la Cancillería, extendido en Lérida el 31 de Octubre de 1314, “... recepimus et constituimus sub nostro guidatico, protectiones et comanda speciali, hospitale Bernardi de Claperiis, quondam, atuatum in civitate Valentie...” .. (ACA. Cancillería, reg. 211 f. 231v)

De este centro asistencial, queremos destacar las dependencias principales, en las que las enfermerías se planifican diferenciadas para hombres y mujeres. Según recoge Hinojosa (2002: 441), su finalidad entre otras, era “asistir a los

enfermos, a los pobres y la crianza de lactantes huérfanos o expósitos contratando nodrizas”.

(8) *El Hospital dels Beguins.*

Este hospital simboliza la presencia en la ciudad de Valencia, “desde los tiempos del rey Jaime I” de la orden de los frailes de penitencia de Jesucristo, popularmente llamados “frailes de los sacos”, cuya casa estaba ubicada junto a la puerta de la Boatella. Según Rubio y Rodrigo (1992: 188), la disolución de esta orden de frailes de penitencia en 1274, por decreto del concilio de Lyon, despertó el interés de los beguinos, oficialmente conocidos como “frailes de penitencia de la tercera orden de san Francisco”, por la casa que los “frailes del saco” disponían en Valencia, probablemente con la intención de anexionarlo al monasterio dominico femenino de santa María Magdalena. Los beguinos de Valencia, tuvieron su sede principal en el Hospital fundado en el primer tercio del siglo XIV conocido también como “dels beguins”, como refiere Sanchis Guarnier (1972: 203). En 1334 se fundó bajo la tutela municipal de Ramón Guillem Catalá. Este establecimiento tuvo dos nombres oficiales diferentes el fundacional u Hospital de Santa María y el de Hospital de Jesucristo, cambiando más adelante su denominación por el de *casa e espital de la Verge Maria dels Beguins de la insigne ciutat de València*, en la que se mantuvo el nombre inicial de la casa, tal y como lo refiere Teixidor (1895). Los hombres de penitencia – beguinos – tuvieron en este centro habitación a perpetuidad, según dejara dispuesto el fundador en un legado testamentario. La fundación del centro respondía al talante laico que estaban adquiriendo los hospitales durante el siglo XIV y el centro permaneció bajo la tutela de los jurados valencianos. Durante el trescientos, funcionó como centro de asistencia de enfermos y residencia de hombres de penitencia mientras que en el siglo XV había desaparecido la primera función, quedando reducido a una residencia de beguinos y ermitaños, donde se atendía a los religiosos que iban de paso y se cobijaba por la noche a los desamparados. Según Rubio y Rodrigo (1992: 199) en los libros de la administración, los registros no reflejan

anotaciones acerca de gastos para comida y medicamentos, por lo que resulta que la asistencia exterior que se practicaba, se limitaba a dar albergue nocturno.

(9) El Hospital de San Antonio.

Este hospital pertenecía a la orden hospitalaria de san Antonio, – los canónigos regulares antonianos – la cual creó un hospital propio, del que se posee muy pocos datos. Este Hospital era un centro que acogía y atendía a los enfermos aquejados de la enfermedad llamada, fuego infernal ó fuego de san Antonio (ergotismo). Debió fundarse entre el año 1333, cuando los hermanos de la orden adquirieron tierras, y el año 1340, fecha en la que ya funciona un nuevo establecimiento que le dieron el título de Prepositura y Encomienda, con la obligación de asistir a los enfermos. Por autorización concedida en 1353 por el obispo, los religiosos antonianos fueron habilitados para pedir limosnas en toda la diócesis con destino a los enfermos a causa de ese mal allí acogidos. Mas adelante según Esclapes (1734) refiere a este centro asistencial en los siguientes términos:

“Ya deje insinuado en el cap.3 a fol. 63 núm. 39 como los Canonigos Reglares de San Antonio Abad, poseían la Iglesia, que al presente es Parroquia de San Martín Obispo, i que el Rei Don Martín, para remunerarles esta situación, les concedió proporcionando lugar fuera de la Ciudad en la calle de Murviedro, los cuales luego (se dice) emprendieron su fundación, no se hallan instrumentos, pero es verdadero decir, que en el propio año 1409, pondrían la obra en execucion, con el titulo de Prepositura i Encomineda, i con la obligación de curacion en forma de Hospital”.

(10) Hospital para Sacerdotes Pobres.

Creado en 1379 para atender las necesidades de los sacerdotes mayores y empobrecidos, este hospital es también conocido como Hospital de la Seo. Fue construido junto a la puerta de la Xerea, próximo a san Juan del Hospital fundado por iniciativa de la cofradía de santa María de la Seo. En 1356 el obispo Hugo de Fenollet aprobó los estatutos de dicha cofradía. Su administración se vinculaba al obispo y al cabildo catedralicio. En el se hospitalizaban a los clérigos afectados de enfermedades agudas y crónicas o incurables, encargándose también de su entierro al morir. En sus ordenanzas se imponía que los cofrades tuvieran sagradas órdenes, restricción que se mantuvo hasta 1382. (Benitez, 1998: 14).

(11) Hospital para transeúntes de San Jaime.

La Cofradía de Sant Jaume fundó este hospital en 1378. Esta cofradía era una prestigiosa asociación ciudadana fundada en tiempos de Jaime I y que según Roca (1957), obtuvo de Pedro IV autorización para llevar a cabo la edificación y dotación de un establecimiento hospitalario. La situación de pobreza en la ciudad era manifiesta, cuenta Rubio Vela (1984: 37) que a mediados de 1377, sucedió un hecho que contribuiría al interés por su construcción, “alcunes caritatives persones”, tuvieron que habilitar una casa próxima al portal de N’Avinyó (antigua muralla), para dar albergue a una multitud de pobres llegada de Castilla por causa del hambre que allí se estaba sufriendo, como así consta en los registros.

“el 23 de junio 1377, el Consejo de la ciudad de Valencia acuerda la distribución de limosnas entre los pobres acogidos en una casa manera de hospital situada cerca del portal de N’Avinyó” (AMV, M.C., A-17, f- 104 v.)

Hecho que ponía de manifiesto, la insuficiencia de la red hospitalaria de la ciudad, siendo pues la razón de este efímero centro de acogida para transeúntes. Fue el momento en que esta cofradía iniciaba las gestiones para hacer un centro propio “*pro pauperibus Christi inibi hospitandis et recolligendis*”. Sin embargo el proyecto fue paralizado en 1378 por decisión del mismo monarca, ya que fue advertido de su inadecuación, pues se había elegido para su ubicación un lugar en el centro de la ciudad y sugiriendo su construcción en una zona próxima a la entrada de la ciudad en el camí de Quart. (A.C.A. Reg 932, fols 127 v y 128. 1378 julio, 10, Barcelona).

(12) El Hospital d’en Conill ó de Menaguerra.

La fundación de este hospital corrió a cargo de Francesc Conill de profesión “especier” (boticario) y fue edificado en agosto de 1397. Siguiendo las voluntades de su testamento, lo puso bajo la administración de un pariente y, en su defecto, su voluntad expresaba que recayese su gestión en el prior y los mayordomos de la Cofradía de Huérfanos de Valencia. Estaba ubicado al noroeste

de la capital, en la calle de los Carniceros, zona conocida como los Patis d'En Frigola. El texto del testamento de Francesc Conill, lo transcribe Teixidor (1895: 289). Por su parte Esclapes (1734: IV-146), cita la existencia de este Hospital, en los siguientes términos:

“En el año del Señor 1393, un generoso Valenciano llamado Francisco Conill, dispuso fundar un celebre Hospital para alvergar, i hospedar a los pobres pasajeros Peregrinos, i habiendo suplicado a la Magestad del Rei Don Juan I de Aragón su Real aprobación, le fue concedida, i en virtud de ella en el dicho año empezó la dicha fundacion, à la qual llama el vulgo el Hospital de Menaguerra”.

Esta actividad de acogida a peregrinos también la ratifica Hinojosa (2002: 445).

(13) Hospital d'En Bou.

De su existencia hablan Esclapes (1734) y Teixidor (1895) refiriéndose a un centro asistencial que surgió en Valencia. Se atribuye su fundación a Pere Bou por el año 1399, y estaba destinado a atender las necesidades de los pescadores pobres caídos en enfermedad. Estaba emplazado cerca de la puerta de Ruzafa.

(14) Hospital d'En Soler.

El establecimiento de este hospital se deriva de otra fundación auspiciada y ejecutada por un sacerdote conocido como Berenguer Soler en 1376, que se dedicó a recoger a los pobres y forasteros, sobre todo inmigrantes castellanos que acudían a Valencia. El centro estuvo ubicado cerca del portal d'En Avinyó, próximo al lugar proyectado para el hospital de peregrinos de sant Jaume.

(15). Hospital d'En Sorell

De la existencia de este hospital disponemos de una referencia proporcionada por Rodrigo Pertegás (1927: 6). Afirma que se conoce a través de un acto administrativo celebrado el 10 de enero de 1471 por parte del cabildo de la catedral, a propósito de ciertos censales que estaban adscritos a unas casas y fincas que su propietario Tomás Sorell, ciudadano de Valencia, había adquirido

para edificar un hospital destinado a atender las necesidades de asilo para los pobres que eran enviados por los administradores de las parroquias de la ciudad.

(16) Hospital dels Ignoscens, folls i orats

La propuesta para esta iniciativa se produjo merced a las peticiones proclamadas y llevadas a cabo por la ciudad de Valencia por parte de fray Gilabert Jofre, en favor de los dementes que vagaban por las calles de la ciudad. Como consecuencia de estas demandas en marzo de 1409 Llorenç Salom y Bernat Andreu, junto con un grupo de mercaderes adinerados, se interesaron por el proyecto adquiriendo una casa en los terrenos donde hoy día se ubica el antiguo hospital. El rey Don Martín el Humano confirmó las obras y, a petición de los jurados de la ciudad, concedió el privilegio de amortización, firmado en Barcelona a fines del mismo año 1409. Asimismo el papa Benedicto XIII expidió una bula de fundación el 26 de febrero de 1410, en ella otorgaba su licencia para erigir una capilla, un cementerio y una capellanía que tuviese a su cargo la administración de los sacramentos a los enfermos y moradores del naciente hospital de los Santos Inocentes, modificándose el nombre y pasando a denominarlo "Hospital de Nuestra Señora Santa María de los Inocentes". El rey Martín expide las nuevas constituciones que permitían la elección del hospitaler y la asignación de sus funciones en el hospital, ya que hasta entonces se regían por unas constituciones provisionales. Del mismo modo se concedía autorización al hospitaler para:

“recoger para por si o por mensajeros o ayudantes de la casa, conducir a ella a aquel o aquellos, hombre o mujer de cualquier edad que sea, notoriamente loco u orate y por tal tenido y reputado antes públicamente. Fue firmado por el Rey Martín, el día quince de Marzo del año de la Natividad del Señor de mil cuatrocientos diez, decimoquinto de nuestro Reinado”. (Domingo, 1954: 21).

Años más tarde Benedicto XIII bendecía la constitución de una Cofradía mediante bula fechada en 4 de marzo de 1414. Sancionando las Ordenanzas de esta nueva Cofradía de Santa María de los Inocentes el monarca Don Fernando de Antequera, el 24 de agosto del mismo año.

(17) Santo Hospital General de Valencia.

El 24 de Abril de 1482 el Consejo de la ciudad de Valencia se planteó la necesidad de construir un Hospital General. Nombró para ello una comisión encargada del estudio y planificación de un proyecto que una vez llevado a efecto, permitiría a la ciudad disponer de un hospital siguiendo la corriente evolutiva que estaban llevando a cabo en otras ciudades de la Corona de Aragón y Castilla. Este hospital estaría destinado para acoger enfermos de todo tipo y para niños expósitos, siendo el lugar elegido para ello el entorno que ocupaba entonces el Hospital de los Inocentes. (A.M.V, M.C., A-42, fol 246 vº y 247 rº). La municipalización y secularización de esta propuesta del Consejo en opinión de Gallent (1988) “fue unida a una toma de conciencia por parte de la sociedad y los poderes públicos, que comienzan a entender la sanidad como función social”.

En Junio de 1511, el Consell de la ciudad formaliza la segunda propuesta para la construcción de un Hospital General. El proceso de unificación de los hospitales en la ciudad de Valencia y la construcción de un Hospital General se formaliza en el mes de abril de 1512 en base a una sentencia dictada por el Rey Fernando el Católico. Con la creación del Santo Hospital General de Valencia, se englobaron todos los hospitales a excepción del hospital para leprosos de Sant Llátzer que, dadas sus características, actuaba de forma independiente. La nueva institución resultante de este proceso fue ubicada definitivamente en el recinto hasta entonces ocupado por el Hospital de los Inocentes, corroborando la propuesta del Consejo de la Ciudad. Fue ratificado en los capítulos del Hospital General de Valencia con fecha 30 de Octubre de 1512, (Gallent, 1980, López Terrada, 1986).

Hasta aquí hemos tratado de presentar los recursos sanitarios disponibles en la ciudad de Valencia, para atender las necesidades de los propios pobladores, así como de visitantes, pobres y peregrinos durante los siglos bajo medievales. La referencia del viaje que hemos tomado para el seguimiento de las etapas iniciada

en la ciudad de Valencia con destino a la de Zaragoza continúa su recorrido. Cuenta la crónica de Lalaing que: “el lunes, 10 de octubre de 1502, partieron de Valencia y se alojaron en Murviedro, (Sagunto), a cuatro leguas de allí, la cual fue dos veces más grande que Valencia, tal y como se ve por sus viejas murallas” (García Mercadal, 1999: 448, Villanueva Morte, 2006: 206).

6.3.2 *El Puig de Santa María.*

El trazado de esta primera etapa discurre a través de terrenos llanos de ricas huertas y próximos al litoral. Según el itinerario de Villuga (1546) el camino atraviesa las poblaciones de Albalat dels Sorells y Masamagrell, próxima a esta última población se encuentra la *montanyeta* de El Puig. En ella se encuentra un lugar erigido en honor de Nuestra Señora, conocida como de El Puig, y en el se encuentra la imagen venerada y homenajeadada por el propio rey Jaime I, en vísperas de la conquista de la ciudad de Valencia.

(1) *Hospital de El Puig.*

En cuanto a los lugares de asistencia hemos localizado documentalmente un centro hospital denominado el Hospital de El Puig, fundado por Margarida hija de Roger de Llúria y de Saurina d’Entença, en la primera mitad del siglo XIV. Un hospital del que apenas ha quedado rastro documental. El hallazgo de una serie de cartas cuatrocentistas, de los *jurats* de Valencia ha permitido considerar una serie de alusiones directas al citado centro asistencial y conocer que su objetivo fundamental era el ejercicio de la caridad para con el necesitado y la atención a peregrinos. Este hospital medieval de El Puig, estaba ubicado a poca distancia de la ciudad de Valencia y su actividad asistencial ha sido estudiada por Rubio Vela (1997). Según sus afirmaciones fue un centro benéfico erigido entre los años 1325 y 1341 y estaba destinado a acoger caritativamente a la persona necesitada, al “pauper Christi”, cualquiera que fuese el origen de su necesidad. Dice, asimismo, que existe constancia documental de que, al igual que en la mayoría de hospitales de la vecina ciudad de Valencia, el hospital se hacía cargo de niños huérfanos y de

su lactancia a través del pago a nodrizas mercenarias. La asignación de fondos para atender a los enfermos y hacer reparaciones por parte de sus fundadoras, permitía la compra de comida y ropa de cama necesaria para los desvalidos que a él llegaban, así como disponía de camas para dar reposo a los caminantes necesitados de posada que transitaban la ruta de entrada a Valencia por el norte; por ello fue considerado como “hospital de peregrinos”. Estaba considerado el lugar de El Puig como centro de romería para venerar la imagen de la Virgen que allí se custodia. En este sentido, se expresa el contenido de una carta fechada en Valencia el 30 de Abril de 1418, donde los jurados aluden a “les gents de la dita ciutat qui, continuamente e en gran nombre, van vetlar ala esglesya de Nostra Dona (del Puig)” (A.M.V. Lletres missives (LM) g3-14, fol 4v).

6.3.3 *Murviedro (Sagunto).*

Atendidas las posibles necesidades físicas y espirituales del viajero y a pocas leguas de este lugar de El Puig, se encuentra la población de Murviedro, hoy conocida como Sagunto. Es un lugar fácil de identificar al estar coronada la ciudad por un recinto amurallado de la época romana. Desde esta ciudad en su estudio histórico de los sistemas de comunicación en Aragón llevados a cabo por Iranzo (1993) se confirma que desde Murviedro (Sagunto) partía un itinerario secundario que conducía y conduce a la ciudad de Cesaraugusta (Zaragoza).

Esta población se encuentra situada en la bifurcación del camino de Cataluña y el Camino Real de Aragón y constituye el punto final a esta primera jornada desde Valencia. La entrada a la población se hacía a través de la Puerta de Valencia o “Ferrisa”, y desde el interior de la población se tomaba el itinerario hacía Aragón, a través de la “Porta de Terol”. Debió ser una población de paso muy visitada al encontrarse en la intersección de caminos ya que, como cuenta Simó (1974: 141) había numerosas casas destinadas para acoger huéspedes.

La información de que disponemos de esta población es fruto de los estudios que sobre la historia de esta ciudad han llevado a cabo principalmente autores como Chabret (1888) y Simó (1974). A partir de sus crónicas conocemos que en el proceso de la conquista cristiana llevada a cabo por Jaime I en el primer tercio del siglo XII, se alude en numerosas ocasiones a Murviedro en la Crónica del rey conquistador, puesto que en esta ciudad, ya en esa época, existía la casa del Obispo, lugar donde el cabildo de Valencia tenía la administración de las rentas y diezmos de la villa y término y donde solían residir los reyes aragoneses. Tras la conquista, la ciudad fue transformándose y la cristianización ayudó a la construcción de las nuevas iglesias del Salvador y, más tarde, la de santa María en el lugar que hasta el momento ocupaba la mezquita. La villa se repobló con gentes que acompañaban al Rey en la conquista. Durante la época foral coexistirán en la villa diversas etnias y religiones judíos, cristianos y musulmanes aunque con fricciones derivadas de su distinto credo y raza. El ambiente cristianizado es evidente, se mantienen las citadas iglesias, así como el Convento de san Francisco perteneciente a los “frailes observantes”, fundado en 1295, sobre un antiguo hospital de peregrinos. Asimismo, la ciudad de Murviedro debió disponer en sus alrededores de numerosas ermitas, de las que hemos recogido referencias a las dedicadas a los santos Miguel, Roque, Cristóbal, a las Vírgenes del Buen Suceso, Monserrat y santa M^a. Magdalena.

Los continuados ciclos de carestías del siglo XIV no fueron fáciles para la población del reino, tampoco para esta ciudad de Murviedro (Sagunto). A este respecto Chabret (1888), en un estudio sobre la ciudad de Sagunto refiere que en el año 1342 y como resultado de estas dificultades y ante la creciente presencia en la población de pobres, se instituyó la cofradía de “Los pobres de Cristo”. Dicha cofradía se creó al objeto de recoger los cadáveres de los pobres de solemnidad y de los desamparados para darles honrosa sepultura y con el producto de las limosnas se hacían celebrar exequias para su eterno descanso. La institución de

esta cofradía está recogida en los Archivos de la Corona de Aragón, (ACA. Reg. 872, fol. 185).

La población de Murviedro sufrió al igual que otras poblaciones de la Corona de Aragón, los avatares de la peste, lo que repercutió negativamente en la evolución de los censos de población; no obstante, para esta población, se han obtenido datos referentes a los fuegos existentes en 1469 y se han identificado un total de 522. En 1510, se ha obtenido información de 553 casas, en 1646 de 610 casas (Pérez Puchal, 1976) y en el recopilatorio de Madoz (1850) esta población arrojaba un censo de 1452 casas, lo que nos permite observar un constante crecimiento de población. Sin embargo aunque la peste afectó de manera importante al crecimiento y prosperidad de la villa de Murviedro los repetidos brotes epidémicos de peste negra de 1348 afectaron y diezmaron a la población. En la universalidad de afectados, se vieron involucrados los ciudadanos miembros del Concejo, llegando al extremo de no disponer de personas idóneas para el desempeño y renovación de sus compromisos, como así mismo de los cargos del justicia y de los jurados, cuando los pocos que quedaban libres de la enfermedad huían de la ciudad para buscar su seguridad. A tal extremo llegaron estas circunstancias que tuvo que intervenir necesariamente el rey para mediar administrativamente, frente a actos de trámite local, como así lo refieren los archivos (ACA, Reg. 959, fols. 64 v.º - 65 r.º).

En relación con la epidemia de peste negra y como consecuencia de la muerte a causa de esta enfermedad de la reina Leonor de Portugal, esposa del Rey Pedro IV, los frailes observantes del Convento de San Francisco, sito en esta ciudad, fueron llamados a la participación de las honras fúnebres desplazándose a la población de Jérica situada a una jornada de camino en el mismo itinerario marcado por el Camino Real. Sin embargo, este acto pudo contribuir a la diseminación de la enfermedad a pesar de estar atendiendo a la solicitud del rey

Pedro IV, dictada con fecha 6 de noviembre de 1348, (ACA, Reg. 1063, fol. 63 rº).

(1) El hospital de la Iglesia de San Miguel.

Según Villanueva Morte (2006: 208) había en esta población de Murviedro, el Monasterio de la Santísima Trinidad fundado en 1275, cuya iglesia dedicada a san Miguel tenía aneja un hospital para pobres peregrinos, el edificio monacal fue reedificado por mandamiento de Alfonso el Magnánimo en 1428, según se desprende en las referencias que Simó (1974: 141) aporta en su crónica de la ciudad. El hospital, cambió de emplazamiento para fusionarse a otro hospital para pobres peregrinos, fundado por la misma bienhechora del hospital de Na-Marcena.

(2) Hospital del monasterio de San Francisco.

No son claras las referencias acerca de esta institución, aunque si parece constatarse la existencia de un antiguo hospital de peregrinos, fundado en 1295 y donado por el consejo de la ciudad a la comunidad religiosa de los franciscanos menores, estaba situado en el arrabal de San Francisco, junto al camino de Teruel

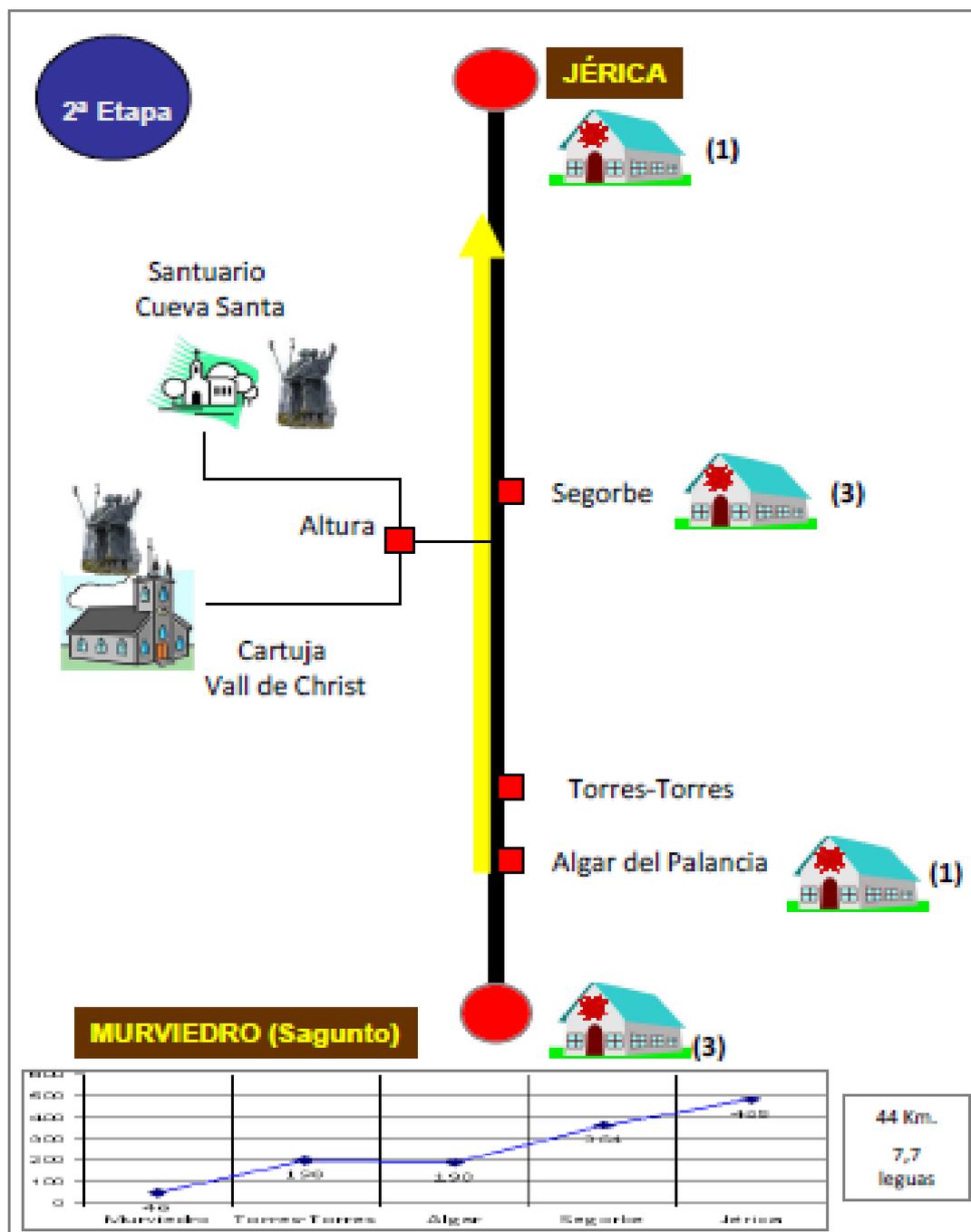
(3) El Hospital de Santa María ó de Na-Marcena

Esta institución surge en medio de un clima de la innegable crisis en el siglo XIV, la actitud cristiana puso en marcha acciones de mejora representadas en la fundación de instituciones destinadas a paliar los efectos de situaciones de pobreza, enfermedad y muerte. A tal efecto se fundó el primer hospital-hospicio, llamado de Na-Marcena que estaba situado junto a la Iglesia parroquial de Santa María, como así se desprende del contenido del Archivo Municipal de Sagunto (Ind. Iº, fol 1º), y citado por Chabret (1888: 294-295) donde se dice:

“...manifiesta la notable abnegación y caridad cristiana, prueba inequívoca de los sentimientos humanitarios de los saguntinos que en todo tiempo se han condolido de la miseria de la humanidad doliente, socorriendo sus necesidades y mitigando sus dolores, la fundación de un hospital junto a la iglesia parroquial llamado de Na-

marcena, del nombre de su fundadora. Esta bienhechora señora legó en 1379 sus bienes á tan piadosa obra, para que los saguntinos pudieran encontrar un albergue donde remediar sus dolencias, y los pobres caminantes un asilo en otro hospital que también instituyó llamado de Peregrinos cuyos establecimientos de caridad subsisten todavía a través de las contingencias de cinco siglos con el mismo fin que se propuso su caritativa fundación”.

La primera etapa que ha discurrido entre la ciudad de Valencia y la histórica Sagunto (Murviedro), ha finalizado con un recorrido aproximado de cinco leguas de longitud. Tal y como ha sido mencionado, el caminante podía tomar el camino de Teruel o Camino Real de Valencia a Zaragoza, o continuar por la antigua calzada romana (Vía Augusta) que seguía su trayecto hacía Tarragona. En este trayecto hemos podido constatar la existencia de diferentes instituciones dedicadas a la acogida de peregrinos y ubicadas en las poblaciones que atraviesa el camino.



- 
SAGUNTO: Hospital de la Iglesia de San Miguel, Hospital San Francisco, Na-Marcena.. **ALGAR:** Hospital de la Orden de la Merced. **SEGORBE:** Portal de Teruel, Hospital Mayor Seo de Segorbe, San Miguel. **JÉRICA:** Santa Lucía.
- 
LUGAR DE PEREGRINACIÓN: Cartuja de Vall de Christ
- 
LUGAR DE PEREGRINACIÓN: Santuario de la Cueva Santa

6.4. Segunda etapa: Murviedro a Jérica

Comienza esta segunda etapa desde Murviedro (Sagunto), el camino se introduce siguiendo la depresión que forma la cuenca del río Palancia, por un terreno suave pero ascendente; las huertas dejan paso al cultivo de secano, el olivo los frutales y el pinar se hacen presentes y la brisa empuja al caminante hacía un tramo del itinerario en donde va a encontrar lugares para confortar su espíritu, descansar y utilizar, si es el caso, los recursos sanitarios disponibles. De esta forma el caminante, siguiendo el itinerario de Villuga, atravesaba la Puerta de Teruel para dirigirse a las poblaciones de Torres-Torres; Segorbe (Sogorb) y Jérica (Xérica). Esta última población fue donde según la crónica pernoctó la comitiva de Lalaing (1502) el martes 11 de octubre de 1502, tras haber recorrido siete leguas equivalentes a 39 Km.

Entre las poblaciones citadas por Villuga (1546) para este tramo del Camino Real, no aparecen citados algunos lugares que sin embargo son de interés para nuestros objetivos, nos referimos a lugares destinados a la acogida de viajeros necesitados, o que presentan interés devocional. Según Piqueras y Sánchis (2006: 152), el trazado del itinerario para esta segunda etapa, el camino pasaba cerca del Monasterio de Sant Spirit, cenobio franciscano que junto con el monasterio franciscano de Murviedro, contribuyó a difundir la espiritualidad de las poblaciones próximas como Albalat, Petrés, Gilet y Estivella. Según Corresa (2004: 209), este cenobio fue fundado en 1404 siguiendo los postulados de Francisco de Asís y con las directrices de Francesc Eiximenis fraile del Convento de San Francisco de Murviedro, que junto al predicador Vicente Ferrer constituyeron parte fundamental de la histórica y de la cultura del siglo XV. Desde este monasterio se promovió en 1413 la fundación del convento de Segorbe, población que forma parte de esta segunda etapa. Siguiendo el itinerario

propuesto por Villuga y teniendo en cuenta lo citado anteriormente la primera población de interés y próxima al Camino es Algar del Palancia.

6.4.1 Algar del Palancia

Algar del Palancia es una población próxima a la de Torres-Torres, antigua alquería árabe a orillas del río Palancia. La historia de Algar está íntimamente ligada a la Orden de la Merced y al Convento-Castillo de Arguinas donde se ubicó la Iglesia de Nuestra Señora. En él se estableció la Comanda de Arguinas que ejercía total jurisdicción sobre este territorio. Hasta 1278 dependió de la diócesis de Valencia, y a partir de esa fecha de la de Segorbe. En esta población encontramos el primer hospital:

(1) Hospital de la Orden de la Merced

Cuentan que tras la recuperación y ocupación cristiana de estos territorios el rey Jaime I donó los territorios con sus haciendas a Ramón Moret, y este fundó un hospital o refugio anexo a la Iglesia de Nuestra Señora de Arguinas por la mucha devoción que tenía a la Orden de la Merced, y más tarde convertido en casa de oración y reposo.

Esta orden de los mercedarios, disfrutó de numerosos privilegios reales, expresados en propiedades y testamentos, de tal forma que cincuenta años después de la conquista de Valencia, el papa Nicolás IV, puso bajo su protección las extensas tierras y numerosas casas mercedarias del reino de Valencia, haciendo mención explícita al Puig, de las “casas tierras y vinos que tenéis en la ciudad y diócesis de Valencia”, a sus posesiones en las diócesis de Murcia y Cartagena en el sur, a todas las propiedades en lugares como “Borriana, Xátiva, Algar, Rafelinarda, Rafelatrer, Gandia, Concentaina, Sogorb, Murla, Artama, Almassora y Biar” y algunas otras poblaciones y castillos. (AHN, Clero: Valencia, Mercedarios, leg. 2.197, arm. 46, fab. 2 de 22 de Agosto 1291)

En la ruta reflejada en el *Repertorio* de Villuga (1546) no figura el paso por esta población de Algar del Palancia, sin embargo, es probable que los caminos plantearan alternativas, o bien eran tramos de costumbre, los cuales sin modificar en exceso los tiempos y los recorridos, permitirían a los peregrinos acercarse a esta población situada al este del camino de Torres-Torres a Segorbe,

o en su caso si necesitaban la atención de la institución hospitalaria sita en esta población.

En cuanto a los vecinos de Algar del Palancia, la información de los fuegos 个岡ocs个岡 para 1418 se sitúa en torno a los 30, sin embargo en 1469 solo se registran 13 fuegos, si bien el dato puede sugerir pérdidas de población, hay que considerar que la información del censo para ese año 1418 estaban incluidos los padrones de las cercanas poblaciones de Algimia de Alfara y Torres-Torres que constituían una Baronía. Para el censo de 1510, se recoge información de 199 casas y para el ordenado por la Generalitat en 1646 y estudiado por Pérez Puchal (1976) de nuevo nos encontramos con la población separada del resto de las constituyentes de la Baronía, siendo las casas censadas 26; y para Madoz (1850) presentaba un censo de 185 casas.

Antes de llegar a la población de Segorbe (Sogorb) el caminante disponía de una alternativa, desviarse menos de un cuarto de legua y visitar la Cartuja de Vall de Christ, ya que añadido a la necesidad espiritual de la visita, el viajero peregrino se beneficiaba de indulgencias. Villuga (1546) incluye este lugar de devoción y peregrinación en su *Repertorio de Caminos* como punto final o de partida para itinerarios entre la ciudad de Barcelona y la Cartuja o para peregrinar desde esta a la Cartuja de Porta Coeli en la cercana población de Serra. Tras la visita a la Cartuja y a cinco leguas desde Murviedro, por terreno fácil suavemente elevado, y tras atravesar la población de Torres-Torres, o a través de Algar del Palancia, se llegaría al villa de Segorbe, entrando por la puerta conocida como de Valencia.

Próxima al Camino Real se encuentra la villa de Altura, donada por el rey Martín a la Cartuja de Vall de Christ en 1391, en su término, se encuentra uno de los más populares santuarios dedicados a la Virgen María en el ámbito del antiguo Reino de Valencia, es el de Nuestra Señora de la Cueva Santa, conocido incluso

con el sobrenombre del “Lourdes valenciano”, por los prodigios que a lo largo de los siglos parece ser que allí se han obrado. Corbín (2001) identifica esta cueva con la denominación de “Cueva del Latonero” y describe que, en el siglo XV, un pastor debió dejar en el interior de la cueva una pequeña efigie de la Virgen María. Atribuyendo el origen de esta leyenda a Bonifacio Ferrer, hermano de san Vicente Ferrer. La cartuja de Vall de Christ antes citada y la Cueva Santa constituyeron lugares de peregrinación y devoción muy frecuentadas por esta época y cercanas al itinerario del Camino Real de Valencia a Zaragoza.

6.4.2 Segorbe.

La población de Segorbe quedó instituida como paso del camino real de Valencia a Zaragoza en Octubre de 1265, según ordenamiento del rey Jaime I, (García Edo, 1987: 53). Hacia finales del siglo XIV, la primitiva infraestructura benéfico-asistencial y sanitaria de Segorbe señala la existencia de al menos dos hospitales en la ciudad. Hemos constatado la existencia en el archivo del Reino de Valencia, de registros contenidos en pergamino que recogen la venta y cesión de censales a favor del mantenimiento del hospital (Pergamino 174, asiento 199 datado en 1391; Pergamino 197, de fecha 1404). Por otro lado existen referencias de la época que evidencian la presencia de al menos un hospital, puesto que en las que disponemos ninguna particulariza en algún centro, sino que la cita es genérica; así por ejemplo, abundan las ventas de censales, cláusulas testamentarias en favor del hospital de Segorbe. El rey Felipe II, en 1595, concedió privilegios para acometer obras en el hospital de Segorbe (ARV, pergamino 43).

(1) Hospital del Portal de Teruel

García Edo (1987) en el estudio sobre la ciudad de Segorbe durante el siglo XIII, menciona la probable existencia de este antiguo hospital a tenor de una concesión por parte del rey Jaime I, que benefició a un ciudadano por la cesión en el año 1271 de unos terrenos de su propiedad en el lugar conocido como del Portal

de Teruel en beneficio del Consejo Municipal, con la condición de establecer allí un hospital de titularidad del municipio (ACA, Reg 16 folio 241 vº).

(2) Hospital Mayor de la Seo de Segorbe

Burns (1989: 538) en su análisis acerca de las funciones sociales de la Iglesia en relación con la caridad, señala una serie de noticias fortuitas que revelan un hospital en Segorbe datado en 1271 conocido como el Hospital Mayor de la Seo de Segorbe. En el estudio histórico de la ciudad de Segorbe, Pérez García (1998: 121) afirma la existencia de dos hospitales en la ciudad. Uno de ellos, el primitivo al anteriormente citado, y el segundo era el Hospital Mayor de la Seo de Segorbe lo que presupone un origen fundacional eclesiástico del mismo. La existencia de este hospital se conoce también gracias a la institución de un beneficio de 20 libras anuales establecido por el arcediano Francisco Mora, el 20 de Febrero de 1378.

(3) Hospital de San Miguel.

En 1460 el aumento de población, el número elevado de pobres según el *morabati* de 1433, el impacto social de la crisis, hizo adoptar la decisión de fomentar la fundación de otro hospital de nueva planta para asistencia de enfermos y expósitos, aprovechando las rentas del Hospital Mayor de la Seo, fundándose el Hospital de San Miguel. Como afirma Arroyas (2005), se atribuye la fundación a Pedro Baldó (1461-1473), monje cisterciense y abad del monasterio de Valldigna que en 1466, junto al Señor de Segorbe, el infante don Enrique creaba este hospital, ubicándolo en la Plaza del Arroz. En él se mantenía a los transeúntes pobres durante tres días, se atendía a los enfermos pobres y a los mendigos de la ciudad. La fundación de este nuevo hospital significó un relevante avance cualitativo en la infraestructura asistencial de Segorbe (Pérez García, 1998: 149)

Los vecinos de Segorbe no fueron una excepción, también sintieron los efectos de la epidemia de peste de 1348 de hecho está documentada la presencia del Rey Pedro IV de Aragón en esta población, cuando su esposa la reina D.^a Leonor de Portugal, fue víctima de la enfermedad. Desde esta ciudad, el propio monarca comunicó el fallecimiento a la familia de su esposa la reina y, al papa Clemente VI, organizándose los preparativos para las honras fúnebres en la vecina y próxima población de Jérica, así como el ordenamiento del traslado de las infantas a la casa real de Teruel, para protegerlas del riesgo de enfermar. (ACA, Reg. 1068, fol. 62 r^o); (ACA, Reg. 1062, fol. 115 v^o).

En cuanto a los habitantes, la información de los fuegos para el censo de 1421 se sitúa en torno a los 684, mientras que para 1510 se recoge información de 621 casas, para el ordenado por la Generalitat en 1646 y estudiado por Pérez Puchal (1976), las casas censadas son 635 y para Madoz (1850), esta población arrojaba un censo de 1564 casas lo que nos permite observar un constante crecimiento de población.

6.4.3 Jérica.

El paso por la citada población de Segorbe permitiría al viajero descanso y avituallamiento para posteriormente dirigirse al punto final de esta etapa previsto en la población de Xérica (Jérica), situada a dos leguas de Segorbe. Mediante privilegio del rey Jaime I, en 1256, se ordeno que el Camino Real pasase por la villa de Jérica, una población que constituye un enclave significativo en el reinado de Pedro IV de Aragón. Tal y como ya hemos comentado, es en esta población donde falleció su esposa la reina Leonor de Portugal víctima de la peste. Situación que nos hace pensar que habría algún lugar adecuado para acoger la presencia de la reina Leonor, así como el correspondiente séquito de cuidadores/as, cuando padeció la peste. El rey Pedro IV de Aragón ordenó el desplazamiento por territorios afectados de peste de cuatro físicos procedentes de Valencia, para que asistieran a la enferma que posteriormente murió (ACA, Reg. 1131, fol. 107 v^o).

La organización de las exequias junto con la petición expresa de que acudiera la mayor cantidad de personas posibles, para participar en las honras fúnebres, pone de manifiesto el respetuoso ceremonial cristiano para con la muerte, pero al mismo tiempo, nos ha planteado a partir de nuestros conocimientos actuales, sobre la peste, el importante riesgo a que fueron expuestas muchas personas al “obligarles” a desplazarse por territorios y poblaciones afectadas por la epidemia (ACA, Reg. 1063, fol. 63 r.).

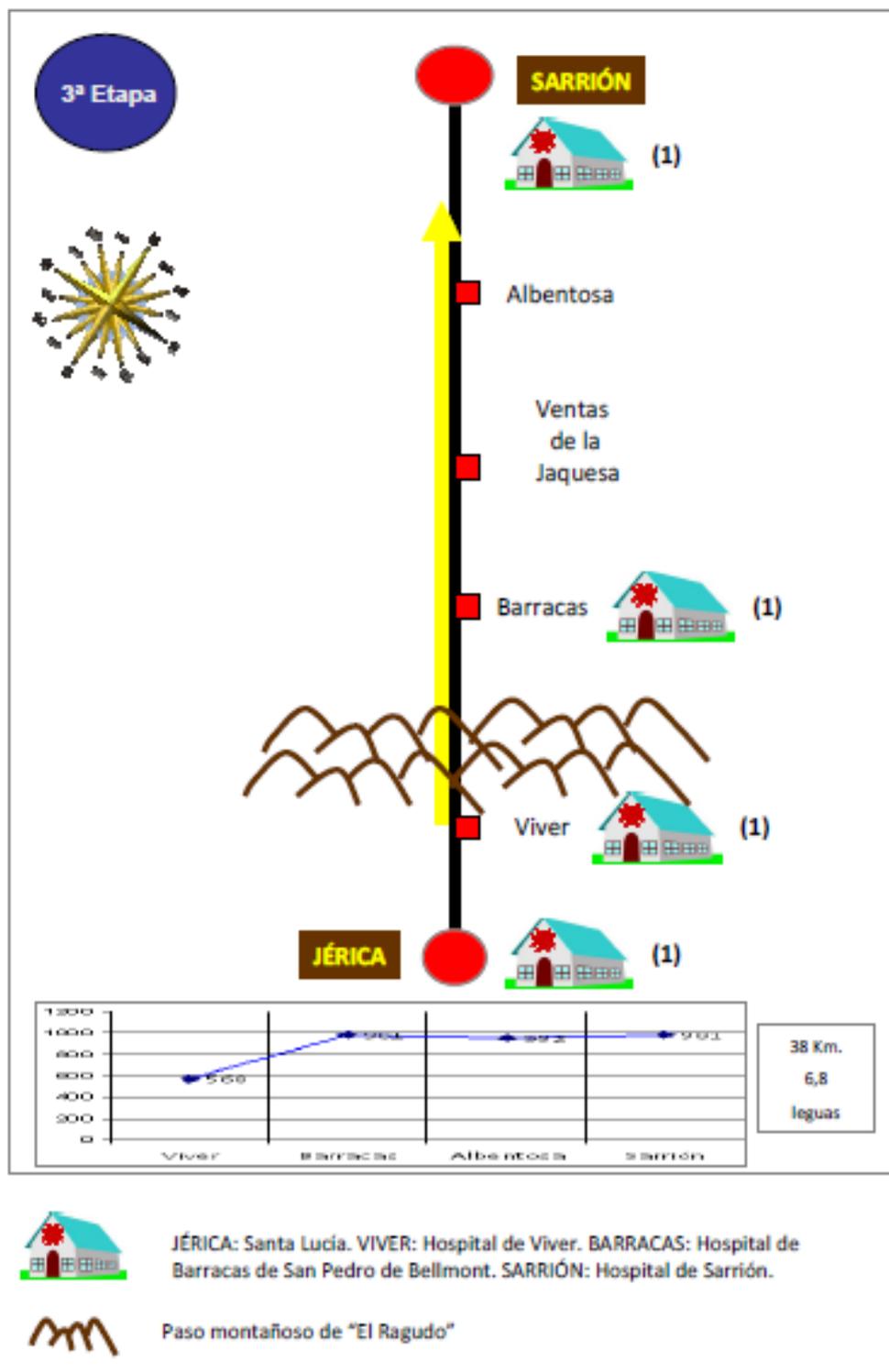
(1) Hospital de Santa Lucía

Villanueva (2006: 211) constató la existencia de un hospital en el interior de la localidad, en la calle del Arrabal y que indudablemente serviría también de asilo de enfermos y transeúntes. Gómez Casañ (1986) introduce la historia de esta población, realizada en el siglo XVI por el Racionero Francisco del Vayo, en la cual narra la existencia del “Arco del Hospital” relacionando su nombre con el centro asistencial que se encontraba junto a él.

La información acerca de la fundación del Hospital y aposento de los Frailes de Santo Domingo, junto el Camino Real, viene reforzada por la existencia de un privilegio de 1300, del que sólo disponemos la transcripción hecha por el citado del Vayo.

"Privilegio licencia concedida por Jaime de Xérica hijo de Jaime I para que la Iglesia pueda adquirir sin pagar derecho alguno unas casas y un huerto que había legado Domingo Sancho y Na Vidala para fundación de un hospital y aposento de los frailes de Santo Domingo "

En cuanto a los habitantes, estuvieron incluidos en las contribuciones de Segorbe, no obstante, tenemos información de la población del censo de 1510, ordenado por las Cortes de Monzón del que se cita en el apartado de “*ciutats i viles Reyals*” la población de Exérica (Jérica) con 252 casas. En 1646 arroja un censo de 307 casas y para Madoz en 1850 de 821 vecinos que corresponden a 2979 habitantes.



6.5. Tercera etapa: Jérica a Sarrión.

Esta etapa se caracteriza por el cambio del paisaje y la climatología, que supone la superación de las cuestas del Ragudo, el ambiente climatológico es más extremo, frío especialmente en los meses invernales, y durante el estío por el sol y la escasez de arbolado, configura un terreno altiplano por donde va a discurrir el Camino Real y que se mantendrá hasta que el caminante supere, unas leguas más adelante, la población de Teruel y tome como referencia el curso del río Jiloca, pero para esto aún han de pasar dos jornadas. Esta tercera etapa tiene una distancia entre las poblaciones de origen y de destino de siete leguas, equivalente a 39 Km. El primer núcleo de población por el que pasan los viajeros tras salir de Jérica es Viver

6.5.1. Viver

Esta población destaca por sus aguas saludables y fue lugar donde abastecerse para emprender la ascensión que marca el itinerario, ya que su proximidad a la población de Jérica la hacía paso obligado para todos los viajeros con destino a Zaragoza o hacia Valencia. En ella encontramos un centro asistencial:

(1) Hospital de Viver.

Villanueva (2006: 211) cita textualmente a partir de los testimonios de Antonio de Lalaing acerca de la existencia de un Hospital en esta población.

“Después de seguir la vega de Jérica, el trazado aprovechaba el curso del barranco de Hurón para dirigirse por el puerto del Herragudo o Ragudo al plano de Barracas, puerta de entrada a las tierras de Aragón, no sin antes pasar por Viver, población que también contaba con establecimiento hospitalario”.

Es esta otra población importante en la ruta y referente en la época que nos ocupa mantiene hasta el censo de 1493 una cifra de 132 fuegos y pasan a 168 en el de 1510. En 1646 se cita la población con el toponímico de Vivel, con 102

casas y Madoz en 1850 refiere un registro de 553 vecinos con una equivalencia de 2059 habitantes.

6.5.2 *Barracas.*

El viajero encuentra la población de Barracas tras superar el desnivel del Puerto del Ragudo, está situado a tres leguas del lugar de partida de esta tercera etapa. Nos parece interesante llegados a este punto del itinerario, referirnos de nuevo a las aportaciones de Villanueva (2006: 211) acerca de la consideración de este lugar de Barracas como un enclave real, lo que supuso la presencia de la realeza y nobleza en repetidas ocasiones. En otro orden, Martínez Aloy (1930:204) al estudiar la Diputación de la Generalidad del Reino de Valencia desde el siglo XIII menciona la existencia de privilegios y convocatorias de cortes datados en el “loch de Barraques”. En la Crónica de Jaime I se alude a los “reales” como lugares de hospedaje de caballeros y del propio monarca.

En el caso de esta población de Barracas, se trataba de una propiedad privada en la que se combinaba una residencia con un terreno de gran valor, no muy extenso y a menudo vallado; lugar donde se supone que Pedro IV el Ceremonioso en sus viajes entre el reino de Aragón y de Valencia, se detenía con su comitiva, a orar ante una imagen de la Virgen. Esta población estaba considerada como la puerta de Aragón y era el punto de control en la entrada y/o salida de los viajeros procedentes del Reino de Valencia o de Aragón, constituyendo al mismo tiempo, paso aduanero para el control comercial y de mercancías procedentes del Mediterráneo, así como, del tránsito de ganado en la temporada de trashumancia. Es de suponer que dispusiera además de lugares adecuados para la guarda del ganado, así como, para el cobijo y acogida de transeúntes y peregrinos.

Madoz (1850) recoge un censo de 373 almas, para esta población situada en el Camino Real de Valencia a Zaragoza, antigua aduana entre los reinos de

Valencia y Aragón, que tiene una Iglesia dedicada a San Pedro Apóstol. En su término se ubican ermitas dedicadas a los santos Roque y Nuestra Señora de Vallada, dispone de fuentes con buenas aguas y abrevadero utilizado para los animales de arrastre tras ascender las penosas cuestas del Ragudo.

(1) Hospital de Barracas de Sant Pedro de Bellmont.

A través de los informes de las visitas pastorales realizadas por el obispo Juan de Muñatones, en 1592, recopiladas por Villanueva Morte (2002:581) hemos encontrado referencias concretas a la existencia de un Hospital en Barracas:

“En dicho lugar de Las Barracas que es camino real para todo Aragón hay un hospital que tiene de renta 227 sueldos en doce censales. Esta renta tiene la limosna que se coge en el plato, la cual se gasta en proveer de leña y llevar los pobres enfermos a los lugares vecinos, y en la conservación y reparo de la casa”.

Esta referencia es posterior al tiempo de nuestro estudio, pero la carencia de citas previas nos plantea que esta noticia es la primera que ha llegado hasta nosotros y no es óbice para que el hospital estuviera en funcionamiento en fechas previas. De los informes de la visita se desprende, además de las particularidades estructurales del centro, la renta de que disponía, así como de la distribución en forma de censales personificados.

Podemos concluir parcialmente en este punto el análisis de las condiciones del viaje hasta esta población, así como la disponibilidad de lugares de refugio, acogida y cuidado de enfermos, que podrían encontrar los transeúntes y peregrinos en su recorrido hacia Aragón, además de tener en cuenta los numerosos hospitales citados para la ciudad de Valencia, y los localizados a lo largo de este tramo del Camino Real. El trayecto puede ser fácilmente concluido en tres jornadas camineras o a caballo. La presencia de los viajeros en condición de peregrinos, tendrían garantizada la prestación de acogida y asistencia sanitaria. En las tres etapas se encuentran poblaciones intermedias, próximas unas de otras. El paso por Barracas suponía salir del Reino de Valencia y adentrarse en los dominios del de Aragón, ambos reinos dependientes del mismo rey, por lo tanto,

se continuaba utilizando caminos protegidos por él, una premisa que era valorada por los viajeros y peregrinos en la elección de los itinerarios.

El recorrido continúa a partir de aquí por territorio de Aragón. Tras dejar el Real de Barracas y pasar por la Venta de la Jaquesa, punto enumerado por Villuga (1546), nos encontramos con un lugar destinado al hospedaje ya que entre este lugar y la próxima población de Albentosa, se encuentran diversas “ventas” muchas de ellas datadas de mediados del siglo XV. Su existencia, sin embargo tiene relación con otros tipos de viajeros, aunque el significado de la presencia de estos servicios nos parece un indicador importante acerca del uso habitual de este camino por gentes llevadas por diferentes intereses.

6.5.3 Albentosa. Esta población de Albentosa fue cedida a la Orden del Temple, que la recibió en 1196 de manos del Rey Alfonso II. La perdió en 1233 al pasar a pertenecer al reino moro de Segorbe, para más tarde en 1242, mediante otorgamiento del rey Jaime I, pasó de nuevo a integrarse en la Corona de Aragón. El 4 de enero de 1482, Fernando el Católico concede que el camino real que iba de Valencia a Teruel, pasase por Albentosa y Sarrión, (A.C.A. Cancillería, registro 3639, f. 71r – 71v).

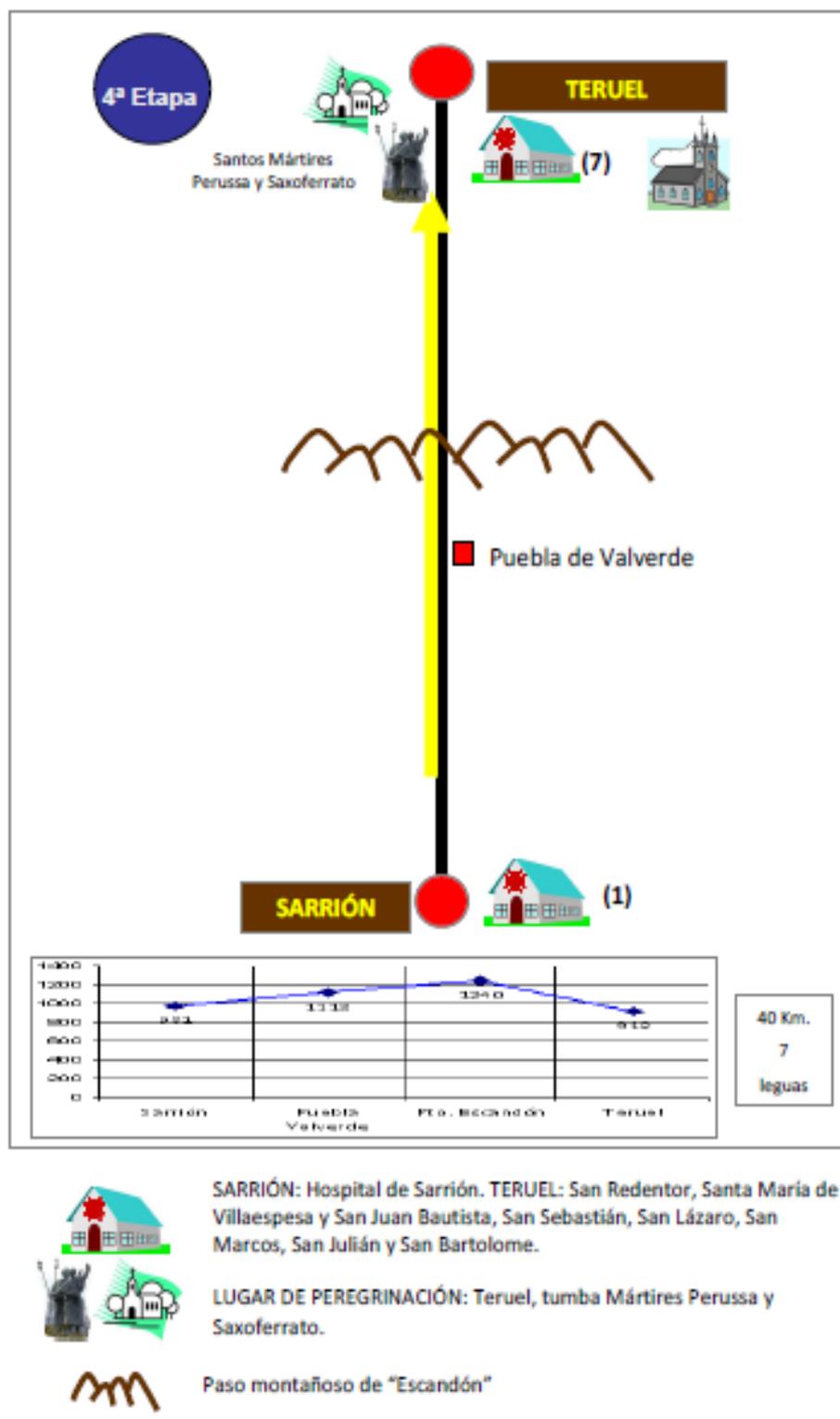
6.5.4 Sarrión. Como cuenta la crónica de Lalaing, (García Mercadal, 1999: 449), Sarrión es el siguiente poblado elegido para el descanso de la jornada. Después de descansar en la población de Barracas y tras el recorrido por terreno llano durante cuatro leguas, se llega a esta población que constituye un enclave intermedio en la meseta por donde discurre el Camino Real que conduce a Teruel. Fue una antigua ciudad amurallada con portales de entrada y salida conocidos como de Valencia y Teruel, lo que identifica claramente este estratégico posicionamiento en el itinerario. Se cita la presencia del Rey en numerosas ocasiones así como la estancia y refugio de las infantas en tiempos de peste, como así consta en los registros (ACA, Reg. 1131, fol 99 rº y fol 107rº).

Madoz (1850) recoge la existencia en esta población, de una Iglesia dedicada al Apóstol San Pedro, que previamente fue la primitiva capilla de la Virgen de Mediavilla, construida tras la reconquista. Existió otra iglesia cuyos antecedentes históricos datan de la segunda mitad del siglo XIV, la Iglesia de la Sangre de Cristo. Existe en el momento del censo un convento de la Orden de la Merced que dedicaba su obra, al servicio de los pobres. Incluye además de las referencias poblacionales, la presencia del Rey Jaime I, en marzo de 1254, donde extendió un privilegio a los habitantes de la Villa de Jérica.

(1) Hospital de Sarrión.

En el resumen histórico de esta población llevado a cabo por García y García (1994), se menciona la cofradía de la Virgen de la Aurora de Mediavilla y Santo Hospital, que data de antes del año 1500. Este Hospital de Sarrión –cuenta el cronista– daba albergue y acogida a los enfermos transeúntes lo mismo que a los necesitados del pueblo.

Es en esta población de Sarrión donde la comitiva de Lalaing establece como punto de descanso y final de etapa.



6.6 Cuarta etapa: Sarrión a Teruel

El recorrido de esta etapa es de siete leguas equivalente a 39-40 Km., su trayecto se presenta por terreno suave si bien hemos de mencionar la superación del cruce de algunas depresiones producidas por los cursos de los ríos (Barranco de los Judía) y la subida a los montes (estribaciones de Javalambre) que franquean la población destino final de esta cuarta etapa en la antigua población de Teruel, conocido este último accidente geográfico como el Puerto de Escandón de 1200 metros de altitud, entre sabinas, enebros y terrenos yermos.

6.6.1. La Puebla de Valverde.

La siguiente población que cruza el Camino Real, es la Puebla de Valverde paso que Villuga (1546) incluye en su *Repertorio*. Madoz (1850) transcribe la información situándola a cuatro leguas de Teruel en el camino desde Valencia. Conserva dos portales de la antigua muralla, a semejanza de la estructura de la población de Sarrión, el portal de Teruel y el de Valencia, ambos obra de los siglos XII-XIII. Dedicada su Iglesia a Santa Emerenciana, pero no aporta datos referentes a lugares de acogida. Dada su proximidad con la dificultad de la subida al citado puerto de Escandón, el transeúnte y/o peregrino dosificaría su marcha para alcanzar Teruel en media jornada, donde encontraría lo necesario para su recuperación y asistencia. Disponemos únicamente del censo de Madoz (1850) cifrado en 1380 almas.

6.6.2. Teruel.

El punto final de esta etapa es Teruel. Es el antiguo núcleo aludido en las crónicas musulmanas del siglo X, aunque su pasado es celtíbero y también fue ocupado por los romanos. Su nacimiento como población de importancia hay que situarla a partir del momento de la Reconquista, cuando el rey Alfonso II decide fundar una villa con el fin de organizar las fronteras del Reino ante la proyectada conquista de Valencia. Es en 1171 cuando el rey entra en Teruel finalizando el

período de dominación musulmana de la ciudad, si bien los pobladores de origen islámico permanecieron mayoritariamente en ella. El fruto de esta coexistencia fue un extraordinario arte mestizo denominado mudéjar, del que Teruel conserva numerosos ejemplos. En la actualidad se mantienen cinco torres, las mejor conservadas son conocidas como de San Salvador y de San Martín, edificadas en el siglo XII. Es también digna de mención la catedral, de construcción posterior, cuya torre es uno de los mejores monumentos del arte aragonés. Contiene además un excelente artesonado fechado en el primer cuarto del siglo XIV. Otra referencia monumental lo constituye la iglesia de San Pedro datada en 1196; la obra cuenta con un ábside gótico-mudéjar, y junto a esta iglesia se puede ver el sarcófago que contiene los restos de los dos personajes más famosos de la ciudad, conocidos como los "amantes de Teruel", Isabel de Segura y Diego Marcés de Marcilla.

Teruel está ubicada a 24 leguas de Valencia y 35 de Zaragoza, en el registro del proceso de desamortización, figura la Iglesia Catedral de Santa María, Iglesia de San Miguel con altar a san Jorge datada de tiempos de Jaime I, Iglesia de San Pedro con un retablillo bajo la advocación de los santos Cosme y Damián, la de San Esteban, San Martín y de El Salvador. El convento de Santa Clara fundado en 1367 por la reina D^a Leonor de Portugal esposa de Pedro IV y el convento de las carmelitas descalzas.

La población de Teruel y sus aldeas sufrió duramente los estragos de las epidemias de peste negra cómo así consta en los registros recopilados por López de Meneses (1956). Entre los diversos acontecimientos que quedaron registrados, encontramos algunos de ellos con la intervención del propio monarca. No obstante, a pesar de los problemas relacionados con esta enfermedad, el itinerario continuó sirviendo de comunicación tanto para transeúntes, caravanas comerciales, peregrinos, así como, para distribuir información y advertencias, ordenar medidas de control frente a la peste, señalar poblaciones seguras y/o recomendar la suspensión de viajes por los territorios afectados. Ante el

complicado ambiente social que vivieron los habitantes de Teruel, la religiosidad se impuso y favoreció una labor asistencial voluntariosa dedicada a la atención de pobres y enfermos, que resultó en la fundación caritativa de lugares de acogida y asistencia sanitaria.

Entre las instituciones dedicadas a estas tareas, destacamos la de los Hermanos de la Caridad de la Orden de Santiago de Teruel (1185). Según López Polo (1949: 206), se constituyeron como reflejo de las órdenes creadas en oriente con ocasión de las Cruzadas, entre sus fines, el ejercicio de la caridad cristiana y la defensa y protección de la fe, asistencia a los enfermos y peregrinos, colecta de limosnas para la redención de cautivos. Para llevar a término estos fines, se dotaron de recursos y residieron en hospitales, en casas de oración y asistencia o en castillos, creemos que este ideario conformaría la misión de esta Orden. Al instalarse en esta población de Teruel se beneficiaron de concesiones manifestadas por privilegios reales. No obstante, según López Polo (1949), que recopiló una serie de documentos para argumentar la historia de Teruel, uno de los primeros registros acerca de la existencia en la población de Teruel de una Orden Militar y que data de Julio de 1200; se encuentra un testimonio escrito acerca del arriendo a los Hermanos de la Caridad de Teruel por parte de la Orden de Santiago, de una hacienda y tierras donde se ubicaría el futuro Hospital de San Redentor. (Cartulario de San Juan de Jerusalén, t, I, pág. 350, nº 411; procedente de la Casa de S. Redentor de Teruel), López Polo (1949: 185).

Sin embargo, a mediados del siglo XIII, como afirma Gargallo (1996: 199), estos caballeros habían renunciado a su original dedicación para pasar a ser centro administrativo de sus respectivas encomiendas, una renuncia en la que la asistencia al desvalido no parece tener apenas cabida, en cierto modo nuevas actividades alejadas de los principios y objetivos fundacionales antes comentados.

Muñoz (2003: 92) cronista oficial de la ciudad de Teruel, enumera la presencia de instituciones –Conventos y Casas religiosas– fundadas en el transcurso de la Edad Media; cita además de la Iglesia de Santa María, la casa de los Frailes del Monasterio de Piedra. Estos frailes pertenecientes a la Orden de San Marcos constituida en 1220, tenía bajo su tutela el Convento de la Merced, que por autorización de Jaime I, estaba dedicado a la redención de cautivos, y atención de enfermos y menesterosos. El Convento de Franciscanos (orden mendicante), que estaba situado extramuros en la Puerta de Daroca, data su fundación en 1249. Este lugar se convirtió en lugar de peregrinación para honrar las tumbas de los beatos mártires, Juan de Perusa y Pedro de Saxoferrato martirizados en Valencia. La visita y veneración de estas tumbas y reliquias beneficiaba a los peregrinos con veintitrés días de indulgencia. Se menciona también que en este convento de los frailes de san Francisco estuvieron alojados los monjes del Monasterio de Veruela en 1383 y nombra la existencia del Convento de monjas de Clausura de Santa Clara, fundado en 1367.

La considerable presencia de órdenes religiosas, nos induce a entender la idea ambiental de la época en cuanto al sentimiento cristiano de caridad, cristalizado especialmente en la acogida de enfermos, pobres y peregrinos que acudían a la ciudad a ganar indulgencias y probablemente continuar su viaje hacía Daroca y Zaragoza, lugares de tradición peregrina y de rituales para la obtención del perdón (Amorós Payá, 1956: 15).

En cuanto a los registros de población se contabilizan 930 casas según el monedaje de 1395; años antes había alcanzado su esplendor con un censo de 1.537 casas correspondiente al monedaje de 1342. Sin embargo un número de 505 y 392 casas para los fogajes de 1488 y 1495 respectivamente, nos pone de manifiesto un marcado descenso de población debido, posiblemente, a los efectos de la peste negra con sus repetidos brotes y al conflicto bélico conocido como la

“guerra de los Pedros” (1363-1427). Madoz en 1850 reconoce un censo de 1.791 casas, con un equivalente censal de 7.465 almas.

(1) Hospital de San Redentor

En el proceso de localización de instituciones hospitalarias, hemos encontrado en primer lugar la de san Juan Bautista. Los antecedentes de su fundación datan de 1178, momento en que la Iglesia de Santa María, donada a la Orden del Temple dedicó un anexo para acoger a enfermos y peregrinos. Un hecho que parece concluirse ante la evidencia de un registro perteneciente al archivo de la catedral de Teruel (A.S.I.C.T. Pergamino 19, documento 21, decreto 1272.13 agosto, 9), en donde se establece la concesión de indulgencias por la visita a esta Iglesia de Santa María en determinadas fechas y beneficios otorgados por iniciativa de Alfonso II. Este conjunto iglesia-hospital fue conocido como Iglesia Hospital de San Redentor.

(2) Hospital de San Julián y San Bartolomé.

El hospital de San Julián se construyó sobre la Ermita de San Bartolomé, lugar donde vivieron y predicaron los franciscanos mártires de Teruel (Perusa y Saxoferrato), un lugar que debió de disponer de algún recinto dedicado a la acogida de necesitados, pobres, enfermos y peregrinos, lo que se confirma con la existencia de un registro conservado en el archivo municipal de Teruel con el nombramiento de hospitalero (A.M.T. 289. 1529, junio, 1. Teruel). Adicionalmente, la información sobre la existencia del Hospital de San Julián, el cual parece ser que estaba ubicado en un anexo a la Iglesia de San Julián, nos llega por la recopilación de pergaminos y documentos, conservados en el Archivo de la Santa Iglesia Catedral de Teruel, efectuada por Tomás Laguía (1953). Entre estos documentos aparecen legados testamentarios de vecinos de Teruel, legando sus propiedades en beneficio de los hospitales de san Julián, san Juan y san Sebastián que serán tratados a continuación (A.S.I.C.T. Perg. 163 Doc. 192

Testamentos (S, a.).-26 agosto). (Archivo del Capítulo General Eclesiástico, perg. 102, doc. 121. 1348, 29 marzo).

(3) *Hospital de Santa María de Villaespesa y de San Juan Bautista*

Por el año 1270, se conocía el Hospital de San Juan Bautista, ubicado entre muros de la ciudad, en la plaza del mismo nombre, que fue “albergue de peregrinos que iban de paso de Levante hacia Santiago de Compostela”. Muñoz (2003: 98) continúa señalando para este Hospital, que en el “Libro del Compartimiento de 1420, relacionan la calle del Hospital como del Hospital de San Juan”. Estas citas son objeto de interés en nuestro estudio al relacionar, por un lado, la existencia de un albergue utilizado por peregrinos hacía Santiago, precisamente en un punto medio del recorrido entre Valencia y Zaragoza y, por otro, la existencia de un Hospital, precisamente ubicado en la entrada a la población por el camino procedente de Valencia, lo que viene a apoyar nuestra hipótesis acerca de que este itinerario fue utilizado por esta época para la peregrinación a Compostela y otros lugares de devoción. A finales del siglo XV, pasó este hospital a denominarse Hospital de Santa María de Villaespesa y de San Juan Bautista, esta misma entidad se convirtió después en el principal hospital de la ciudad, según las cuentas de la mayordomía y de hacienda del concejo en 1572, pasando a denominarse Hospital General de la Asunción (AHP. Concejo de Teruel, perg, 51).

A través del estudio de los inventarios de bienes de 1481, 1483 y 1486, recopilados por Navarro Espinach (2000: 573), se ponen de manifiesto las características no sólo arquitectónicas del edificio, sino que también introduce lo relativo al personal reflejando diferentes aspectos de la figura del “hospitalero”, el cual sin lugar a dudas, representaba el puesto de mayor responsabilidad y trabajo, tal y como explica un acta del 28 de mayo de 1503:

“visto por speriencia se vee que el spitalero del dicho spital tiene gran fatiga allende del trabajo que tiene de provehir los pobres del dicho spital de las cosas necesarias de

aquél, más aún lo que más fuerte es que ha de hir tras el cojedor de las rentas del dicho spital” (A.H.P.T. Concejo del Archivo. 13 caja 15).

El cargo de hospitalero, fue recayendo en distintos miembros de la cofradía constituida. Las esposas de los cofrades nombrados como hospitaleros se convertían mediante este nexo en hospitaleras, probablemente para desempeñar ciertas labores “no apropiadas” para ser ejercidas por los hombres. Los nombramientos de otros cargos como el de administrador, demandador, limosnero, mayordomo, especiero, barbero, escribano, nos ofrece una idea general acerca de la actividad y volumen de este centro asistencial. Este autor se pregunta algo que nos parece fundamental para nuestras conclusiones: “una cuestión queda en el aire ¿quienes habitaban este edificio en su condición de pobres o enfermos?” La identificación de la procedencia de la población nosocomial y sus características demográficas, sociales y económicas, es una tarea ardua y difícil; en la mayoría de estos centros predomina la escasez y/o ausencia de referencias, concluyendo Navarro Espinach (2000: 571) que son las calificaciones de pobres y/o enfermos, las asignadas a los allí acogidos. Continúa el autor refiriendo que en el archivo se encuentra un documento descriptivo, de 1481, en el que se refleja la capacidad asistencial al detallar la existencia de seis literas juntas, aparte de otras trece más con sus cabezales dispuestos en cámaras separadas. En los registros de 1483, esta capacidad se ve aumentada por aparecer además de la presencia y la función de la figura del hospitalero, un aumento en el número de camas disponibles del hospital, así como de elementos y útiles de cocina. En los fondos del archivos del Concejo de Teruel conservados en el Archivo Municipal de Teruel, es posible verificar en los pergaminos los nombramientos de hospitaleros para diferentes hospitales de la ciudad. (A.M.T. 192. 1436, diciembre, 9. Teruel; A.M.T. 248. 1465, junio, 29. Teruel).

(4) Hospital de San Sebastián

El Hospital de San Sebastián se dedicó a la redención de cautivos, estaba ubicado a extramuros de la ciudad junto al Convento de San Francisco. Para

Lomax (1986: 499), este centro es de los más antiguos fundado mediante un privilegio del rey Jaime I en 1226; pertenecía al Monasterio Gurdigaliense de Santa María de la Selva Mayor (Alcalá de la Selva). En un registro de 1534 se hace referencia a la figura del hospitalero del Hospital de San Sebastián, según acto administrativo relacionado con la venta de un censal (A.M.T. 293. 1534, diciembre, 18. Teruel).

Gargallo Moya (1996: 200) recoge datos acerca de testamentos cedidos para su mantenimiento encontrándose referencias de la existencia de este Hospital, incluso en el transcurso del siglo XVI, pues hemos encontrado registros para los años 1528, 1541 y 1555, en donde los turolenses continúan legando en sus testamentos a favor del mantenimiento del Hospital de San Sebastián.

(5) Hospital de San Lázaro.

Fundado en las primeras décadas del siglo XIII, por iniciativa del rey Jaime I para atención, cuidado y residencia de leprosos, el Hospital de San Lázaro estuvo situado a extramuros de la ciudad, en sintonía con los criterios de ubicación que para estos hospitales estaba recomendado. “Los enfermos de lepra causan pavor entre los hombres medievales, existiendo normas severas pasar sacar estos centros del interior de los cascos de las poblaciones y de las villas”. Goglin (1976: 184). Este centro hospitalario, disponía de Iglesia, junto a la Ermita de San Lázaro, registrándose en el siglo XIV beneficios para su mantenimiento, según narra Muñoz (2003: 72), a través de diversos legados testamentarios. Es este el hospital donde en los primeros años de su fundación, prestaron servicio los beatos mártires, patronos actuales de Teruel, los franciscanos Juan de Perusa y Pedro de Saxoferrato. Conocido también como la casa de San Lázaro, este centro asistencial, adquirió protagonismo durante los períodos de peste al aceptar afectados por esta enfermedad. No obstante su función también estuvo regulada por el ordenamiento para el ingreso de todos los leprosos que hubiera en las aldeas (A.H.P Comunidad de Teruel, s.c.).

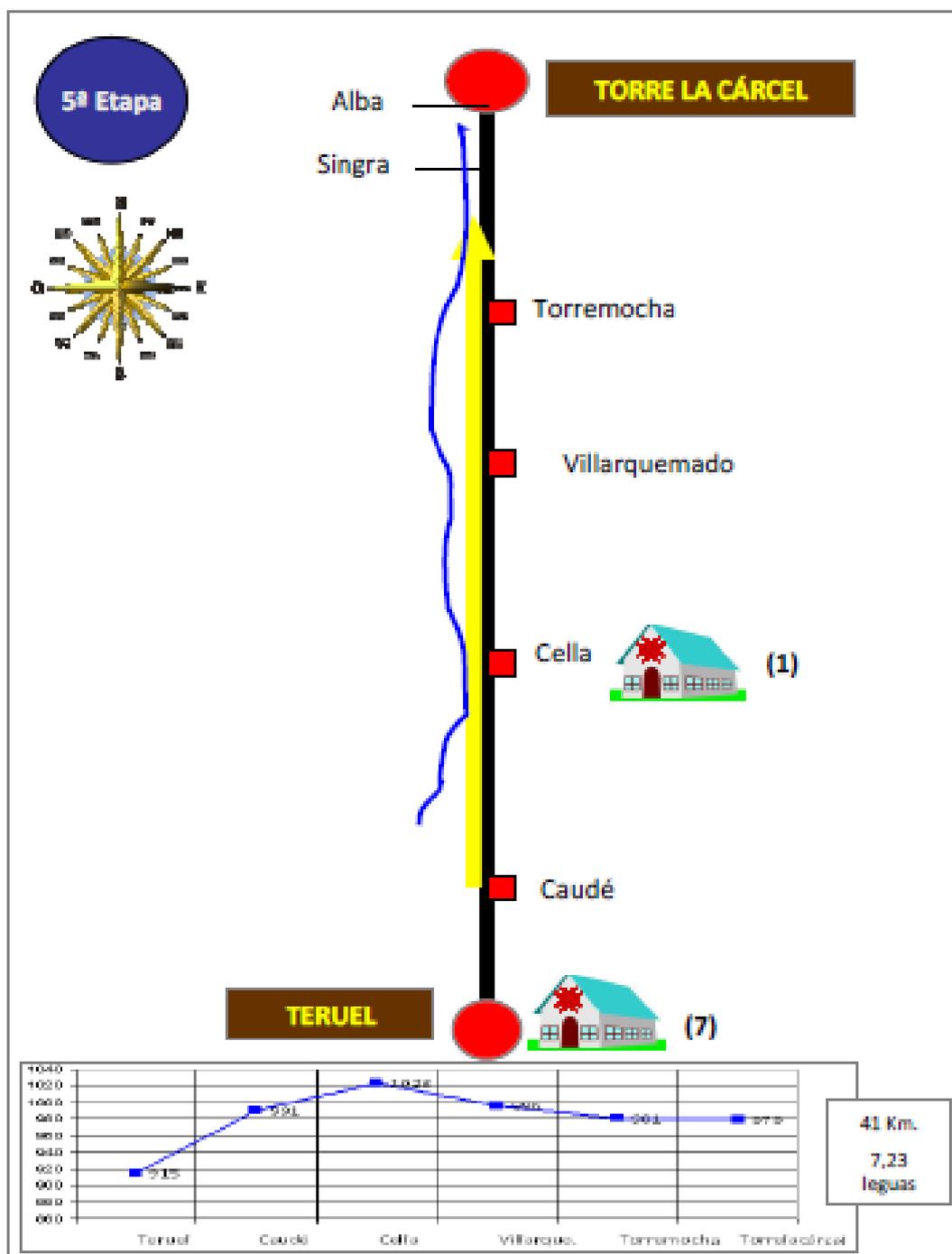
Resulta llamativo el hecho de que para este Hospital y por privilegio concedido por el rey Martín el 10 de noviembre de 1401, se nombrara a una mujer para el cargo de hospitalera administradora (AHPTE/ CA6/ 134). Sorprende fundamentalmente por la relativa y baja consideración y reconocimiento profesional que se aplicaba a las tareas femeninas. Sin embargo en el estudio de García Herrero (2006: 182) se describen algunas actividades laborales desempeñadas por la mujer precisamente en esta población de Teruel y coincidente en el período bajo medieval, como por ejemplo:

“Argumenta la presencia de la mujer en diversas actividades laborales femeninas en la ciudad de Teruel en la Baja Edad Media, inicialmente contemplando la techumbre de la catedral de Teruel donde aparecen tres mujeres en quehaceres constructivos, para posteriormente abundar en diversas actividades desempeñadas por ellas y relacionadas con los trabajos de artesanas, tenderas y sirvientas, dedicando otro apartado a las mujeres que cuidaron los cuerpos: parteras y sanadoras, seguidamente describiendo oficios como el de prostitutas, horneras y panaderas, vinateras, pastoras, así como, referencias a mujeres económica y socialmente poderosas desempeñando actividades mercantiles, préstamos y organización espacial, mediadoras en conflictos y promoción religiosa”.

(6) Hospital de San Marcos.

Para Gargallo (1984: 199) la red hospitalaria de Teruel en la baja edad media, incluía también otros centros sanitarios más modestos como el Hospital de San Marcos, su fundación estaba vinculada a la labor benéfica asistencial de las cofradías religiosas de la villa particularmente de aquellas cuyo carácter profesional era más acentuado. Entre las corporaciones que patrocinaban estos centros nos encontramos las del oficio de pellejeros y de los zapateros (1284), que constituyen la Cofradía de San Gil; también la de los tejedores, que fundaron la Cofradía de San Marcos y que disponían de un pequeño hospital, reconocido anteriormente como la casa de la Merced de Santiago. El mantenimiento de estas instituciones se llevaba a cabo mediante las aportaciones voluntarias de los cofrades, no obstante, también se vieron beneficiadas por cesiones testamentarias,

Finaliza esta cuarta etapa punto intermedio entre Valencia y Zaragoza y encrucijada hacia otras poblaciones. En esta población hemos localizado lugares de culto que atraían peregrinos, hospitales para la atención y acogida de necesitados y referencias a la existencia de peregrinos que se dirigían a Santiago de Compostela procedentes del Reino de Valencia.



TERUEL: San Redentor, Santa María de Villaespesa y San Juan Bautista, San Sebastián, San Lázaro, San Marcos, San Julián y San Bartolomé.
CELLA: Hospital del concejo de Cella.



Cuenca del río Jiloca

6.7. Quinta etapa: Teruel a Torre la Cárcel

Este quinto día de viaje discurre por terreno llano, la distancia entre las poblaciones principio y final de etapa se mantiene en un promedio igualmente de siete leguas. Según la crónica de Lalaing se concluyó esta etapa el viernes 14 de Octubre de 1502, tomando un descanso intermedio en la villa de Villarquemado y durmieron en Torre la Cárcel, distante a dos leguas de la anterior población (Villanueva Morte 2006: 207). En el Repertorio de Villuga (1546) se cita la población de Caudete, es decir Caudé, como núcleo de paso y próximo a la ciudad de Teruel a la que pertenece en la actualidad. No disponemos de datos relativos a su historia para este período.

6.7 Cella

La población de Cella no aparece reseñada en el itinerario descrito por Villuga en 1546; sin embargo, su proximidad al itinerario de referencia y la evidencia de la existencia de un hospital hace interesante su mención. No obstante, según Villanueva Morte (2006) en siglos anteriores el itinerario hacía Zaragoza pasaba por esta población, la cual disponía de servicios para atender las necesidades de viajeros, peregrinos y enfermos. La primera vez que aparece este topónimo en la documentación medieval cristiana es en 1127. “año que fue edificada la población de Cella” Fue reconquistada primero por Alfonso I y posteriormente por Alfonso II en 1170. El obispo Torroja concedió licencia en 1177 a los templarios para que reconstruyeran el pueblo (Cañada Juste 1999: 23). Dispone de una Iglesia dedicada a Nuestra Señora de la Asunción: asimismo, Madoz (1850) registra ermitas dedicadas a los santos Antonio, Cristóbal, Sebastián, Pedro de Arbués, a la Virgen de Loreto y a santa Lucia

(1) El Hospital de Cella

Sanz (2005) ha estudiado de modo detallado el Concejo de Cella describiendo la existencia de un hospital e incluye un amplio apéndice

documental donde figuran los nombres de quienes desempeñaron cargos como oficiales del concejo, entre ellos los hospitaleros. En cuanto al hospital más que un edificio consolidado constituía un espacio anexo a otro edificio, probablemente, la iglesia preparada para acoger a quienes precisaran de la caridad y refugio de viajeros. Otros oficiales que encontramos como parte del concejo son los ministros del hospital, “se trata de los encargados, respectivamente, como su nombre indica, de administrar y regentar el hospital” (Sanz, 2005: 7-51). También la misma fuente cita al hospital como un establecimiento del Concejo y añade que:

“el hospital de esta población constituye probablemente un modelo tipo de lugar de acogida como tantos otros existentes en la geografía peninsular situados al borde de un camino de cierta importancia con el fin de alojar a los transeúntes”.

A partir del párrafo anterior podríamos hacer dos consideraciones, por una parte, solo aquellas poblaciones con un buen número de habitantes y que no se encontraran en las principales vías de comunicación tendrían hospitales, por otra y aquí está lo que nos interesa, se puede establecer claramente la vinculación de los hospitales y los lugares de acogida en los caminos principales.

En este sentido, en el análisis llevado a cabo por Esparza (2002) acerca de los informes de las Visitas Pastorales practicadas por el arzobispo Cebrián, en 1656, encontramos una referencia a la población de Alcaine en la que se ratifica las ideas expuestas, ya que se cita que “no hay hospital por no ser Alcaine lugar de paso”, lo que confirma la relación entre la existencia de hospitales y poblaciones ubicadas en caminos principales y más aún si con caminos frecuentados por peregrinos.

Continúa Sanz (2005) describiendo los inventarios realizados por los jurados del concejo, vicario y clérigos del capítulo de la población de Cella (Teruel) a partir de los cuales se desprende que tal instalación denominada hospital, “no poseía ni siquiera una cama, si bien había un par de mantas,

lenzuelos, cabezales, cobertores, toallas, dos mesas pequeñas, un banco “taulado”, como así se hace constar en el Archivo Municipal de Cella. (Concejo, 4, p. 57).

Se desconoce el origen de los fondos para su mantenimiento, así como la administración del mismo, el tipo de personas que alojaba y la capacidad que tenía. No obstante, Aguirre (1982) en el Catálogo de los Archivos Turolenses incluye un registro en el que se documenta una donación en favor del hospital, lo que puede ser indicativo de una de las fuentes de financiación (14. 11-5, de septiembre, de 1545),

“Vendicion hecha y otorgada por Ana Jerónima Inigo, viuda, del Lugar de Cella, de un huerto, pajar, herrerial y palomar situados en el termino del dicho Lugar de Cella, en favor de Los jurados, para el Hospital de dicho Lugar”

Los datos referentes a la población de Cella, nos ilustran acerca de la evolución en las medidas a lo largo del tiempo en que se centra nuestro trabajo, comenzando por 99 morabedís, una medida fiscal que recaía sobre los habitantes en 1385; para posteriormente adoptarse la unidad de fuegos, que en 1488 fue de 94 fuegos; 98 fuegos en 1495; 89 fuegos 1510; y que Madoz en el año 1850 transforma en una unidad de habitantes y que cifra en 2.054 habitantes.

A partir de Cella y hasta Calamocha el itinerario se transforma, cambia completamente su aspecto. Si hasta la población de Cella el recorrido era a través de terrenos yermos y fríos, a partir de aquí los caminos van a discurrir próximos a la ribera del río Jiloca, lo que va a configurar una referencia en las sucesivas poblaciones del camino hacia Zaragoza. La disponibilidad del agua ofrece a los viajeros la satisfacción de cubrir sus necesidades de hidratación, aseo y limpieza.

6.7.2. Villarquemado.

Desde Teruel, una vez se han recorrido cinco leguas encontramos la siguiente población del itinerario que se identifica con el nombre de Villarquemado y aunque originalmente parece ser según Sebastián (1959) fue

“Villare Cremato”. Una población que surge con la creación de la Comunidad de Teruel en 1176, por Alfonso II y que perteneció a la sesma del río Cella. Aparece mencionada en 1212, incluida en una lista de aldeas dependientes eclesiásticamente de la diócesis de Teruel, en las que consta que Villarquemado ha de tributar a la Iglesia de San Juan de Teruel (Archivo del Capítulo General Eclesiástico, Concordia. doc. 4, de 14 abril 1212). Esta población, constata Sebastián (1959), recibió concesiones procedentes de los bienes de la Orden de San Juan de Jerusalén; también legados de propiedades que poseyeron la Orden de Santiago, probablemente afincadas en estas tierras en el proceso de conquista de las tierras de Valencia.

Esta población sufrió repetidos brotes de peste negra; el primero en 1338, reapareciendo con mayor virulencia en 1375 y 1388; también se vio afectada por la guerra de los Pedros. Estos hechos acrecentaron la religiosidad de las gentes que se agruparon en cofradías construyendo ermitas y oratorios, utilizados probablemente para elevar rogativas por el sufrimiento de la peste y por el cese de las guerras. Aún no habiendo localizado documentos que evidencien la existencia de instituciones de acogida y refugio, creemos que no faltarían estos lugares de ayuda, ya que pensamos que dados los orígenes y las probables influencias que las órdenes militares religiosas pudieron tener en los pobladores, unida a la presencia de ermitas erigidas a san Roque, santo peregrino y protector contra la peste, que no sería difícil encontrar en un próximo futuro referencias a lugares en donde los habitantes podrían expresar sus virtudes de la caridad en el cuidado de enfermos, pobres y peregrinos,

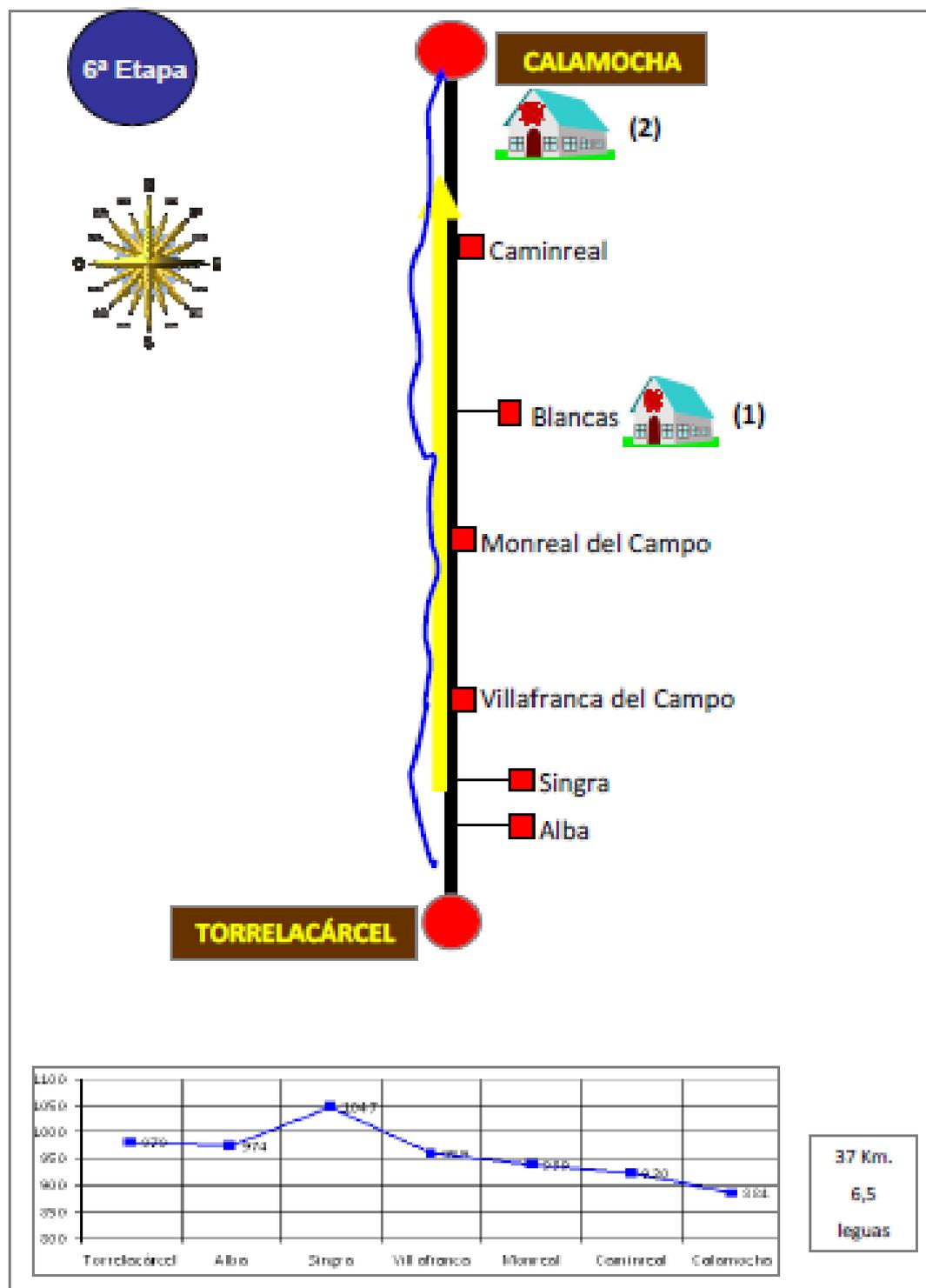
6.7.3. Torre la Cárcel.

Es una población de paso reflejada en el Repertorio de Villuga (1546). Muy próximas a Torre la Cárcel, se sitúan las poblaciones de Torremocha de Jiloca, Alba y Singra, que probablemente configuraron un sencillo entramado de comunicación, con distancias entre ellas equivalentes a una hora a pie. El citado

Repertorio nombra el paso por Torremocha, debido a su ubicación en el Camino Real, pero quizás este entramado constituyera caminos vecinales muy transitados y con diferentes alternativas en función de los intereses del viajero y peregrino.

De las aportaciones de la historia de Aragón de Ubieta (1984) extraemos la evolución de la población para diferentes censos: 70 morabedís como censo fiscal para 1385; la medida de 32 fuegos para 1488 y para sucesivos censos; 33 fuegos censados en 1495; 29 fuegos en 1510; igualmente 29 fuegos para 1543; 33 fuegos en 1609, 38 fuegos para el de 1646; y en 1850 Madoz registra 508 habitantes. Esta población conserva varios símbolos acerca de la información de caminos representado por diversos peirones dedicados a san Antonio de Padua; a la Virgen del Pilar ubicado en el Camino Real; el de san Joaquín; de san Antón y el de la Virgen del Carmen.

No hemos encontrado referencias acerca de lugares destinados a la prestación de servicios de acogida y/o asistencia a enfermos, pobres y peregrinos, pero dadas las circunstancias de su ubicación en el Camino Real y en su proximidad, imaginamos que debió haber algún lugar destinado para el refugio de los viajeros. Según cuenta la crónica de Lalaing al finalizar la 5ª etapa fue en esta población donde pernoctaron, lo que de alguna manera evidencia la existencia de lugares donde los viajeros podían pasar la noche (probablemente ventas) protegidos de los rigores de la climatología de la zona.



6.8 Sexta etapa: Torre la Cárcel a Calamocha

El recorrido de esta etapa discurre de nuevo por terreno suave, siguiendo la cuenca del río Jiloca. El grupo de expedicionarios que acompañaron a Lalaing citado por Villanueva Morte (2006: 207), relata que se inicia la etapa el sábado 15 de octubre de 1502, haciendo una parada para avituallamiento y descanso en la población de Caminreal distante a cinco leguas de Torre la Cárcel y finalizando la etapa Calamocha donde encuentran alojamiento. De nuevo para esta etapa encontramos una distancia equivalente a las siete leguas aproximadamente que van configurando una distancia regular entre las poblaciones de origen y destino y establecen un promedio de jornada caminera. Las poblaciones que se encontraron a partir de Torre la Cárcel son:

6.8.1. Alba

Esta población no figura en el itinerario de Villuga (1546). La primera noticia que tenemos de esta población de Alba, data de la época de Jaime I en su paso hacia la campaña de conquista del Reino de Valencia. En 1357 la reina Doña Leonor, esposa de Pedro IV, mandó reparar unos edificios y adecuar el aljibe. Sin fecha de su construcción, hay dos ermitas: dedicadas a santa Bárbara y san Cristóbal. Esta última, en la cumbre del cerro que lleva su nombre, lo que viene a confirmar el fervor a este último venerable y su vinculación con los viajeros y peregrinaciones. El monedaje de 1385 presenta un censo de 21 fuegos y 25 en el fogaje de 1495.

6.8.2. Singra

Singra es otra población próxima al itinerario. Fue fortificada y donada en 1124 por Alfonso I al monasterio de San Juan de la Peña. En 1182 el rey Alfonso II la cedió al monasterio de Montearagón. Debemos incluir también las ermitas de santa Bárbara y san Roque, el sencillo crucero y el peirón de la Virgen del Pilar, símbolos cuya presencia como hemos venido repitiendo, actúan como

señalización de caminos, orientación para peregrinos, además de referente devocional. El monedaje de 1373 presenta un censo de 38 fuegos y 23 en el fogaje de 1495.

6.8.3. Villafranca del Campo.

Otra población que es atravesada por el Camino Real es Villafranca del Campo, que tampoco cita Villuga (1546) en su itinerario. Se trata de una población antigua y los primeros documentos de los que se tienen referencias de la misma datan de 1182. Según algunos historiadores, el municipio de Villafranca surgió de la unión de anteriores núcleos de población: Saletas, Torre Invidia y Las Cuevas. En 1211 pasó a pertenecer a la Orden de San Juan de Jerusalén, de la que dependió hasta 1217. Durante esta época se le agregó "un pequeño Coto redondo junto a la Virgen de la Torre". Este Lugar en el que acampó Jaime I con su ejército en su viaje a la conquista de Valencia, está en el llano junto a la ermita, denominándose desde entonces como "Villafranca del Campo" en lugar de "de la Torre". En 1317 pertenecía al Señorío Eclesiástico. Años después fue recuperada la propiedad por los vecinos residentes en ella con la intervención de la Comunidad de Daroca. El monedaje de 1373 presenta un censo de 24 fuegos y 28 en el fogaje de 1495.

6.8.4. Monreal del Campo.

Continúa la jornada y a algo más de dos leguas nos encontramos con la población de Monreal del Campo. En opinión de Arroyo (2008: 89), se sitúa la fundación de esta población entre 1124 y 1128, cuando Alfonso I en colaboración con Gastón IV, vizconde de Béarn y señor de Zaragoza, promueve y funda una hermandad guerrera llamada "Militia Christi", en el punto más avanzado del reino aragonés. Su institución está ligada a la pretensión de abrir un camino desde Aragón hacia Jerusalén a través del levante mediterráneo y la creación de una cofradía militar. De este lugar cita sus fines fundacionales:

“Y puesto que desde Daroca hasta Valencia se extendían grandes desiertos, sin caminos y lugares yermos e inhabitables, edificó una ciudad que llamó Monreal, esto, es mansión del rey celestial, en que la Milicia Dei tuviera su propia sede, para que tanto los que van como los que vienen hallasen descanso seguro”

Se documenta su constitución a través de una carta del Arzobispo Guillermo de Aux por la que solicita ayuda económica para la recién creada “Militia Christi”. En la misma comunica que el propio rey ordena la fundación de una ciudad a la que llama Monreal, esto es, “mansión del rey celestial”, en la que la citada milicia tendría una sede propia (Crespo, 2006: 35). Este real proyecto, plantea un camino alternativo a Tierra Santa, animado quizás por la ocupación cristiana de los territorios a los árabes, itinerario coincidente con el del Camino Real². No hemos podido documentar la existencia de alguna institución hospitalaria medieval en esta población, pero dada la importancia que la realeza le otorga y teniendo en cuenta la presencia de la “Militia Christi” antes mencionada, nos inclinamos a pensar que esta congregación, participaría de las misiones cristianas de la caridad, expresadas en la acogida y cuidado de enfermos, pobres y peregrinos, tal y como queda establecido en sus fines fundacionales, “para tanto los que van como los que vienen hallasen descanso seguro”. Esta hermandad militar desapareció absorbida por la orden del Temple en su proceso de expansión tras la muerte del Batallador en 1134. No obstante, Ubieta (1993: 144) cita un camino que une Monreal con Ojos Negros, donde la toponímica urbana habla de un Barrio del Hospital.

En cuanto a la evolución de los censos, el monedaje de 1373 presenta 38 y fuegos; 26 en el fogaje de 1495. Madoz (1850) sitúa esta población en el Camino Real a 8 leguas de Teruel, con un censo de 1516 almas. Esta población dedica su advocación a la Natividad de Nuestra Señora y en ella existían excelentes aguas.

² Es muy probable que en la fundación de esta población por las fechas señaladas, no se dispusiera de una información mas detallada de los caminos de comunicación con Valencia, que si lo hubo en tiempos de los romanos, por lo que entendemos que la fundación de esta población pretendería garantizar las precarias comunicaciones y fortalecer la repoblación cristiana de los territorios.

6.8.5. Blancas

Es una población, próxima a Monreal del Campo, pero que no está ubicada en el Camino Real, y es un probable itinerario alternativo Liberada de los musulmanes por Alfonso I en 1124, se incorporó a la Comunidad de Daroca como aldea de realengo en la sesma del Río Jiloca; pertenecía al obispado de Zaragoza y arciprestazgo de Daroca. En 1205 el obispo de Zaragoza Raimundo de Castrocol, asignó el pago de rentas y diezmos que Blancas y otras aldeas debían efectuar a la iglesia de San Miguel de Daroca.

Blancas no esta descrita como población de paso por Villuga (1546). Sin embargo nos parece interesante por su referencia al paso y la provisión de servicios para la acogida de viajeros. En el estudio realizado por Esparza (2002) a propósito de la crónica de las visitas pastorales realizadas en la Diócesis de Zaragoza entre 1771 y 1807, recogidas en los archivos diocesanos de Zaragoza, se cita en esta población la existencia de una casa donde se alberga y recoge a mendigos pasajeros; el documento refleja también el derecho al beneficio de la limosna si el viajero era portador del documento o visado que se extendía, para poder transitar libremente, lo libraba el propio Rey y/o la autoridad eclesiástica, la referencia concreta viene recogida en el registro (ADZ Visitas Pastorales. Caja 222. Sign: 222-2. Fol 43r).

“Hospital para enfermos no hai. (Precisam(ente) hai una casa donde se alvegan y refugian los pobres mendigos pasajeros. No hai renta alguna fixa para sus asistencia. Pero los q(ue) llegan con legítimos pasaportes se les asiste con la limosna q(ue) los Alcaldes mandan recoger de los fieles”.

La procedencia de la fuente no deja dudas acerca del paso y presencia de Peregrinos, con las reservas de las fechas de las visitas. Otro argumento relacionado es la referencia explícita en el registro de la exigencia de pasaporte que sería el salvoconducto expedido por autoridad eclesiástica.

La arquitectura religiosa de Blancas se destaca por la Iglesia fortificada de San Pedro Apóstol, construida en el siglo XIV sobre los restos del antiguo

monasterio/castillo cuyo origen se remonta al siglo XII (Buil y Marca, 1995: 51). Diversas ermitas configuran el fervor religioso: Virgen de la Carrasca, Virgen de los Dolores, Virgen del Carmen y san Pascual Bailón. Marcando el inicio o los cruces de caminos se encuentran en el término cuatro peirones, y todavía hubo un quinto dedicado al citado san Pascual junto a su ermita. El más vistoso es el de san Roque. El monedaje de 1373 presenta un censo de 46 fuegos y 51 en el fogaje de 1495.

6.8.6. *Caminreal* (Camino Real)

La población de Camineral fue el lugar utilizado por la comitiva de Lalaing para avituallamiento y descanso. Situada en el Camino Real, de donde toma su nombre, dista aproximadamente algo menos de dos leguas de Calamocho, cabeza de la comarca y a una legua y media de distancia a Monreal.

Lázaro Polo (1988: 152) nos introduce en la historia de Caminreal, con el párrafo siguiente:

“Por aquí ha pasado mucha gente. Caminreal, como otras poblaciones del Valle del Jiloca, ha servido de paso y de camino para nobles y plebeyos, terratenientes y braceros, moros, gitanos y romanos. Su nombre nos lo indica, y eso hace que sea algo de todos. Desde la Antigüedad a nuestros días, desde siempre: Un camino”

Esta población también sufrió los estragos demográficos, como consecuencia de las diferentes oleadas de peste negra que entró procedente de las costas mediterráneas, epidemias que probablemente llegaron aquí ayudadas por la corriente de viajeros. También las guerras contribuyeron a la pérdida de población y a crear una sensación ambiental de desastre y como secuela, se produjo una decadencia de valores en donde el resurgir de este caso medieval no se va a producir hasta el siglo XVI. No obstante, esta población mantuvo su actividad gracias al paso del Camino Real y la existencia de algunas ventas que acogían a los viajeros.

Los censos de población del monedaje de 1373 y el fogaje de 1495 arrojan un pobre recuento poblacional de 16 y 19 fuegos. Madoz en 1850, la sitúa a 9 leguas de Teruel y registra en el momento del censo 460 habitantes. Destaca como referencia la Iglesia dedicada a Santa María la Mayor (1120) vicaria adscrita a la Colegiata de Daroca, y las ermitas dedicadas a Ntra. Sra. de las Cuevas y a san Cristóbal y los peirones de san Pascual Bailón y san Roque.

6.8.7. Calamocha

Población elegida por la comitiva de Lalaing para final de esta etapa, esta situada en el Camino Real de Valencia a Zaragoza. Existe en ella un convento de frailes franciscanos, la Iglesia de Ntra. Sra. de la Asunción y ermitas dedicadas a san Roque, al santo. Cristo del Arrabal y a santa Bárbara, sus habitantes declaran su devoción al santo patrón Roque. Con un clima destemplado, sobre todo en invierno, prevalecen entre la población problemas pulmonares y calenturas catarrales como así reseña Madoz (1850).

(1) Hospital de Calamocha

Según Gil Domingo (2002: 207) en los informes concluyentes de la visita pastoral realizada en marzo de 1567, se cita entre los mandatos generales de la Iglesia de Calamocha la de “visitar a los enfermos del Hospital”, lo que pone de manifiesto una clara alusión a la existencia de un lugar dedicado al cuidado de los enfermos. En otras visitas pastorales de nuevo Gil Domingo (2003: 228) afirma que el citado hospital no disponía de renta y en caso de haber algún enfermo se pedía limosna a los vecinos, estos voluntariamente lo asistían y se le administraban los sacramentos. En una visita pastoral realizada mucho tiempo después (22 de Julio de 1805), se ratifica en la memoria de los protocolos de la visita, la existencia de un edificio conocido como Hospital y se denuncia su estado lamentable, lo que nos hace pensar en su antigüedad. La memoria de los protocolos de visita en referencia a la situación precaria del hospital dice:

“Hay uno del todo caído y solamente sirve para que se refugien en él los quinquilleros, gitanos y otras gentes de esta especie; no hay donde pueda ponerse un enfermo, y la Justicia no quiere cerrarlo sin embargo de mis frecuentes persuasiones.”(Gil Domingo, 2004: 159)

(2) *Hospital de San Roque.*

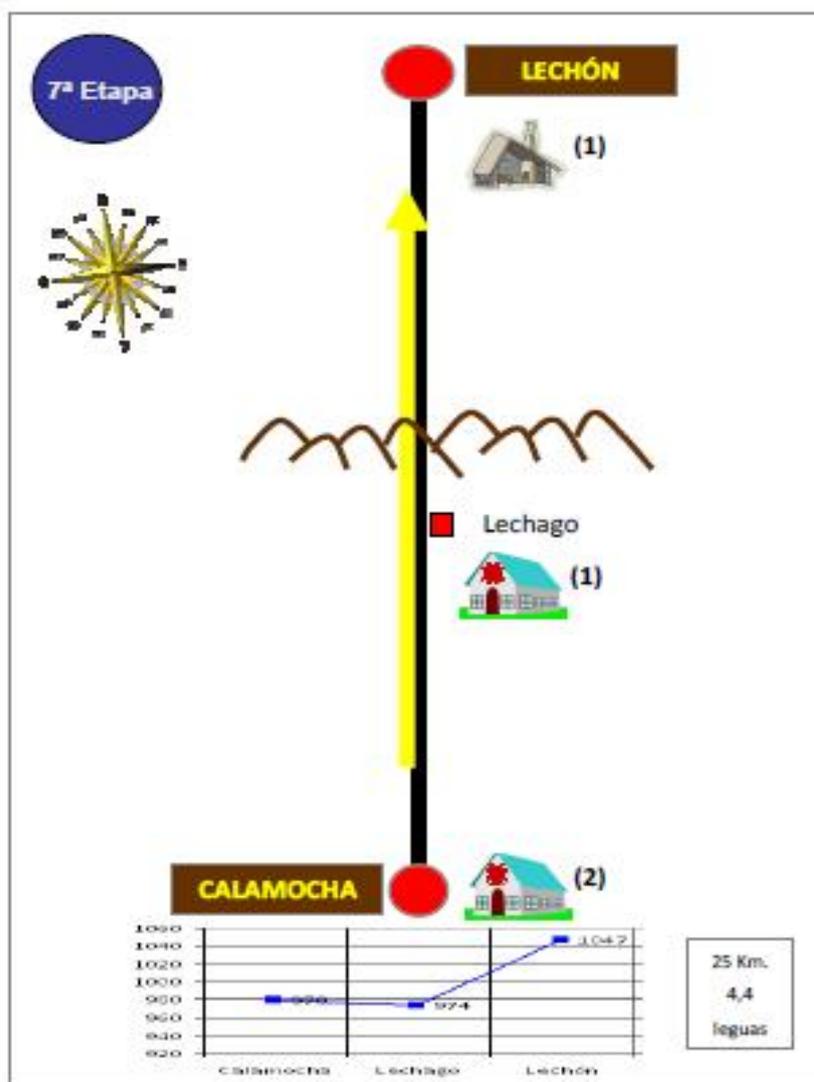
Según Benedicto (1996: 16), la ermita dedicada a san Roque, pudo haber prestado servicios asistenciales en épocas de peste a pesar de la escasez documental. Según Benedicto (1996: 16)

“Indagar sobre los orígenes más remotos de la ermita es un misterio. Parece confirmarse que el templo que precede al convento, es mucho más antiguo. Posiblemente se trataría de una pequeña ermita medieval bajo la advocación de san Roque. Por su localización a extramuros del pueblo y en la importante vía de comunicación que se dirige a Zaragoza no sería extraño que se tratara de un pequeño templo ligado a un refugio u hospital en el que se recogían los transeúntes y, en épocas de peste, se realizaran las cuarentenas”

Por su parte Ubieto (1993: 145) apoya la existencia de un hospital de peregrinos, “según una información de que dispone”.

En la población de Calamocha, atendiendo a los datos demográficos de los monedajes del siglo XIV y los fogajes del XV, se observan pequeñas variaciones que oscilan desde los 88 fuegos del monedaje de 1373 al fogaje de 1495 que presenta un censo de 104 fuegos. Madoz (1850) recoge la información de esta población y presenta un censo de 350 vecinos con 1400 almas.

En la población de Calamocha, finaliza el sexto día del viaje de la comitiva de Lalaing; la crónica señala que era sábado 16 de octubre de 1502. A partir de esta población el camino a Zaragoza presenta dos alternativas: la primera es continuando con el trazado del *Repertorio* de Villuga (1546), la segunda opción es continuar hasta Daroca, para desde esta población dirigirse hacia el Monasterio de Nuestra Señora de Piedra y a Calatayud. Una vez en Calatayud el caminante se puede dirigir a Zaragoza o continuar hacia Torrelapaja con destino a Soria y enlazar con las rutas jacobeanas de “La Lana” y el Camino francés.



CALAMOCHA: Hospital de Calamocha, San Roque. LECHAGO: Hospital de Lechago.



LECHÓN: Casa o refugio para peregrinos.



Paso montañoso del lado Este de Paniza y Retascón

6.9. Séptima etapa. Calamocha a Lechón

En el *Repertorio* de Villuga se cita este recorrido evitando el paso por la ciudad de Daroca, como sugerimos en nuestra propuesta de etapa alternativa a esta y que a continuación describiremos. Esta séptima etapa utiliza los caminos que comunican las poblaciones de Calamocha, con Lechago, Lechón, Romanos, Villareal de Huerva y Cariñena, con lo que se ahorra el tiempo empleado en recorrer escasamente dos leguas con respecto a la alternativa por Daroca que más adelante trataremos. Sin embargo, tiene la ventaja de una ascensión suave del terreno a diferencia del tramo que recorre desde la población de Daroca a Cariñena. Este tramo del itinerario que evita el paso por Daroca, además del citado Villuga, está también descrito por Gargallo (1984: 55) a través de las cuentas de un viaje realizado entre Teruel y Zaragoza en 1366, recorrido ya utilizado por Lalaing en 1502 y estudiado por Villanueva (2006). Esta etapa presenta un recorrido más corto que las anteriores que venían siendo de unas siete leguas; la coincidencia en el viaje de Lalaing con el domingo 17 de octubre de 1502, determinaría un descanso más prolongado y supuestamente también, tal y como era receptivo en esos momentos, cumplir las obligaciones cristianas dominicales.

6.9.1. Lechago

Esta población de Lechago vivió en su término uno de los acontecimientos históricos más importantes del siglo XII en el reino de Aragón, la batalla de Cutanda en el año 1120 entre Alfonso I el Batallador y los almorávides. De la Historia de Aragón de Ubieto (1984), extraemos información sobre la pertenencia de Lechado en la época bajo medieval, a la comunidad de aldeas de Daroca y al Obispado de Zaragoza. Dispone de Parroquia dedicada a santo Domingo de Silos y ermitas en honor de san Jorge y del santo Cristo.

(1) Hospital de Lechago.

En cuanto a la presencia de lugares de acogida y cuidado Esparza (2002), recopila los registros de las actas de las visitas pastorales. Gracias a esta aportación hemos podido localizar la existencia de lugares de acogida para enfermos y peregrinos así como recintos calificados en la época como hospitales, de este modo, para la población de Lechago encontramos la siguiente referencia en los Archivos Diocesanos de Zaragoza:

“Hay un Hospital del quel es Patrono el ayuntamiento. No tiene renta alguna y solo sirbe p(ara) recogeren los pobres transutes y Peregrinos” (A.D.Z: Visitas Pastorales. Caja 229).

De la evolución censal, encontramos los siguientes datos: 14 fuegos en 1488; 32 fuegos en 1495; 26 fuegos en 1510; 26 fuegos en 1543; 32 fuegos en 1609. Unas 60 casas, 115 vecinos y 461 almas según datos de Madoz (1850), calificándolos como censos de escaso significado. Conserva los peirones dedicados a la Virgen del Pilar y del santo Cristo que marca la dirección a Luco de Jiloca en el camino de Calamocha a Daroca. Se conserva el peirón de las almas o almicas que señala el Barranco de Cuencabuena próximo a Calamocha y el de santa Bárbara ubicado en el camino que va hacía Navarrete del Río.

6.9.2 Lechón

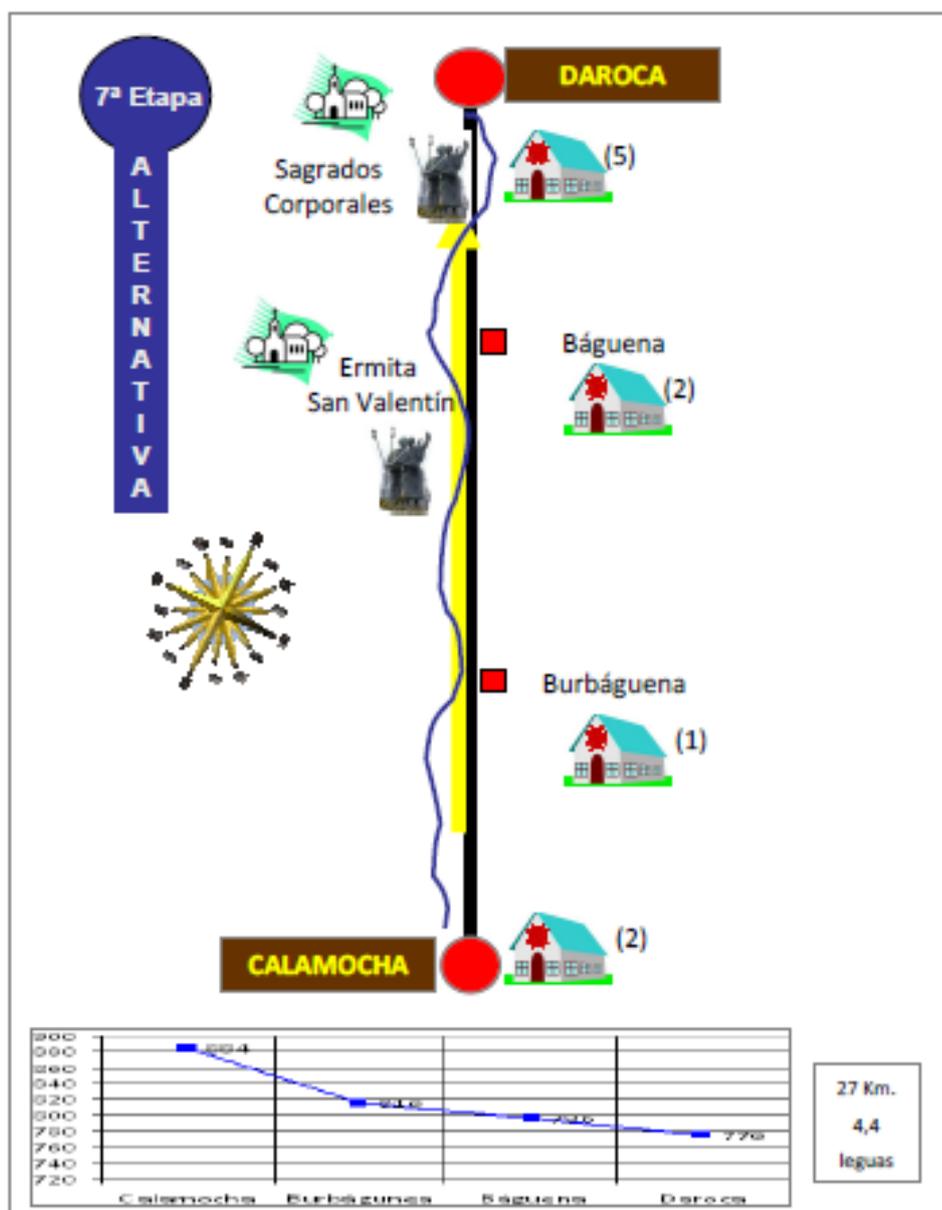
Ubieto (1984) describe ampliamente esta pequeña población de Lechón que fue considerada como aldea, hasta 1711. Tiene una Parroquia dedicada a san Lorenzo y Ermita dedicada a los santos Fabián y Sebastián. La evolución de la población se puede constatar a través de los impuestos: 36 maravedíes de resultas de impuestos aplicable a 1414. La unidad de medida de fuegos utilizada en 1488 refleja la existencia de 33; 26 fuegos para 1495, 24 fuegos en 1510, 24 fuegos 1543, 26 fuegos en 1609, 24 fuegos en 1646, a partir de este último censo se citan 30 vecinos 1713, 12 vecinos en 1717, 12 vecinos en 1722 y el mismo censo anterior para 1787, 39 vecinos 1797 y 29 casas, 28 vecinos y 135 almas para Madoz en 1850. La evolución de los censos a lo largo de los siglos manifiesta un

lento crecimiento para ser considerada población de paso de un camino real de la importancia del que nos ocupa, a diferencia del crecimiento censal que se manifiesta en las poblaciones de paso en la variante entre Calamocha y Daroca.

(1) Hospital de Lechón.

En el estudio sobre las visitas pastores llevado a cabo por Esparza (2002) se señala igualmente a esta población como de las que disponían y ofrecían hospital o casa donde acogían a pobres y enfermos. Conserva el peirón de san José ubicado en el camino de Ferreruela de Huerva; el de la Fuente, señalando el camino de Villahermosa del Campo y Badules, peiron de san Ramón datado de muy antiguo y de reciente reconstrucción próximo al lugar que ocupaba, acompañado por las imágenes de santa Inés y la del Sagrado Corazón

Cuenta Villanueva (2006: 207) que el viajero Lalaing y su comitiva descansaron en esta población de Lechón tras haber recorrido una etapa de cinco leguas, equivalente a 28 Km. Por la señalización establecida mediante los peirones entre Calamocha y Lechón, citadas en el itinerario de Villuga (1546) se desprende la existencia y uso de un entramado de caminos que comunicaban todas las poblaciones de alrededor.



CALAMOCHA: Hospital de Calamocho, San Roque. **BURBÁGUENA:** Hospital de la población. **BÁGUENA:** Hospital de San Valentín, Hospital de Báguena. **DAROCA:** San Marcos, Santiago, Santa María de la Merced, de la Pasión, Santo Domingo.



LUGAR DE PÈGRINACIÓN: Báguena, Ermita de san Valentín. **DAROCA:** Sagrados Corporales.



Cuenca del río Jiloca

6.10 Alternativa a la séptima etapa: Calamocha a Daroca.

Hemos citado anteriormente la etapa entre Calamocha y Lechón, pasando por Lechago, atendiendo a la crónica de Lalaing en sintonía con el itinerario reseñado en el *Repertorio* de Villuga (1546). Desde nuestra posición consideramos especialmente importante la existencia de servicios asistenciales, manifestada por la presencia de hospitales, lugares de peregrinación y por consiguiente la disponibilidad de ayudas y servicios que los peregrinos, pobres y enfermos pudieron disponer.

Asimismo, nos parece interesante exponer la presencia y consolidación de los lugares de peregrinación importantes e históricos, que encontramos en las poblaciones que une este tramo alternativo, que sin duda constituyen argumentos suficientes que justificaron el uso de estos caminos especialmente por peregrinos. El itinerario discurre por una orografía fácil, continuando el curso del Jiloca. El viajero una vez finalizada la etapa en la ciudad de Daroca, podría escoger la continuidad hacia a Zaragoza o bien prolongar la andadura visitando el Monasterio de Nuestra Señora de Piedra, un lugar habitual de peregrinación y continuar hasta Calatayud (antigua Bilbilis) y por Cervera de la Cañada seguir con dirección a Soria a través de la población de Torrelapaja. Es una alternativa que plantea Ubieto (1993: 145) y que compartimos: los peregrinos la podían utilizar para culminar el encuentro de las rutas jacobeanas. Las poblaciones que une este tramo del Camino para esta etapa, son Burbáguena, Báguena y Daroca.

El itinerario de Villuga (1546) contempla el paso obligado por Daroca al describir el itinerario cuando se viene de Zaragoza o de Valencia para dirigirse a la población de Calatayud. Este tramo, está comprendido entre la población de Calamocha y la de Daroca y desde esta última población, una nueva etapa nos conduce a la población de Longares. Este tramo, reúne las condiciones de ser un itinerario muy frecuentado por viajeros y peregrinos ya que las poblaciones de

paso (Daroca, Calatayud, Cariñena), constituyeron en la Baja Edad Media un importante eje de comunicación con núcleos de población organizados en base a una gran actividad religiosa, política, comercial, ferial y lúdica

Se inicia la etapa partiendo de Calamocha, dejando a la salida la Ermita y probable Hospital de San Roque; la primera población que aparece citada es Burbáguena. Según Alcañíz y Loraque, (2006: 227) en el estudio sobre esta población destacan como monumento más simbólico, el representado por el castillo de origen medieval, que se levanta sobre un montículo que domina la población y que fue construido alrededor del siglo XII, reparado en 1295, y sometido a diferentes actuaciones en fechas posteriores en 1344 y 1364.

6.10.1 Burbáguena

La Iglesia Parroquial de esta población, que está erigida bajo la advocación a Nuestra Señora de los Ángeles, se construyó sobre una primitiva iglesia en el año 1544, siendo ampliada en 1592. Ya en el siglo XIV se conoce la existencia de una aljama judía procedente de la existente en Daroca.

(1) Hospital de Burbáguena

Se confirma la existencia de un humilde hospital a través de los informes de las visitas pastorales del Obispado de Zaragoza recopilados por Esparza (2002: 16) donde dice que:

Hai un Hospital de enfermos de q(ue) es Patrono el pueblo...en el mismo Hospital hai habitación separada para los Peregrinos, no tiene renta alguna, se pone el debido quidado en recibirlos con caridad. (ADZ. Visitas Pastorales. Caja 222. Sign: 222-2 Fol. 85v.).

Años más tarde y como consecuencia de nueva visita pastoral se constata que:

En este pueblo hay un Hospital, su Patrono es el pueblo y en nombre de este el Vic(ario)...en el mismo Hospital sirve para recoger los pobres y Peregrinos y si no tienen posibilidad se les da alguna cosa q(ue) comer y hallandose imposibilitados

se les pasa al lugar inmediato con caballería a expensas del Hospital. (ADZ: Visitas Pastorales. Caja 230).

En 1495 el inventario de fuegos refleja un mínimo de 107, entre los cuales se podrían contar con un nutrido grupo de musulmanes mezclados con la población cristiana. Se sabe que en 1414-1415 hubo un gran número de conversos para evitar ser perseguidos por la Inquisición, Madoz recoge esta información en 1850 con un censo de población de 177 vecinos con 708 almas.

6.10.2 Bágüena

Bureta (2003: 25) ha estudiado esta población durante el siglo XV, de sus antecedentes destaca la adscripción de la parroquia de Bágüena al Real Monasterio de Piedra, mediante bula de Benedicto XIII datada en 1398. La religiosidad popular, debió alcanzar un alto grado de celebraciones en estos tiempos. A las fiestas litúrgicas ordenadas por la Iglesia, Navidad, Cuaresma, Resurrección, etc., hay que añadir las numerosas festividades de culto a los santos de devoción particular del pueblo. La vida giraba en torno de ellas con manifestaciones religiosas y profanas: predicaciones de religiosos llegados de fuera, procesiones, misas solemnes con la asistencia de todos los feligreses, constituían los actos más esperados. La existencia de la ermita dedicada a san Valentín, santo sanador, fue objeto de especial invocación para que intermediara o curara a sus fieles devotos de determinadas enfermedades. Las curaciones milagrosas que se cree obraron en ella, ejercieron una extraordinaria fuerza de atracción y convirtieron el lugar en centro de peregrinación, donde afluían creyentes procedentes de lugares alejados de la Comunidad. A propósito de las ermitas continúa Bureta (2003: 15), en 1398, el arzobispo de Zaragoza D. García Fernández de Heredia promulgó una bula mediante la cual:

“se otorgaban cuarenta días de indulgencia a todos aquellos fieles devotos que las visitaran y ayudaran con sus limosnas al sostenimiento de las ermitas y del hospital. Ambas instituciones no disponían de medios de sostén para la

conservación del edificio y el servicio litúrgico, ni para la subsistencia de los acogidos en el hospital”.

(1) Hospital de la Ermita de San Valentín

Para dar cobijo a los peregrinos que visitaban la ermita, había, adosado a ella, un hospital con la intención de mantener lejos del pueblo a los afectados por la peste, encomendándolos a los especiales poderes curativos atribuidos a san Valentín. Se evitaba así la propagación de la enfermedad. En las épocas de cese de la peste, servía de refugio a los viandantes al estar situado a la vera del camino Valencia - Daroca - Zaragoza.

Pardillos (2007) ha llevado a cabo el análisis de documentos del archivo parroquial de Báguena, y cita un registro de 1398, en el que se conceden indulgencias a los que visiten el hospital del lugar, con lo que no deja dudas de su existencia, “García Fernández de Heredia, arzobispo de Zaragoza, concede indulgencias a los que ayuden o visiten la ermita de san Valentín o el Hospital del lugar de Báguena” (A.P.B. 1398.07.30). De los libros de la Procura del Concejo se desprende la existencia de una institución dedicada a la hospitalidad, mantenida por donaciones caritativas y que en los gastos aparecen asientos para el hospital. Las mismas fuentes califican este hospital de “viejo”, pero no se precisa la cronología de su construcción.

(2) Hospital de Báguena

Por la redacción de varios asientos en las hojas que se conservan del Libro de la Procura del año 1406, parece desprenderse que Báguena contaba en este tiempo con dos hospitales: el ubicado en la ermita, y otro en el pueblo para asistir con más solicitud a los enfermos pobres del lugar. La asistencia corría a cargo del Concejo, que nombraba un hospitalero para esta función. Por otro lado, se cita la existencia del Libro de expensas de 1406, donde se anotan los peones contratados y los pagos efectuados en las obras del hospital viejo del lugar de Báguena.

Posteriormente se consignan, en varios asientos, “379 sueldos del gasto de pasar el trigo de Pedro Gil de Bernabé al hospital “ (Libro de la Procura. 1630-31).

Esta ciudad registró una pérdida de población si atendemos a los registros del monedaje de 1405 y el fogaje de 1495, para el primero otorga 129 fuegos mientras que son 62 fuegos los citados para el segundo. Madoz (1850) en la información que recogió de esta ciudad nos proporciona un censo de población de 234 vecinos con 935 almas. A la salida del pueblo, en la rambla que conduce hasta la población de Anento, se halla ubicado el peirón dedicado a la Virgen del Pilar.

Tras la visita a la ermita de San Valentín, y a dos leguas aproximadamente aparece la ciudad fortaleza de Daroca, que tras su conquista, se convirtió en el núcleo fuerte de un extenso término diseñado por el fuero de 1142, territorios que se prolongaban hacia el sur por tierras despobladas. A mediados del siglo XIII, alrededor de la ciudad se organizó un sistema de aldeas, creándose la Comunidad de Aldeas de Daroca, pasando a ser la villa, cabecera administrativa y fiscal, centro de poder y referencia para más de un centenar de poblaciones distribuidas a su alrededor.

6.10.3 Daroca

Tal y como veremos más adelante, Daroca representa un modelo de organización territorial muy parecido, al de Calatayud. Parte de la población de Daroca fue absorbida por el reino de Valencia tras su conquista y cristianización en 1230. Por ordenamiento del obispo de Zaragoza, la población se distribuyó entre las iglesias existentes, Iglesia Colegial de Santa María de los Sagrados Corporales, construida sobre una antigua Mezquita, datada en 1120, que en 1395 adquiere la categoría de Colegiata, distinción concedida por Benedicto XIII. La Iglesia de Santo Domingo de la que se inicia su construcción a mitad del siglo XII, la Iglesia de San Miguel, iniciada por las mismas fechas. La Iglesia de San

Juan ubicada sobre una antigua mezquita, sus obras fueron contemporáneas a la de San Miguel y la de Santiago Apóstol. Es también destacable la presencia de conventos que de alguna manera también pudieron contribuir a la acogida de necesitados. El Convento de Nuestra Señora del Rosario, con iglesia dedicada a san Lázaro, el Convento de la Merced fundado en 1138 sobre la iglesia de san Lorenzo, el Convento de Trinitarios de las hermanas de santa Ana, que ya existía en 1239 cuando llegaron los Sagrados Corporales, fue en principio iglesia y hospital con dedicación a san Marcos y se encontraba situado a extramuros de la ciudad junto al portal de Valencia, tal y como se deduce, puerta de entrada del camino procedente de la capital del Reino de Valencia. Por otra parte, la ubicación de este hospital podría responder al deseo de mantener fuera del recinto mural a peregrinos y vagabundos.

La población registra 470 casas según los fogajes de 1414; un número de 408 y 437 casas para los de 1488 y 1495. Madoz (1850) recogió en la información sobre esta ciudad un censo de 467 vecinos con 2316 almas. Ubicada a 18 leguas de Zaragoza, en el registro del proceso de desamortización durante el siglo XIX figura un censo de seis Iglesias, dedicadas a los santos Miguel, Pedro, al Apóstol Santiago, Andrés, Juan y Domingo de Silos, declarándose adicionalmente un hospital para la acogida de forasteros y transeúntes.

Una valoración de la importancia de la ciudad de Daroca, como ciudad de paso en el Camino Real de Valencia a Zaragoza, viene dada por el número de iglesias con recinto hospitalario, lo que de alguna manera condicionó la vida social de esta ciudad. Corral (2006) apunta que antiguamente cada una de las iglesias disponía de un hospital, que daba cobijo a transeúntes y peregrinos. Por el elevado número de iglesias, hospitales y conventos que había en la ciudad de Daroca, un alto porcentaje de la población era de condición eclesiástica. Otra valoración viene dada por la tradicional devoción a los Santos Corporales, lo cual

pudo contribuir al desarrollo de una corriente peregrina por si sola durante la Baja Edad Media, a la cual habría que sumar la intensa actividad comercial y ferial

Los repetidos brotes de peste dejaron sentir sus efectos en la ciudad de Daroca, de tal forma que en 1461 se estableció un estatuto que regulaba la entrada de apestados en la ciudad: “Statuto que en tiempo de pestilencia no entren en la ciudad de los lugares donde mueren” (A.M.D. Libro de Estatutos, 81v, 82v.). La ventaja de ser ciudad amurallada, permitió la fácil aplicación de esta norma mediante la cuarentena como medida de control frente a la epidemia. Años más tarde, en 1495, el mismo estatuto estableció fiestas en honor de san Cristóbal, para dar gracias por la remisión de la epidemia de peste, tal y como consta en el. *Libro de Estatutos* (128v, 129 rv. 1492-07.15).

(1) Hospital de San Marcos.

Situado en el entonces Convento de Trinitarios de las hermanas de santa Ana, el citado hospital parece ser que ya existía en 1239, cuando llegaron los Sagrados Corporales. Fue en principio iglesia y hospital dedicado a este santo titular, estaba ubicado a extramuros de la ciudad, lo que puede responder al deseo de alejar a enfermos, peregrinos y vagabundos del interior de la ciudad, establecido y ordenado por los propios estatutos.

(2) Hospital de Santiago

Las referencias acerca del Hospital de Santiago de nuevo nos llevan al vínculo de iglesias parroquiales con la disposición de recintos dedicados a la acogida y hospitalidad. En este sentido, en un documento datado en 25 de abril de 1496 se denuncian las precarias condiciones en que se encuentra este Hospital (A.H.P.D. Protocolo de Miguel Sancho, 38rv). A pesar de las deficiencias, se constata la continuidad de esta institución asistencial cuando dos años después, la cofradía del Hospital de Santiago se reúne el día de su patrono para elegir pabostre, realizar ofrenda y otros actos (AHPD, Protocolo de Lope Fierro, s. f.).

Esta Iglesia continuaba más tarde vinculada al hospital y atendiendo las necesidades de los Peregrinos de paso por la ciudad. (ADZ: Visitas Pastorales Caja 230).

(3) Hospital de Santa María de la Merced

Este Hospital estuvo probablemente vinculado y anexionado al convento de la Merced, fundado en 1138 sobre la Iglesia de San Lorenzo. De las referencias encontradas figura una del Concejo de Daroca, el cual dispuso mediante una norma que todos los oficiales de la ciudad entregaran anualmente la víspera de Navidad una carga de leña al Hospital de Santa María de la Merced (A.M.D. Libro de Estatutos, 80v.-81r, y Actas de 1460, 49r.-50r).

(4) Hospital de la Pasión

El hospital de la Pasión estaba a cargo de la Cofradía del mismo nombre, se relaciona con los Trehudos del Señor Rey, al detallarse la ubicación física a partir de una serie de pertenencias reales así como límites vecinales (A.M.D. Libro de Estatutos, 111r.-112r).

(5) Hospital General de Santo Domingo.

Hacia finales del siglo XV las “seis iglesias parroquiales” existentes en Daroca (excepto la Colegiata) deciden crear el Hospital General de Santo Domingo para solventar las necesidades de esta población. Esta acción estuvo, probablemente, motivada por el crecimiento de la ciudad y el incremento de la presencia de peregrinos especialmente en los actos conmemorativos de los Sagrados Corporales. Fue el Hospital más importante de la ciudad. Estaba unido a la Iglesia de Santo Domingo y su función era la de dar refugio a los transeúntes y minusválidos, como así lo hace constar Borque (1994: 83).

Resulta evidente la oferta de hospitales en esta población y no únicamente para atender las necesidades de su población fija. Daroca recibe peregrinos y es

paso de numerosos transeúntes necesitados de acogida, refugio y, en su caso atención y cuidados, lo que justifica este repertorio de instituciones dedicadas a estos menesteres.

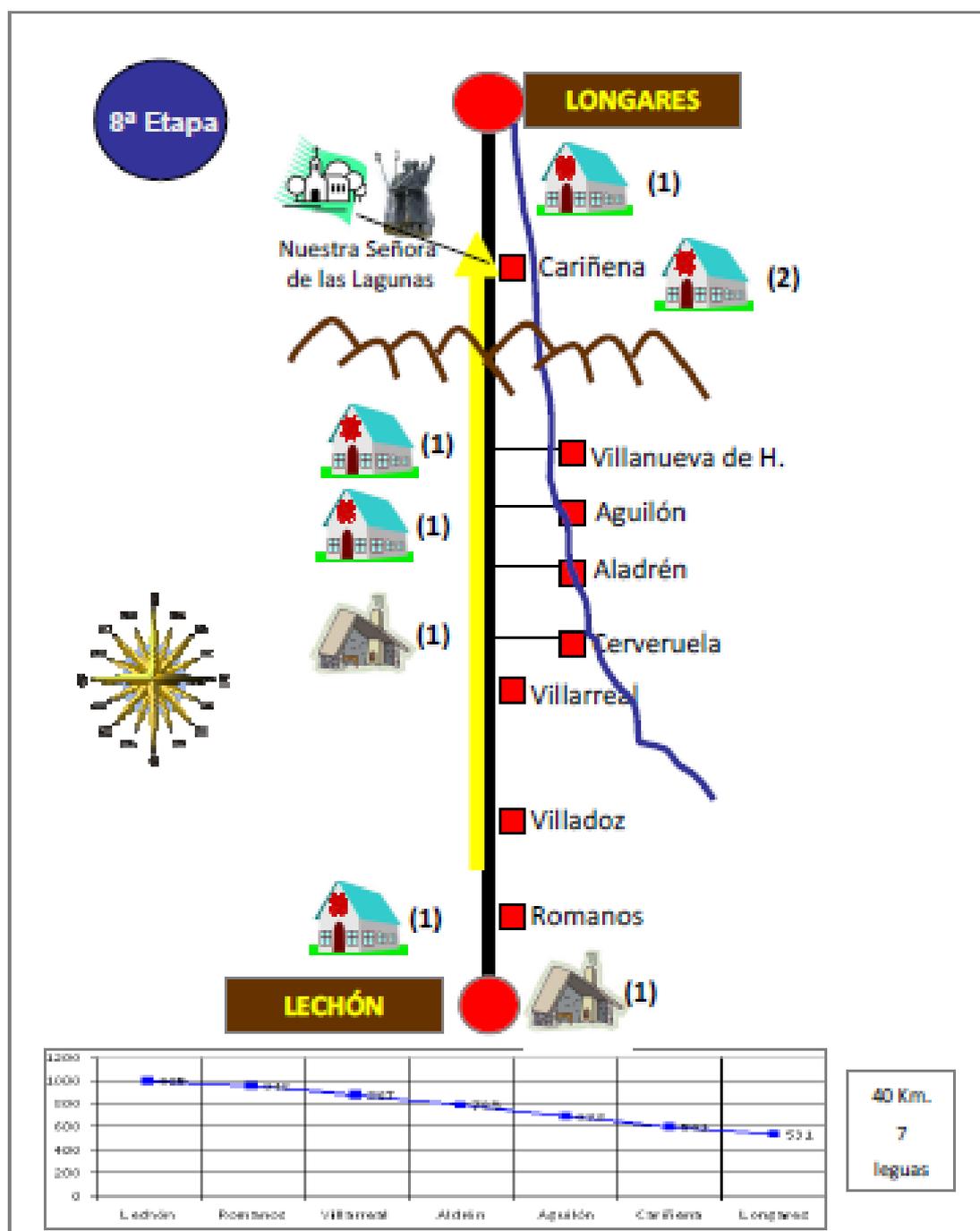
Hasta aquí las particularidades de esta séptima etapa alternativa al camino recorrido por Lalaing en 1502, utilizando el *Repertorio* de Villuga de 1546. Consideramos esta variante atractiva para quienes la peregrinación era el objeto de su viaje entre las posibles motivaciones podemos considerar, la visita al Hospital de San Valentín al paso por la población de Báguena, y cruzar la puerta Santa del Hospital de San Marcos en Daroca, así como honrar los Sagrados Corporales, también en Daroca. Una ruta en la que el considerable número de hospitales y lugares de peregrinación documentados, nos proporciona elementos de argumentación interesantes en los que basar la defensa de los objetivos de nuestro estudio que pasan por la idea de que este Camino Real constituyó un itinerario de peregrinación durante el período bajomedieval.

Una vez concluida su visita a la ciudad de Daroca los viajeros y/o peregrinos disponían de dos alternativas, una; dirigirse a Zaragoza por Cariñena y la segunda continuar su viaje hacia Soria por Torrelapaja, pasando por Calatayud. Sin embargo por esta época, la ruta entre Daroca y Cariñena debía atravesar además de las estribaciones de los altos de Paniza y de Retascón, una zona despoblada con dura climatología invernal. No obstante, para este camino hemos encontrado referencias acerca del paso de peregrinos y la existencia de lugares de atención y acogida, que nos parece interesante reseñar y que formarían parte de ese entramado de comunicaciones que como argumenta Rodrigo Estevan (1993: 105), sería muy difícil de reconstruir y de los que las fuentes sólo aportan datos dispersos e incompletos.

Creemos necesario recalcar que este itinerario alternativo no fue utilizado por la comitiva de Lalaing, que eligió el tramo desde Calamocha por Campo

Romanos, aun a pesar de la existencia de atractivos marcados por el número de hospitales, lugares de peregrinación, beneficio de indulgencias y una ruta que debió ser muy utilizada por las diferentes actividades que en estas poblaciones se celebraban de forma tradicional.

Una ruta en la que el considerable número de hospitales y lugares de peregrinación documentados, existente en la época, nos proporciona elementos de argumentación interesantes en los que basar la defensa de los objetivos de nuestro estudio que pasan por la idea de que este Camino Real constituyó un itinerario de peregrinación durante el período bajo medieval.



-  **ROMANOS:** Hospital de Romanos. **AGUILÓN:** Hospital para peregrinos.
-  **VILLANUEVA DE HUERVA:** Hospital de la población. **CARIÑENA:** Hospicio del convento de Santa Catalina, Hospital de Santiago. **LONGARES:** Hospital de santa María.
-  **LECHÓN:** Casa o refugio. **ALADRÉN:** Casa o refugio
-  **LUGAR DE PÈGRINACIÓN:** Cariñena. Ermita de Nuestra Señora de Las Lagunas.
-  Cuenca del río Huerva
-  Paso montañoso puertos de Retascón y Paniza

6.11 Octava etapa. Lechón a Longares

Cuenta Lalaing que este tramo lo realizó el lunes 17 de octubre de 1502. De nuevo el recorrido recupera la longitud mantenida en las etapas anteriores de aproximadamente siete leguas, de ellas, cinco lo serán hasta Cariñena donde descansaran y dos leguas más adelante finalizar la etapa en la población de Longares donde pernoctarán. Geográficamente este tramo es de suave descenso hasta Cariñena y llano hasta Longares. Según el itinerario de Villuga (1546) los viajeros pasarían por las poblaciones de Romanos, Villarreal de Huerva, Cariñena y finalmente Longares.

6.11.1. Romanos

La población de Romanos, constituyó un punto de paso en este itinerario en la que a pesar de sus pequeñas dimensiones encontramos un hospital. La evolución de la población se cifró en 75 maravedís de impuesto sobre los habitantes para el censo de 1414; 52 los fuegos contados en 1488; 38 fuegos para 1495; 35 fuegos 1510; 35 fuegos en 1543; 38 fuegos en 1609; 55 fuegos en 1646; 35 vecinos sustituyen al concepto de fuegos en 1713; 16 vecinos para 1717; el mismo censo en 1722; y 52 vecinos en 1797; 40 casas, equivalente a 32 vecinos y 149 almas según el censo de Madoz (1850); observando la misma tendencia de las anteriores poblaciones citadas de la que hemos denominado la alternativa de Calamocha a Cariñena. Conserva los peirones de la Virgen del Pilar, uno de ellos ubicado en lo que fue una antigua venta en la bifurcación del camino que conduce a Daroca; otro que indicaba el camino hacía Villarroya del Campo; también cuenta con el peirón de san Martín, marcando el camino hacía Badules y el que se dirige a la ermita de la Virgen de los Remedios; otro peirón en el cruce de Villarroya del Campo y que parece ser se dirigía a los campos de cultivo.

(1) Hospital de Romanos

Según relación aportada por Esparza (2002: 35) en relación a las visitas pastorales practicadas en el siglo XVI, esta población figura entre las que ofrecían hospital o casa para la acogida de pobres y enfermos.

6.11.2 Villarreal de Huerva .

Ubieto (1984) aporta datos referentes de población de Villarreal de Huerva. Señalando que fue aldea, hasta 1711, perteneciente a la comunidad de Daroca y al Obispado de Zaragoza. La evolución de la población, fue similar a la de otros núcleos urbanos de la zona. En 1414 la recaudación de impuestos señaló 54 maravedís; la unidad de fuegos señaló 33 para el año 1488, con 37 fuegos en 1510, los mismos en 1543; 38 fuegos en 1609; 36 fuegos en 1646; el módulo de 28 vecinos a partir del censo de 1713, de 16 vecinos en 1717 y 1722 y 1787, 52 vecinos en 1797. Según Madoz 70 casas, 44 vecinos y 210 almas para 1850. Por lo que no podemos argumentar una dinámica positiva de los censos para esta población. Conserva un peirón que se encuentra a la salida del pueblo, una vez pasado el río Huerva, en el camino hacía Badules y donde se inicia el que sube a la ermita de la Virgen del Rosario. A partir de esta población se inicia un descenso hasta el siguiente núcleo de población citado en el itinerario de Villuga (1546).

6.11.3 Cariñena

Antiguo castro romano, incorporado al distrito judicial o Convento Jurídico Cesaraugustano. Plinio la llamó “Carac” y así aparece en el itinerario de Antonino en la vía romana que va de Caesaraugusta (Zaragoza) a Laminium (Córdoba) y, de paso en el camino secundario que comunicaba con el Mediterráneo a través Saguntum (Sagunto). Tiene iglesia dedicada al Apóstol Santiago, a este respecto, según nos cuenta Moliner (1980: 25) el apóstol estuvo predicando en Cariñena, tal y como consta este hecho en los registros recopilados en el libro de la Hermandad del Santo Cristo de Santiago. Como recuerdo perenne de la estancia del Apóstol en Cariñena se dio el nombre de Iglesia de Santiago a la entonces sinagoga que

disponía la población judía para su culto. A partir de estos acontecimientos se formó la primera comunidad de creyentes que edificaron un templo dedicado a santa María. La antigüedad de este templo, viene avalada por la insignia del Emperador Constantino labrada en la piedra de la fachada.

En la conquista de Valencia en el año 1238 por el rey Jaime I, destacó la ayuda prestada por las tropas de Cariñena y, en premio a su heroísmo, el rey regaló a la ciudad la imagen del Cristo de Santiago al que hicieron patrón de Cariñena, al tiempo que elevaba a la categoría de colegiata a la Iglesia de Santa María. Por esta vía romana pasó el Obispo Valero con su diácono Vicente hacía el año 304, procedentes de Cesaraugusta (Zaragoza) en la primera jornada de su viaje martirial cuando eran conducidos a Valencia. En 1277 el prior de la Seo de Zaragoza donó el brazo relicario de San Valero a la parroquia de Cariñena donde hoy aún se venera.

Desde la antigüedad, ante las adversidades en Cariñena, se llevaba a cabo diferentes actos religiosos como lo eran, las procesiones al Santuario de Nuestra Señora de las Lagunas, lugar de gran devoción. Actos religiosos entre los que tal y como nos cita Moliner (1980: 181) se podrían destacar la conmemoración de la gran pestilencia declarada el 15 de Agosto de 1509, en que se organizó una solemne procesión a este santuario, tal y como se había venido haciendo desde siempre. Ocasionalmente el rey Felipe II, en 1585, participó en esta peregrinación añadiendo un valor especial a este lugar de peregrinación.

(1) Hospicio del Convento de Santa Catalina.

En cuanto a los centros de acogida a enfermos, pobres y peregrinos, destacamos el Hospicio del Convento de Santa Catalina de la Orden de San Francisco, citado por Moliner Espada (1980: 163). A partir de su información, rescatamos datos que consideramos de interés relativos a la visita que San Bernardino hizo a España con motivo de venerar la reliquia de Santiago. Durante

su estancia en el Reino de Aragón, predicó en el convento de Daroca y más tarde se trasladó y fundó en Cariñena el Convento de Santa Catalina de la Orden de San Francisco. El historiador Diego de Espés (1533-1602) afirma que en 1425 ya estaba edificado este convento; disponía de un Hospicio datado en 1474 para atender las visitas de los religiosos y enfermos. Continúa el historiador citando las ocho camas y ocho sillas de que disponía, añadiendo que en la enfermería del convento habían otras seis camas y estaba dotada del instrumental que se empleaba en aquel tiempo: “sudarios, cuchara de plata, jeringa con boquilla de plata, navaja de cirujano, una cigüeña para las muelas, linterna para el enfermero y una calesilla para bajar a los religiosos enfermos al hospital de Cariñena”. (Moliner Espada, 1980: 166)

(2) El Hospital de Santiago

Construido en el siglo XIII el Hospital de Santiago estaba ubicado en una calle denominada entonces del Hospital. Se trata de un edificio gótico, identificado con la antigua sinagoga judía. Destaca su carácter subterráneo, pues se trataba de un templo oratorio. Respecto a documentos relativos a la existencia de este hospital Moliner (1980: 122-123) lo identifica a partir de la visita pastoral realizada el 24 de Junio de 1581 por el entonces arzobispo don Andrés Sanctos que dice:

“ Ettem mandamos que en dicha Iglesia (de Cariñena) haya un libro cabreo de todos los beneficios, capellanias, celebraciones, limosnas y legados píos de cualquier manera que sean... y lo mismo se haga en la renta y derechos de las Cofradías, hermitas, hospitales y otros lugares píos”.

Continúa Moliner, exponiendo una cita que nos parece curiosa, data de 1565 y está atribuida a D. Antonio García, Vicario General del Arzobispado, el cual por su cargo, manda: “Que el vicario (párroco) y jurados, tengan particular cuidados de visitar el hospital cada noche...” de alguna manera desvela el interés de la ciudad por el control y seguridad de los allí acogidos.

La ciudad de Cariñena es un punto emblemático en los caminos, pues se encuentra en el punto que confluyen los itinerarios que se dirigen a Madrid, a Zaragoza y/o Valencia, Moliner (1980: 35) confirma este punto y además asegura que todos los reyes de Aragón desde la unión de este reino con Castilla hasta el siglo XIX, visitaron la villa, por ser lugar de etapa a través de caminos reales muy transitados en la Edad Media.

6.11.4 Longares

La siguiente población tras salir de Cariñena es Longares. Los residentes en esta población concertaron un acuerdo con la ciudad de Zaragoza, propietaria del Puente Mayor sobre el río Ebro acerca de la explotación de los derechos de pontazgo. El 1 de noviembre de 1305, el rey Jaime II otorgó carta de poblamiento a Longares como aldea de la capital del Reino de Aragón, a favor de los que venían ocupando su demarcación. Existe una Iglesia dedicada a Santa María con altares dedicados al Apóstol Santiago en figura de peregrino, a los santos Juan Bautista, Bartolomé, Juan, Antón, Sebastián, Lorenzo, santa Ana, Virgen del Rosario y otro bajo la advocación del Santísimo Nombre de Jesús, (Cabello, 2007).

(1) El Hospital de Santa María.

Esparza (2002: 124) señala la existencia de un hospital en esta población de Longares y posiblemente existiera además una cofradía, ya que el concejo se reunía “a son de campana” o en la casa de la Cofradía o en el Hospital de Santa María, así nos lo presupone. A este hospital solían legarse en los testamentos ropas y enseres. Hay además, entre el concejo y para el cumplimiento de las órdenes municipales el cargo de corredor público, que compagina también el oficio de hospitalero.

6.11.5. Poblaciones próximas al itinerario de la etapa 8ª y que disponen de lugares para la acogida y cuidado de peregrinos.

Consideramos adecuado utilizar la información proporcionada por Esparza (2002) acerca de la existencia de hospitales y lugares que acogían a peregrinos, transeúntes y enfermos, que se encuentran situados en las proximidades del Camino Real, y que de alguna manera pudieron configurar un entramado de poblaciones comunicadas entre ellas y dotadas de estos servicios, que fueron probablemente utilizadas para atender las necesidades de los caminantes.

(a) *Villadoz* es una población que hemos incluido debido a que la catalogamos como “población próxima al itinerario”, principal y especialmente, por disponer de lugares de acogida y porque creemos pudieron ser utilizadas de forma alternativa en épocas del año con climatología adversa. Esta población disponía y dispone de parroquia dedicada a Santiago así como hospital o casa donde acogían a pobres y enfermos.

(b) *Cerveruela*, es una población que tiene una iglesia parroquial dedicada al Apóstol Santiago simbólicamente relacionada con la tradición jacobea, pero no disponemos de información relacionada con la ubicación de lugares de acogida y cuidado. Tampoco hemos encontrado referencias en los informes de las visitas pastorales de Esparza (2002), ya que no figura esta población en el listado de visitas. Pensamos que esta parroquia podría depender de distinta jurisdicción y estar así los actos de la visita insertada en otra. Cabe destacar la todavía existencia del peirón erigido en honor de la Virgen del Pilar, que se yergue en la encrucijada que conduce, por un lado, a Paniza y por el otro a Villarreal de Huerva. En sus cuatro hornacinas presenta las imágenes de los santos Antón, Ignacio, Miguel Arcángel y, por supuesto, la Virgen del Pilar.

(c) *Aladrén*. Próxima a la población de Paniza, situada en el itinerario que Villuga (1546) cita entre la ciudad de Zaragoza y la de Daaroca, se halla la población de Aladrén que no debió disponer de un Hospital. Quizás sus posibilidades no lo permitieran, aunque ante casos de necesidad recurrían a la población de Paniza para la atención de enfermos. No obstante, a los peregrinos de paso reconocidos y no enfermos se les acogía en las casas de algunos vecinos piadosos, como así lo cita Esparza (2002: 102).

“No hai Hospital y quando ocurre algun enfermo se conduxo a Paniza como lugar mas inmediato. Y a los Peregrinos los ospedan algunos piadosos” (ADZ. Visitas Pastorales. Caja 220. Fol. 568 r).

En esta población de Aladrén existe iglesia dedicada al Santiago Apóstol.

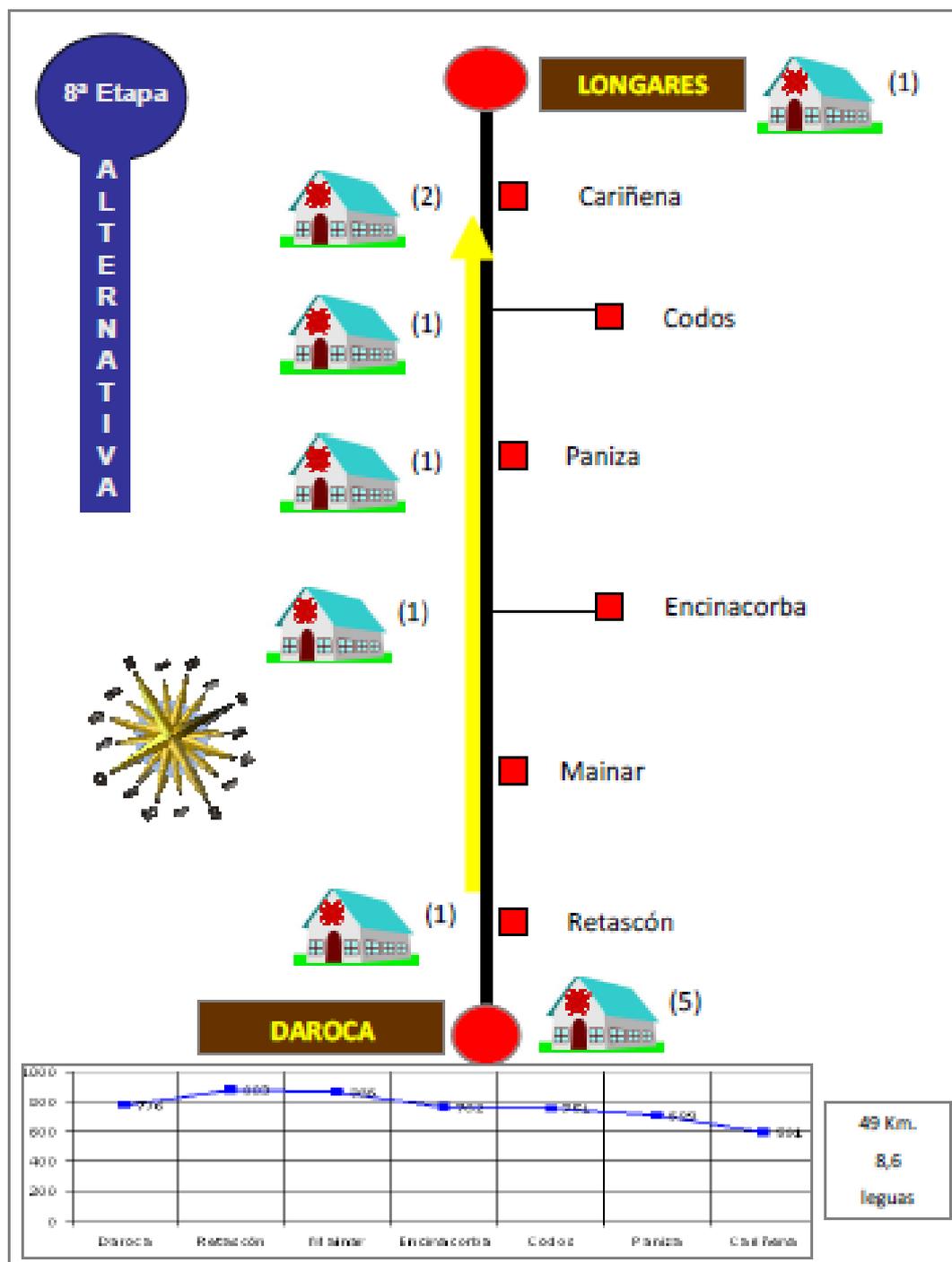
(d) *Aguillón*. (Aguilón) En la población de Aguillón encontramos de nuevo una referencia a la utilización de pasaportes o salvoconductos, documentos que se expedirían para obtener el beneficio de la acogida, y también se nombran los “*Pasaportes verdaderos*” para las poblaciones de Codos y Aguarón. Esta referencia nos hace pensar en la existencia de falsos salvoconductos. Esparza (2002: 101) transcribe una referencia al respecto a partir de los registros de las Visitas Pastorales.

“Hay un Hospital que sirve para los enfermos y Peregrinos. Es Patrono el pueblo... para los Peregrinos tampoco hay renta alguna y solo se les da el simple cubierto. Se reciben con caridad los que llegan con verdaderos pasaportes, de lo que cuidan los Regidores y Alcaldes”. (ADZ: Visitas Pastorales. Caja 221. Fol. 487r.)

(e) *Villanueva de Huerva*. Este pueblo pertenecía a la Orden de Santiago desde 1240. En el estudio de Esparza (2002: 122) se recoge de la siguiente referencia:

“Hai un Hospital en que vive el Nuncio o Corredor de a villa y en el se hospedan y recogen los Preregrinos y probes que passa, contribuyéndoles d(ic)ho Hospital con solo el cimple cubierto...no se sabe con certidumbre que sea su Patron aunq(ue) se cree que lo es la villa” (ADZ: Visitas Pastorales Caja 220. Fol. 578v)

Estas últimas referencias acerca de la existencia de lugares de acogida y atención a necesitados, ubicadas cercanas a los caminos principales, nos aproximan a la idea general de la existencia de estas instituciones en la mayoría de las poblaciones situadas al borde de un camino principal, influencia extendida a las poblaciones vecinas.



DAROCA: San Marcos, Santiago, Santa María de la Merced, de la Pasión, Santo Domingo. **ENCINACORBA:** Hospital para peregrinos. **CODOS:** Hospital para peregrinos. **AGUARÓN:** Hospital para peregrinos. **PANIZA:** Hospital de Paniza. **CARIÑENA:** santa Catalina, Santiago. **LONGARES:** Santa María.

6.12 Alternativa a la Octava etapa: Daroca a Longares.

Esta etapa, que denominamos como alternativa a la descrita por Villuga (1546) y utilizada por la comitiva de Lalaing, es una legua más larga que las anteriores y discurre por tierras altas, con pocas poblaciones de paso y con dificultades para los caminantes especialmente por el rigor del invierno. Estas características pudieron constituir entre otros, los motivos para la utilización del itinerario a través de Lechago y paso por la población de Romanos antes citada. No obstante este tramo entre Daroca y Longares está reflejado en los *Repertorios de Villuga* de 1546, al describir el itinerario que debe recorrer el viajero cuando se dirige desde la ciudad de Zaragoza a la de Daroca, coincidiendo las leguas finales con la población de Cariñena, población situada en los recorridos de la octava etapa y esta alternativa que describimos.

6.12.1 Retascón

Se inicia la etapa desde Daroca y tras la subida al puerto montañoso de Retascón, nos encontramos con la población de su mismo nombre, aldea de paso en el Camino Real. En esta aldea encontramos los restos de un castillo del siglo XIII y una iglesia erigida en honor de Nuestra Señora de la Asunción. En la actualidad, conserva vestigios del castillo, pero muy modificados debido a unas obras realizadas en el siglo XVIII. También tiene como ya hemos visto en otras poblaciones, una ermita dedicada a san Cristóbal, patrón de los viajeros.

Los censos del monedaje de 1373 y el fogaje de 1495, arrojan un total de 58 y 20 fuegos respectivamente. Afirma Esparza (2002: 125), que parece ser que esta población disponía de algún lugar donde se acogía tanto a enfermos como a peregrinos y, dadas las características de esta aldea, debió ser algún vecino encargado de estas acciones caritativas para con los necesitados cuando así se presentara la ocasión.

6.12.2. Mainar

Continuando por el Camino Real, se encuentra la población de Mainar. Hay una Iglesia Parroquial dedicada a Santa Ana, (construida en estilo mudéjar, del siglo XVI), existe una Ermita en honor de San Andrés. Esparza (2002: 125) indica la existencia de un hospital o casa de acogida para pobres y enfermos.

La población de Mainar, presenta el siguiente censo: 72 maravedís de impuesto para 1414, 33 fuegos en 1488, 39 fuegos en 1495, 34 fuegos en 1510 y en 1543, 39 fuegos en 1609, Madoz recogió, en 1850, registros correspondientes a 70 casas, 47 vecinos y 225 almas.

6.12.3. Poblaciones próximas al itinerario alternativo de la etapa 8ª y que disponen de lugares para la acogida y cuidado de peregrinos

(a) *Encinacorba* es una población que no figura en el itinerario de Villuga y que junto con Codos y Aguarón, antes citadas, configuran una variante de comunicación entre Daroca y Cariñena, pudiendo esquivar de esta manera parte del desnivel del puerto de Paniza. A partir de los escritos de Esparza (2002: 109) incluimos la referencia al hospital para pobres, enfermos y peregrinos.

“Hai un Hospital del q(ue) son Patrones los Regidores y el Cura...este mismo Hospital sirve a los Pelegrinos” (*ADZ. Visitas Pastorales. Caja 219. Fol. 829v.*)

(b) *Codos*, es un núcleo poblacional que data de muy antiguo; conserva un edificio probablemente construido en el siglo XII. La Iglesia parroquial terminó de construirse en el siglo XVI y está dedicada a María Magdalena. Es de estilo gótico renacentista y cuenta con una capilla dedicada a la Virgen del Mar, que ostenta el patronazgo de la población. Hay unos restos de sus antiguas ermitas, la de san Roque, santa Quiteria y la de san Gil. De todos los peirones que había podemos decir que hoy en día quedan en pie tres, posiblemente del siglo XIV. En

cuanto a la existencia de instituciones de asistencia a pobres, enfermos y peregrinos, la siguiente referencia creemos lo muestra suficientemente:

“Hai un Hospital de que es Patrono el pueblo...hai cuidado en recibir con caridad a los Peregrinos y a todos lo que llegan con verdaderos Pasaportes. Si esta enfermo el q(ue) llega, se le asiste hasta conducirlo al pueblo inmediato, camino del Hospital General de Zaragoza si esta en disposicion de ello y si no hasta q(ue) lo este o el fin de su muerte” (ADZ. Visitas Pastorales Caja 220. Fol. 26r).

Se tenía conciencia de que la gravedad de un enfermo debería ser atendida convenientemente.

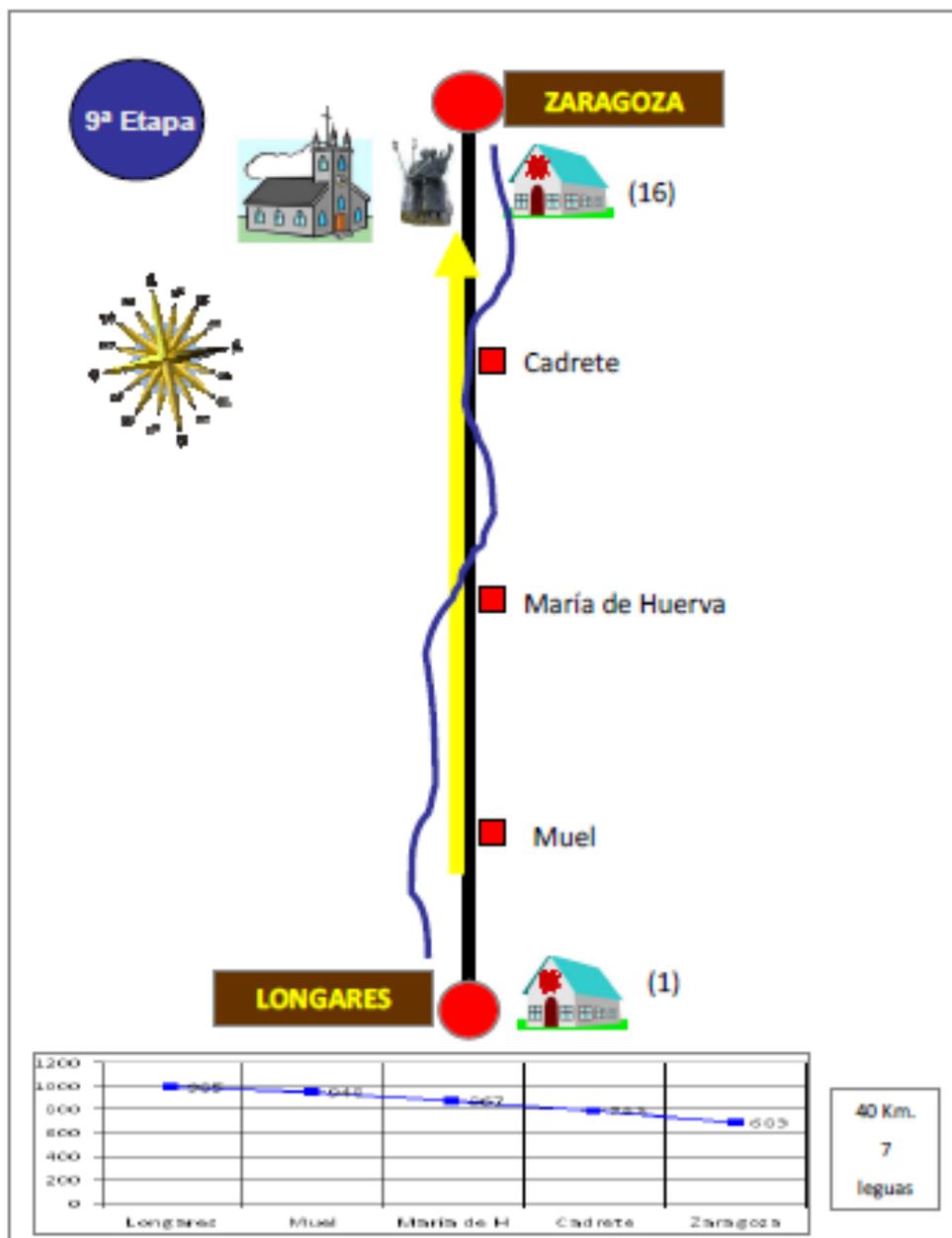
(c) *Aguarón* es una población próxima al itinerario, perteneció al monasterio femenino de Trasobares de la Orden del Cister. En ella, se encuentra la Ermita de San Cristóbal, datada del siglo XIII. Sus fiestas en honor de la Asunción de la Virgen y san Roque, arrastran orígenes y tradición muy antigua. Esta población pasó a manos cristianas a raíz de la conquista de Zaragoza, siendo posteriormente el centro de un señorío eclesiástico cuya jurisdicción se extendía también a la población de Tabuena. En cuanto a la presencia de hospitales, encontramos dos referencias a partir de los informes de las visitas pastorales, en cuanto a la primera, dice así: “Otra casa hai que se dize de los Peregrinos, que solo sirve para recojerlos pero tambien sin renta y solo se les da el simple cubierto” (ADZ. *Visitas Pastorales. Caja 219. Fol. 822v*). En nueva visita pastoral, se continúa mencionando el uso y el cambio de denominación de casa a Hospital:

“Hay tambien Hospital de Peregrinos pero sin rentas y hacientas y con sola la obligación del simple cubierto y sera con caridad de todos los q(ue) se presentas con verdaderos Pasaporte” (ADZ. *Visitas Pastorales. Caja 223. Fol. 16v*).

(d) *Paniza* es una población ubicada sobre un cerro que servía de vigilancia y control del Camino Real; sus casas rodean la Iglesia de Nuestra Señora de los Ángeles, de clásico estilo mudéjar. De esta población situada en la ruta y mencionada por Villuga, encontramos en el análisis de las visitas pastorales llevado a cabo por Esparza (2002) esta referencia: “Hai un Hospital del q(ue) es Patron el Cura i Alcalde primero...no hai Hospital de Peregrinos pero se recibe en

el referido a todos con caridad” (ADZ: Visitas Pastorales. Caja 223. Fol. 596r). En un registro posterior como consecuencia de una nueva visita: “Hai un Hospital del q(ue) es Patron el Cura i Alcalde primero...en el mismo se hospedan los Peregrinos i estudiantes separada(mente)” (ADZ: Visitas Pastorales. Caja 219. Fol. 332 r).

Creemos que las aportaciones acerca de estas poblaciones apoyan nuestro trabajo, en el que Cariñena y Longares son lugares comunes en la correspondiente octava etapa realizada por Lalaing en 1502. Queda reflejado por tanto el uso, continuidad y afirmación del paso de peregrinos, como consecuencia de la tradición y actitud cristiana, sedimentada a lo largo de los años.



-  **LONGARES:** Hospital de santa María. **ZARAGOZA:** San Bartolomé, Santa Marta, San Lázaro, Magdalena, Santa María la Mayor, San salvador, San Gil, San Felipe, Santa Engracia, San Pablo, Virgen del Carmen, san Julián, san Antón, Ntra. Sra. del Portillo, Monserrate, Ntra. Sra. de Gracia.
-  **LUGAR DE PEREGRINACIÓN:** Zaragoza, Basilica de Nuestra Señora del Pilar.
-  Cuenca del río Huerva

6.13. Novena etapa. Longares a Zaragoza

Esta última etapa hasta Zaragoza es de tan sólo 39,8 Km., que equivale a las siete leguas aproximadamente que han sido las distancias de casi todas las etapas. El camino recorrido debió corresponder con el de Villuga de 1546 pasando por las poblaciones de Muel, María de Huerva, Venta de Santa Fe y Zaragoza.

6.13.1 Muel.

La primera población por la que se atraviesa en esta etapa es Muel. Está ubicada en el Camino Real, citada en el *Repertorio* de caminos de Villuga (1546). Esta población que conserva restos de construcciones de la época de los romanos, concretamente un dique-presa posiblemente del siglo I, que presumiblemente tenía la finalidad del abastecimiento de agua a Zaragoza. Fue una de las cinco grandes presas que los romanos construyeron en Hispania (Almonacid, Muel, Cornalvo, Alcantarilla y Proserpina). En esta parte de la provincia actual de Zaragoza debió tener clara influencia la estancia del Apóstol Santiago en su predicación, ya que tiene una parroquia dedicada. Esparza (2002: 125) menciona la existencia de un hospital o casa donde se acoge a pobres y enfermos. Aún a pesar de su proximidad con Zaragoza y figurando como punto intermedio en la etapa, se presume que acogía a necesitados.

6.13.2. María de Huerva.

La siguiente población ubicada en el camino es María de Huerva. Su primitivo nombre fue Al-Marya (Almería), que en castellano significa "la atalaya", debido a su castillo que controlaba el valle del río Huerva. En la actualidad pueden apreciarse los restos de dicha fortaleza musulmana enroscada sobre un acantilado en la margen derecha. En dicha fortaleza Abderramán III dejó sus tropas llevando a cabo una fuerte resistencia contra las de Alfonso I el Batallador durante el asedio a Zaragoza en 1118.

6.13.3. Cadrete

Fue fundada por los árabes en el siglo X, y como muestra de ello, se conservan los restos de un castillo defensivo que domina la localidad y que con el nombre de Qadrit fue erigido para vigilar el valle del río Huerva. Conquistado por Alfonso I en 1119. Alfonso III la traspasó en 1289 a la familia Zapata, que en 1358 donó la villa y la fortaleza al monasterio cisterciense de Santa Fe (desocupado desde la desamortización de Mendizábal). Los árabes habitaron la localidad hasta 1610, fecha de la expulsión de los moriscos, siendo entonces repoblada.

Entre las poblaciones que figuran en el mapa de la etapa que no están referidas en el itinerario de Villuga (1546), aunque muy probablemente el camino atravesara al menos sus restos es la antigua Contrebia Belaisca hoy Botorrita, población de la que se conservan importantes restos arqueológicos “Bronce de Botorrita” de época romana.

6.13.3. Zaragoza

La ciudad de Zaragoza durante la época de nuestro estudio, vivió un crecimiento y desarrollo que se manifestó especialmente a lo largo del siglo XIV. Entre las causas, cabe citar la ampliación del espacio de la ciudad con la construcción de la segunda muralla, no sólo con intención protectora, sino la necesaria limitación de la dimensión urbana distribuida entre quince parroquias, las aljamas y amplios espacios de huertas y corrales. Este nuevo espacio amurallado se planea conformado por las puertas de Valencia, Cinegia, Toledo y Alcántara.

Durante este período de expansión, la presencia y establecimiento de órdenes religiosas promueve la construcción de monasterios situados intramuros, tales como el de santo Domingo, san Francisco, del Carmen, san Agustín, santa

Engracia y san Lorenzo y los monasterios femeninos de las predicadoras de santa Inés y las Clarisas de santa Catalina.

Estos edificios religiosos configuraban y eran al mismo tiempo centros administrativos; las iglesias estaban dedicadas y daban nombre a la unidad de población, las parroquias. Como afirma Lozano (2006: 139) la ciudad de Zaragoza en las primeras décadas del siglo XIV, estaba distribuida territorialmente en nueve Parroquias mayores: santa María la Mayor o del Pilar, san Pablo, san Felipe, san Gil, santa Cruz, san Jaime, san Juan del Puente, san Salvador o La Seo, santa María Magdalena y seis Parroquias menores: san Lorenzo, san Nicolás, san Miguel de los Navarros, san Pedro, san Juan el Viejo y san Andrés

La población de Zaragoza en 1362-63 se conoce fiscalmente en base a criterios por la asignación de sueldo a la población. Lozano (2004) afirma que en el año 1367 se produjo el ordenamiento y la confección de un fogaje que incluía aldeas y aljamas y en el que se obtuvo un resultado aproximado en 2800 casas, un par de años más tarde el fogaje de 1369 fue de 3.431. Las ordenaciones de las Cortes de Maella de 1404, censaron una población de 3.978 fuegos y el correspondiente a las Cortes de Valderrobres en 1429 fue de 3.228 fuegos. Es el fogaje de 1495, el considerado por excelencia representativo de la época medieval y presenta un censo de 3.969 fuegos.

En los siglos medievales la ciudad de Zaragoza distaba de ser un modelo de urbanismo e higiene pública. Este hecho no difería del que ofrecían la mayor parte de los más importantes núcleos urbanos medievales, flanqueados por soberbias puertas, guarnecidos de sólidas murallas, alternando en su recinto los corrales y las modestas casas vecinales y la magnificencia de sus iglesias, pero carente muchas veces de los mínimos servicios públicos que requiere la salud pública en un conglomerado urbano. En estas condiciones antihigiénicas podemos

imaginar la frecuencia de enfermedades y epidemias, azote de las ciudades a lo largo de los siglos XIV y XV.

Según refieren cronológicamente Ledesma y Falcón (1977), los brotes de peste en la ciudad de Zaragoza fueron sucediéndose y extendiéndose de forma y frecuencia similar a la del Reino de Valencia. La Peste surge en 1348, y supuso para Zaragoza una paralización en su desarrollo económico. Con brusco descenso demográfico, más significativo en la parroquia de santa María la Mayor, donde la concentración de población y la insalubridad del ambiente intensificaron el contagio. A este brote inicial le sucedió una segunda mortandad en 1362. A mediados del siglo XV, nuevas epidemias se cebaron sobre la ciudad, registrándose nuevos brotes en 1430, 1431, 1455 y 1468. La frecuencia de las epidemias movió a las autoridades municipales a planificar un necesario saneamiento de los lugares y calles públicos. En las ordenanzas de Fernando I, en 1414, se dictamina la importancia que para la salud tenía la vigilancia y limpieza de las calles, aplicando sanciones a quienes incumplieran las ordenanzas.

El sistema sanitario de Zaragoza no estaba en consonancia con el número de habitantes. No podían prestarse los mínimos servicios y mucho menos hacer frente a una situación coyuntural como en el caso de los brotes de peste. Para hacer frente a estas necesidades en los momentos álgidos de las epidemias, las distintas parroquias zaragozanas disponían de sus propios hospitales, pero no albergaban más que a una clientela restringida.

Boloqui (2004) apoyada por diversos estudios acerca de los hospitales y albergues de la ciudad de Zaragoza en la Baja Edad Media, señala, que hacia el año 1200 hay documentados en la ciudad, al menos diez hospitales, un hospicio y una alberguería. A finales del siglo XIV, Blasco (1996) afirma que había unos 20 hospitales para atender a los enfermos. Sin embargo, en todos ellos resaltaba su pobreza, su mala administración y deficiente atención, además de su espacio

reducido. Generalmente eran de fundación particular siendo obligatorio que los enfermos reunieran ciertas condiciones si querían ingresar en los mismos.

A lo largo de la historia, por su situación geográfica, la ciudad de Zaragoza ha sido siempre un lugar de paso entre las diferentes provincias e incluso entre España y Francia, motivo por el cual, la existencias de recintos hospitalarios era importante para ella. Fue un lugar relevante en el Camino Aragonés de Santiago ya que era escala a la ida o al regreso de los peregrinos que visitaban El Pilar por su relación con Santiago. Los peregrinos de paso por Zaragoza hacia Santiago de Compostela, configuraron un movimiento devocional, observado a partir de la reconquista y consolidación cristiana de los territorios del bajo Aragón. Ubieta (1993: 206) argumenta la presencia de peregrinos por medio de los registros del limosnero de Pedro IV de Aragón, procedentes de Italia y de otros países, solicitantes de limosna. Los peregrinos no siempre siguieron el camino más corto hacía Santiago, sino que se vieron obligados a efectuar itinerarios tan variados como variados eran sus propios intereses, su origen, condición social y los motivos y circunstancias que les acompañaban en su peregrinación.

Entre los siglos XIII y XV aparentemente cada parroquia disponía de un lugar de acogida denominado hospital y algunas cofradías tenían el suyo propio para cumplimiento de sus ordenaciones. La tercera parte aproximadamente de los hospitales de la ciudad de Zaragoza, como concluye Cia (2001), tenían como función la acogida a peregrinos del Camino de Santiago y la asistencia a los necesitados y enfermos de la ciudad. El hospital tiene en cuenta la atención integral procurando tanto la provisión de personal sanitario como los medios materiales y la atención espiritual.

Se plantea por ello la hipótesis de que en esta época de expansión del Camino de Santiago se consideró prioritario el desarrollo de hospitales para peregrinos en la ciudad de Zaragoza. Para Cía y otros (1999) son diecisiete los

hospitales localizados en la ciudad durante los siglos XIII al XV dedicados al cuidado de peregrinos, enfermos y pobres. En opinión de Leistikow (1967), a la lista de estos centros sanitarios, hay que añadir los que tenían los centros conventuales para atender a los miembros de su comunidad, como el de la Orden de San Juan de Jerusalén.

Ledesma y Falcón (1977) conocedoras de las peculiaridades sociales, económicas y sanitarias de la ciudad de Zaragoza durante estos siglos bajomedievales, destacan la presencia de estas instituciones dedicadas a la acogida de pobres, enfermos y peregrinos. Sin embargo, las distintas parroquias zaragozanas tenían sus propios hospitales, pero no albergaban más que a una clientela restringida. Algunos de estos hospitales tuvieron origen en fundaciones piadosas muy antiguas de fines del siglo XII.

Baquero (1952: 11) en referencia los años finales del siglo XIV, hace una aproximación a la situación sanitaria de la ciudad, manifestada por la situación de pobreza y carestías que sufre la población rural y que motiva la presencia de muchos necesitados en la capital de Aragón, la que denomina “Zaragoza la rica”. También y debido a esta situación prolongada, desde años atrás, para intentar recoger y atender a tantos indigentes y necesitados, la ciudad a finales del siglo XIV disponía de unos veinte hospitales, número más que suficiente, de no haber sido patente la precariedad de las instalaciones. La fundación de estos hospitales se hacía sin sujeción a normas, pues tanto el Estado como las Corporaciones oficiales se limitaban en algunos casos a subvencionar a parte de estas instituciones hospitalarias. Muchas de ellas resultaban deficientes llegando a ser inservibles por no estar controladas ni funcional ni administrativamente, malográndose así, en perjuicio de los mismos enfermos, gran parte de los sacrificios que por atenderlos, se imponía la sociedad zaragozana claramente cristiana. De ahí que Baquero (1952: 11) concluya afirmando que “eran hospitales por lo general, pobres, mal administrados y peor servidos”.

La opinión pública a comienzos del siglo XV reclamaba la fundación de Hospitales Generales con la fusión, si fuera preciso de los particulares existentes en una misma localidad. Así lo pidieron, repetidas veces, las Cortes de aquella época interpretando fielmente el sentir unánime de los pueblos que representaban. La cantidad pero no la calidad ni el suficiente número de camas y otros servicios y medios materiales para mantenerlos era la nota destacada de los establecimientos sanitarios de la ciudad de Zaragoza. Quizá por ser esta población la más necesitada de esta reforma fue de las primeras en unificar los hospitales. Con la fundación de un Hospital General, se inició el proceso de fusión que duro varios años, respetando las iniciativas fundacionales de origen particular existentes y dando tiempo a su supresión y unificación.

Los hospitales existentes en la ciudad de Zaragoza se estiman en cerca de veinte, si tenemos en cuenta todos los pequeños recintos asistenciales ubicados en las diferentes parroquias y casas de las órdenes religiosas existentes, hemos encontrado información en el período de nuestro estudio de los siguientes:

(1) El Hospital de San Bartolomé

Falcón (1980: 190) afirma que este hospital constituye uno de los más antiguos de la ciudad hallándose documentada su existencia a través del Cartulario pequeño (Fol. 87), conservado en el Archivo de la Seo. Según del Cacho (1994), se funda en 1185, en un principio atendía a cautivos, y estaba situado junto al puente de Alcántara, manteniéndose al cuidado de un grupo de frailes santiaguistas cuando todavía no existía encomienda de la Orden de Santiago en Aragón. En 1191, se le cedió la explotación de la barca que cruzaba y transportaba mercancías y personas por el río Gállego; de la explotación y la rentabilidad de este servicio se obtenían fondos para su mantenimiento, como afirma Canellas (1976: 231). En su lugar años más tarde se fundaría el Convento de Santa María de Altabás.

(2) *Hospital de Santa Marta*

Fundado por un benefactor, Guillermo Fuert en Mayo de 1343, disponía este centro para la acogida y cuidado de pobres y peregrinos de doce camas Situado a las espaldas de la pabostería de la Seo y su finalidad era “hospedar a pobres peregrinos de Santiago, si se hallasen y, si no, otros pobres de Jesucristo”, como citan Ubieto (1993: 113) y Cia (2001: 295) (ver anexo 21).

(3) *El Hospital de San Lázaro*

Fundado en 1224 bajo los auspicios del rey Jaime I para cubrir las necesidades de hospitalización de los enfermos de lepra, el Hospital de San Lázaro estaba ubicado en la otra orilla del Ebro. Su origen se relaciona con los peregrinos enfermos, perduró su actividad hasta el XIV o XV; posteriormente fue ocupado por los frailes mercedarios. Sobre este hospital, Canellas (1976: 254) recoge información acerca de la existencia de una imagen de la Virgen atribuida al mismo apóstol Lucas y la reliquia de la cabeza de san Zenón. Este hospital como otros muchos, subsistió por ayudas recibidas a través de legados y donaciones, tal y como se estableció en el testamento de Doña Oria en 1217 al Hospital de Malautos de San Lázaro (Archivo de la Seo, fol. 118). Cía y Blasco (2001: 201) describen las dependencias de este hospital, el cual se dividía en tres departamentos o salas. La primera se conocía como Sala de la Paciencia; en ella las camas, que eran de madera, se repartían a derecha e izquierda. A la entrada se leían las palabras de Job: “El mismo Señor hiere y cura; Golpea, y sus manos sanarán”. Al lado izquierdo estaba la sala de la Esperanza, con otro rótulo y las siguientes palabras: “Si de la mano de Dios recibimos cosas buenas, ¿Por qué, pues no hemos de recibir malas?”. Y por último había una tercera estancia, el oratorio con otro rótulo que rezaba: “Bendito sea el nombre del Señor”.

(4) El Hospital de la Magdalena.

Este hospital situado en el Coso con fachada también a la calle del Justador, estuvo funcionando hasta que la actividad del Hospital de Nuestra Señora de Gracia lo dejó sin utilidad asistencial. Según Asso (1798: 237), en 1543, algunos ciudadanos respetables, conociendo la necesidad de recoger los niños que andaban perdidos recuperaron el antiguo hospital para ser hospicio de niños huérfanos.

(5) Hospital de Santa María la Mayor.

Situado próximo al muro viejo en el barrio de su nombre, este hospital se sustentaba económicamente merced a diversas donaciones. Para la atención de las necesidades de los peregrinos se les distribuía en camas de paja. La función de este hospital se describe en los trabajos llevados a cabo por Ledesma y Falcón (1977: 128), Cía y Blasco (2001: 202) y Boloqui (2004: 13) que consistía en “albergar y proporcionar refugio a los peregrinos que venían a visitar a la Iglesia de Santa María la Mayor y su capilla del Pilar”. Este Hospital de Santa María según Cía y Blasco (2001: 202) se beneficiaba de legados testamentarios.

(6) Hospital de la parroquia San Salvador

Este hospital, ubicado en la parroquia de san Salvador, fue fundado en 1152 en un solar situado ante la iglesia, para su edificación se procedió a la venta de una pardina al Prior y al limosnero de san Salvador. Según Cía y Blasco (2001: 198) en 1172 el pabostre de san Salvador vende casas para que se construya el Hospital para pobres. En el siglo XV, este hospital albergaba a peregrinos según lo afirma Ubieta (1993: 113), que cita un documento perteneciente a los cartularios de san Salvador, un claro ejemplo de la vinculación de la institución eclesiástica en la dedicación a las tareas de acogida y cuidado de pobres, transeúntes y peregrinos. Este hospital también se conoce como el Hospital de la Seo, “cuyo instituto fue para hospedar peregrinos hasta el número de doce” y aporta un dato importante al decir que es tan antiguo como la iglesia. También se

conocía como la Enfermería de la Seo. De este establecimiento hemos podido revisar los manuscritos del Maestro Espes, conservados en la Biblioteca de la Seo, de su lectura hemos encontrado una referencia que nos parece muy interesante, ya que utiliza el nombre de nuestra profesión –excepcional en la época– y detalla parte de las tareas que debe proporcionar a los enfermos, además de la satisfacción dineraria reconocida por su trabajo: (Citado en cap. 3: pág. 132 y en anexo 1).

(7) Hospital de la parroquia de San Gil

Denominado Hospital de la Santa Fe, enclavado en la actual calle Cinegio, –antigua del Peso–. Según Falcón (1980: 190), lo fundaron unos cuantos ciudadanos piadosos, que agrupados en la Cofradía de la Santa Fe y de sus propios bienes, erigieron este hospital le dotaron a principios del siglo XIV, con ocho camas para acoger a pobres enfermos y desamparados. Según Asso (1798: 238) “se gobernaba esta casa por el mayordomo de la Cofradía de la Santa Fe, y otros ciudadanos y en 1560 el Canónigo enfermero se hizo copatrón, para regirla y visitarla”.

(8) Hospital de la parroquia de San Felipe.

Datada su construcción en el primer tercio del siglo XIII, la constitución de la parroquia es de 1141. De este hospital no disponemos de más noticias (Falcón, 1980:190).

(9) Hospital de la parroquia de Santa Engracia

En la Parroquia de Santa Engracia, se encontraba el Hospital de las Santas Masas. De este hospital no disponemos de más noticias (Falcón, 1980:190).

(10) Hospital de la parroquia de San Pablo

Estuvo emplazado en la calle de San Blas, según Falcón (1980:189). Para Cía y Blasco (2001: 200) contaba con camas y donaciones testamentarias. No disponemos de más noticias para este hospital.

(11) Hospital del Carmen

El hospital del Carmen estaba ubicado junto a la vieja ermita de ta Elena próxima al Monasterio del Carmen cuya congregación lo regentaba. Se construyó hacia 1466, para acoger peregrinos por un plazo máximo de tres noches' según información que recoge del Cacho (1994: 344)

(12) El Hospital de San Julián.

Denominado a principios del siglo XIV Hospital de Santa Inés encomendado a las monjas predicadoras de esta Orden de Santa Inés, este centro fue conocido más tarde por el nombre de Hospital de San Julián y San Lucio; existía desde 1251, según consta en un testamento a favor del Hospital de San Julián. Estaba ubicado junto a la puerta de Sancho, según afirma Falcón (1980: 191) que cita a partir de un registro que se halla conservado en el Archivo de la Seo (Cartulario grande, fol, 82).

(13) El Hospicio de San Antón

La fundación de este hospicio se remonta al final del siglo XIII y estaba a cargo de los canónigos regulares de san Antonio Abad. Se encontraba frente a la Iglesia de San Juan de los Panetes.

(14) Hospital de Nuestra Señora del Portillo.

Otro centro destinado a la acogida de peregrinos y pobres es el hospital de Nuestra Señora del Portillo, estaba ubicado junto a la iglesia del mismo título. Su fundación data del 1450, su funcionamiento estaba a cargo de la Cofradía de Nuestra Señora del Portillo (Cia, 2001: 296).

(15) Hospicio de Nuestra Señora de Monserrate.

Este hospicio estaba ubicado cerca del Monasterio del Santo Sepulcro, su fundación testamentaria data de 1134. Boloqui (2004) plantea ciertas dudas acerca de si llegó a funcionar como tal institución, aunque en su opinión parece ser que el dador del testamento Lope Garcés, era un protector del peregrinaje en Zaragoza.

(16) Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia

El consejo de la ciudad de Zaragoza ante la situación precaria de los hospitales, decidieron acometer la construcción de un hospital General. Dado que sobrepasaba las posibilidades materiales de que disponía la ciudad, solicitaron la protección del monarca Alfonso V, el cual siguiendo la conducta de sus predecesores, quiso ser “Autor, Fundador, Rector y Protector” del nuevo establecimiento, y así fue, como, el día 27 de febrero de 1425 se funda en Zaragoza, por el rey de Aragón, Don Alfonso V el Magnánimo, el Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia para acoger a todo el que lo necesitase sin tener en cuenta nacionalidad o religión. A su entrada tenía la inscripción “*Domus infirmorum urbis et Orbis*” que significa “Casa de los enfermos de la ciudad y del mundo”.

El funcionamiento del hospital de Nuestra Señora de Gracia en sus primeros años, no superó las expectativas de mejora de la situación sanitaria de la ciudad de Zaragoza. Hasta que por iniciativa de varios vecinos y con el apoyo del consejo de la ciudad, valoraron la situación de la precariedad sanitaria del Hospital y la necesidad de su mejora, por lo que deciden, de forma urgente, adoptar una solución, que pasaba por poner orden, redactar un reglamento y aportar los fondos necesarios de manera que se solucionasen los problemas (Archivo Municipal de Zaragoza, acta de 25 de Noviembre 1469). Además, entre estas medidas urgentes, el consejo de la ciudad adoptó la decisión de asignar unos sueldos para atender las necesidades del Hospital. (Archivo Municipal de Zaragoza, acta de 3 de diciembre 1469).

En este hospital de Nuestra Señora de Gracia se atendía a todo tipo de enfermos, a las futuras madres, recién nacidos abandonados, menores, pobres y dementes. Se trataba de un complejo asistencial: hospital, centro de maternidad, asilo, manicomio, etc. Disponía de las siguientes dependencias: las enfermerías, llamadas también cuadras, eran doce, de las cuales nueve estaban destinadas a los hombres y tres a las mujeres. Las de hombres eran: la del Rey, que tenía entrada por el recibidor –Spitalet– y se hallaba junto a la escalera principal; seguía la del Arzobispo compuesta por 18 camas; después la de los Caballerías, en la que estaban los aposentos del enfermero mayor y de los Pasioneros; luego la de san Sebastián, abogado de la peste, con 15 camas; la primera de santa Cruz, con 16, seguramente de fundación particular, puesto que encima de la puerta había un escudo formado por cuatro castillos, cuatro flores de lis, cuatro cruces y cuatro pájaros; la segunda de santa Cruz, con 15 camas –estas dos salas se juntaron posteriormente en una sola, que se llamó de santas Cruces; la de santa María, con 11; la de Cirugía, y finalmente, la de san Miguel o Cuadra baja de Cirugía, situada al lado del corredor del Coso y compuesta de tres departamentos con 17, 9 y 3 camas respectivamente. La de mujeres se llamaba primera y segunda de Parturientas y de las Magdalenas. En cada una de estas salas había un retablo con su correspondiente altar para celebrar la Santa Misa. (Baquero 1952: 27)

Continúa Baquero (1952: 28-30) describiendo el personal al servicio del Hospital en función de las Ordinaciones de Don Fernando el Católico promulgadas en Burgos en el año 1496 y modificadas en 1587 por mandato del Rey Felipe II. En ellas se dice que el

“Cuerpo facultativo se componía de médicos y cirujanos barberos, en número proporcionado a las necesidades de la Casa. Tenían obligación de hacer una visita entre siete y ocho de la mañana y otra a las vísperas.

También mandaban las Ordinaciones

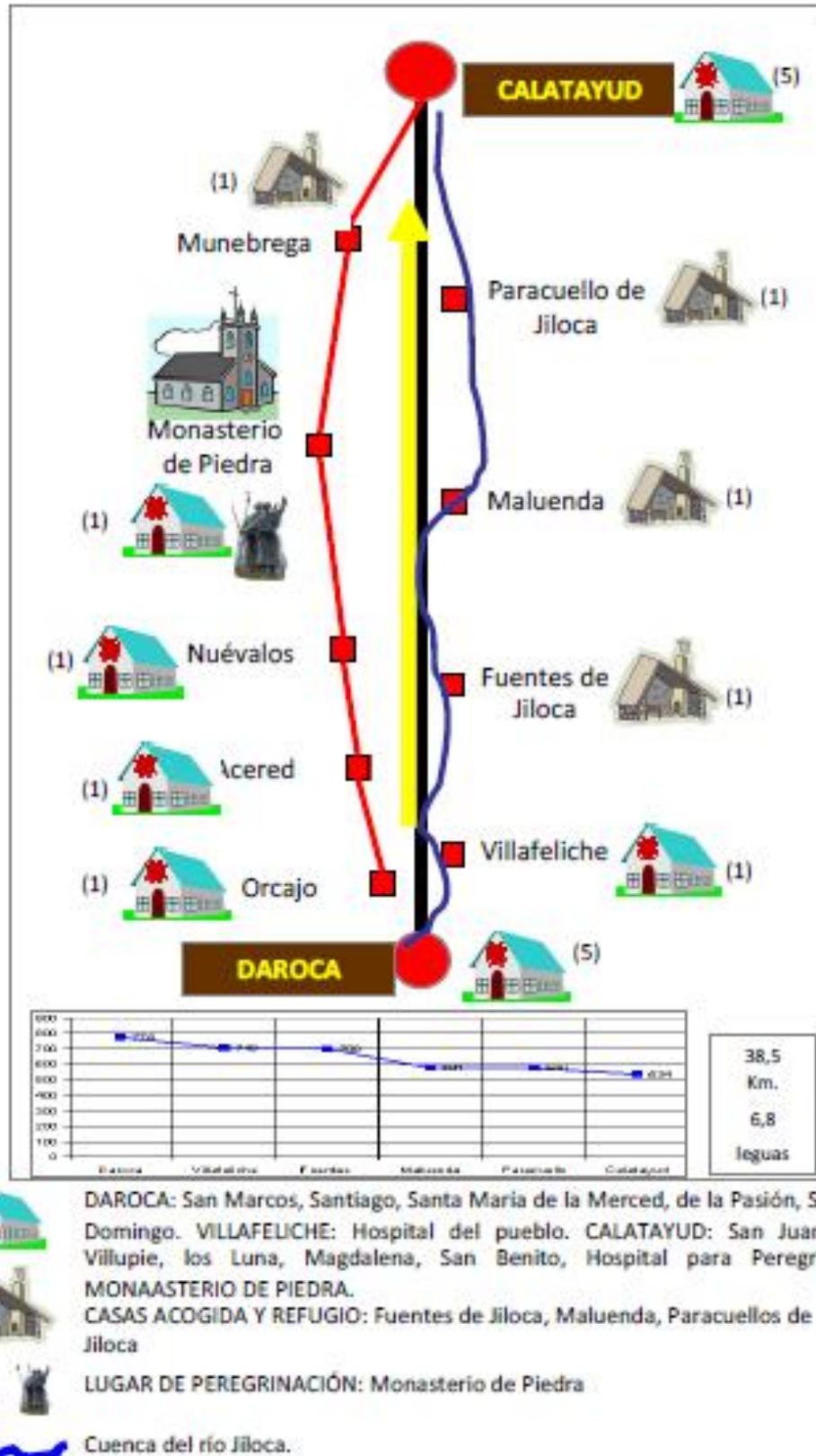
“que tuvieran sus coloquios y colaciones sobre los accidentes y enfermedades, y que manifestasen al Prior o al Vicario los enfermos “peligrosos de morir”, para

proveer a la salud de sus almas, y al mayordomo o al enfermero mayor los que sanaban [...]

El hospital de Nuestra Señora de Gracia acogía a los dementes, como así lo recoge Baquero (1952: 35), al afirmar según sus estatutos que uno de los primeros fines, no el único ni el primero fue: “Recoger a los insensatos, evitar los insultos a que se hallan expuestos, mejorar su situación y procurar restablecerles el juicio”, como así contemporáneamente acontecía en otras ciudades y reinos peninsulares. Una de estas ciudades fue la de Valencia con el hospital para “folls i orats”, el cual parece ser reconocido como el primero, aunque no es el único que acogía a los locos, ya que entre otros, encontramos el Hospital de la Santa Creu (1410) de Barcelona, que recibe a los dementes, siguiendo una costumbre existente ya en el hospital d'en Colom. En la Corona de Castilla, el hospital de Jesucristo de Córdoba (1419), Hospital de Inocentes de Sevilla (1436), Hospital de Toledo (1483), la Casa de Orates de Valladolid, asumen también esta función social y asistencial.

Con esta aproximación descriptiva del Hospital de Nuestra Señora de Gracia finalizamos esta novena y última etapa. En el camino desde Valencia hemos encontrado etapas que se han caracterizado por una equilibrada distribución en el número de leguas en cada una de ellas, finalizando en una población concreta. En todas las etapas hemos encontrado hospitales para atender a transeúntes, enfermos y peregrinos, cuando no al menos lugares de acogida. En el ecuador del camino entre Valencia y Zaragoza se puede situar en Teruel, población importante en la época, con recursos para atender todas las necesidades, por lo que podemos considerar que con la excepción de las dos grandes ciudades, principio y fin de este viaje, así como la citada intermedia, la existencia de hospitales y la presencia de lugares para acogida y asistencia se van a repartir entre las poblaciones y en todas las etapas.

Por otro lado, el caminante peregrino dispone de la seguridad que proporciona el Camino Real, de lugares de devoción para su visita, para la obtención del confort espiritual y el beneficio de las indulgencias. En todas las etapas hallaba posibilidades de avituallamiento por lo que podemos concluir que pese a las dificultades de la época representadas principalmente por la existencia de guerras, episodios de peste negra, la escasez de alimentos y probablemente también dificultades climatológicas, el Camino Real de Valencia a Zaragoza constituyó un eje de comunicación de primer orden entre el Mediterráneo y los reinos de Aragón, Navarra y Castilla. Entre sus nexos podemos afirmar que se encontraba la peregrinación que enlazaba con las rutas jacobeanas del Ebro, de la Lana y/o Camino francés y, por supuesto, al Pilar en Zaragoza.



6.14. La ruta hacia Compostela desde Valencia por Daroca a Soria Etapa Daroca a Calatayud

Las etapas hasta aquí planteadas, han seguido el modelo de planificación del viaje que Lalaing realizó en 1502 y recogido en el trabajo de Villanueva (2006) un itinerario que siguió los pasos indicados años más tarde por Villuga en su Repertorio de Caminos (1546); sin embargo, y como venimos argumentando, creemos en la posibilidad de que esta ruta se utilizó para llevar a término el Camino de peregrinación a Santiago de Galicia.

A tal efecto el peregrino, tomaría esta alternativa en el itinerario ya descrito en etapas desde Valencia y se dirigiría desde Calamocha a Daroca, para desde esta última dirigirse hacia Calatayud, Cervera de la Cañada, Torrelapaja a Soría. En el recorrido que propone Ubieto (1993: 145), este camino enlaza con la ruta jacobea en la ciudad de Burgos o en San Esteban de Gormaz, por donde discurre la Ruta de la Lana, que desde Monteagudo de las Salinas y, tras pasar por Cuenca, utilizaban los productores y comerciantes para llevar la lana a los mercados de Burgos.

Se inicia la etapa por donde el peregrino tomaría para dirigirse a Santiago de Compostela. Este primer tramo se inicia en Daroca y finaliza en Calatayud; tiene una longitud aproximada de siete leguas y su trazado se configura siguiendo la cuenca del río Jiloca. Dejada la población de Daroca, el peregrino se encaminaría hacia su primer destino y final de etapa, de este recorrido no tenemos referencias de las poblaciones intermedias por donde iba el camino. Por esta razón Iranzo (1993) califica de problemático identificar la red de caminos del área occidental de Aragón, espacio geográfico por donde discurre esta etapa. Es importante considerar el valor y categoría de la población de Calatayud para comprender parte de la historia de los Caminos a Santiago en Aragón.

Esta ruta alternativa es defendida por Ubieto (1993: 145) como una clara opción y no única para encontrarnos con el itinerario que conduce en peregrinación a venerar al Apóstol. Este camino no viene reseñado en los repertorios de Villuga (1546) tampoco en el de Meneses (1576), quizás porque era considerado un itinerario secundario, que sin embargo contiene una carga de tradición histórica y jacobea. No obstante, tenemos el convencimiento de que este trazado fue en la Edad Media, una ruta utilizada por peregrinos con destino a Santiago. Resultan especialmente motivadoras las evidencias encontradas de las que creemos forman parte de una interesante aportación, complementaria al camino real ya descrito, y que va a reforzar los argumentos acerca del uso de esta ruta, como itinerario de peregrinación hacia Santiago de Compostela desde el Reino de Valencia.

Teniendo en cuenta las dificultades para definir el camino entre Daroca y Calatayud, y entre las indefiniciones, la existencia de numerosas poblaciones, próximas entre ellas y ubicadas en este espacio que continúa vertebrado por el río Jiloca. No obstante, hemos identificado a partir del trabajo de Esparza (2002), poblaciones que por el hecho de disponer de lugar de acogida para enfermos, pobres y peregrinos, pudieron configurar parte de ese recorrido entre estos dos núcleos de población importantes en la historia de Aragón y especialmente en el período medieval. La población de Daroca ya ha sido tratada anteriormente (ver página, 309).

Disponemos de escasas referencias acerca de las poblaciones ubicadas en el tramo del camino comprendido entre Daroca y Calatayud y que pertenecen a las históricas Comunidades de Aldeas de Daroca y Calatayud. La proximidad e interés que podría haber despertado el Monasterio de Nuestra Señora de Piedra entre los peregrinos y la variabilidad de probables itinerarios nos sugieren plantear posibles alternativas que pasarían por las poblaciones en las que afirma Esparza

(2002) habían lugares para atender las necesidades de enfermos, pobres y peregrinos.

6.14.a. Daroca al Monasterio de Piedra y Calatayud. Las poblaciones de posible paso pudieron ser: Daroca, Orcajo, Acered, Nuévalos Monasterio de Nuestra Señora de Piedra, Munebrega, Calatayud.

6.14.b. Daroca a Calatayud. Este recorrido entre las dos poblaciones seguiría el curso del río Jiloca, proporcionando al caminante un camino fácil, jalonado de núcleos poblacionales próximos entre ellos: Daroca, Villafeliche, Fuentes de Jiloca, Maluenda, Paracuellos de Jiloca y Calatayud.

6.14.1. Calatayud.

Durante la Baja Edad Media fue la segunda ciudad en importancia de Aragón, celebrándose en ella Cortes. Tuvo un protagonismo activo en los asuntos del Reino. Su ubicación fronteriza con el Reino de Castilla impulsó un importante desarrollo comercial, pero también sufrió las consecuencias desastrosas con motivo de las guerras entre Castilla y Aragón siendo la ciudad sitiada por los castellanos y conquistada con grandes destrozos en 1362. Observamos un paralelismo en cuanto a la historia, organización territorial y evolución demográfica con la población de Daroca; la ciudad tras la conquista cristiana en 1120 se mantuvo como núcleo de defensa y control con la frontera del reino de Castilla. En el transcurso de los años y a causa de la expansión cristiana por Teruel, Cuenca y Albarraçín cedió la condición fronteriza. En 1248, se constituyó la Comunidad de Aldeas de Calatayud, siguiendo el modelo organizativo de Daroca. Calatayud mantuvo el esquema de cabecera administrativa, fiscal, centro de poder y referencia para más de un centenar de aldeas distribuidas a su alrededor. En 1254, por delegación del papa Inocencio IV el Obispo de Zaragoza manda organizar la población por parroquias, lo que ha permitido proveernos de

información censal a través de los análisis que sobre la población aragonesa han realizado Sesma y Laliena (2004).

Los sucesivos brotes de peste ocurridos en 1363, 1371 y 1384, escasamente conocidos pero documentados, según expresión de Utrilla (2004) “ocasionaron mortandades” que condicionaron una nueva organización en la ordenación del territorio, que a grandes rasgos supuso la disminución del número de aldeas a causa de la despoblación, situación que se vio agravada a causa de los conflictos fronterizos con Castilla.

Como consecuencias de la peste se produjo una disminución poblacional del 46% para la ciudad de Calatayud pasando de 1035 fuegos en el monedaje de 1350 a los 734 del fogaje de 1414, pérdidas que se manifiestan con diferente fuerza porcentual en las aldeas que conformaron la Comunidad de aldeas de Calatayud. Sin embargo para la ciudad de Calatayud los fogajes de 1489 y 1495, vienen a representar un significativo resurgir. Para estos censos los fuegos se situaron en 983 y 1027 respectivamente, desarrollo que también se observa en el mismo sentido en las aldeas componentes de la Comunidad. Madoz, en 1850, al recoger información referente a esta población, declara un censo constituido por 1500 vecinos y 7125 almas; mantiene las parroquias de san Miguel y san Torcuato, adscritas a la Colegiata de Santa María la Mayor consagrada en 1249, la Colegiata del Santo Sepulcro, así como las parroquias de san Andrés Apóstol en la que en 1415 predicó el santo Vicente Ferrer, san Juan del Hospital, san Benito, san Pedro, y la dedicada al Apóstol Santiago, todas ellas presentes antes de 1300, informa de la presencia de un hospicio que acoge a 486 huérfanos, y de nueve conventos.

En cuanto a la presencia de hospitales y lugares de acogida a pobres enfermos y peregrinos nos apoyamos en la información del historiador De la

Fuente (1994), el cual nos ha permitido obtener a través de su estudio acerca de la ciudad de Calatayud, referencias sobre la existencia de centros asistenciales.

(1) Hospital del Monasterio de Nuestra Señora de Piedra.

Queremos resaltar la existencia en el intermedio de la ruta entre Daroca y Calatayud, del Monasterio de Nuestra Señora de Piedra. Es un enobio que se funda a mediados del siglo XII por trece monjes cistercienses procedentes del monasterio de Santa María del Poblet. Esta comunidad recibió la protección de los reyes de la Corona de Aragón y en principio se instaló en los restos de un antiguo castillo árabe. A propósito de este lugar, Vicente (2004: 129) afirma que:

“el monasterio daba cobijo a los peregrinos que recorrían el camino que les conducía hasta Santiago de Compostela y, además de alojamientos, para aquellos que necesitaban remedios medicamentosos para tratar sus dolencias”

(2) Hospital de San Juan de Villupie

Centro situado junto a la puerta de Soria, de fundación muy antigua y era también era conocido como hospital de San Juan de Villupie por estar cerca de este lugar.

(3) Hospital de los Luna.

Es un edificio con una inscripción muy antigua puesta en él, que decía: “Este es el hospital de los Luna”. En contraposición con el anterior, tenía cierto carácter aristocrático, quizás por su fundación de aquella opulenta casa tan entroncada en Calatayud.

(4) Hospital de la Magdalena.

Los zapateros y menestrales disponían del hospital de la Magdalena, que llegó a tener cierta importancia en el siglo XVII, por ser suyo el patio de comedias.

(5) Hospital del Monasterio de Priorato y San Benito.

En 1473 fue trasladado a la plaza de San Pedro Mártir, uniendo a él, el Hospital de San Hipólito con todas sus rentas. El Hospital de San Benito quedó entonces reducido a hospital de niños expósitos quedando su dirección a cargo de la ciudad que nombraba un encargado para que lo gobernase, manteniéndose sin embargo sujeto al Monasterio de Oña por lo menos en la parte espiritual. En la actualidad existe con ese nombre un hospital y una cofradía.

(6) Hospital para Peregrinos

El Hospital para Peregrinos fue fundado durante el reinado de los Reyes Católicos (1573) y protegido por la Bula promulgada por el Papa Sixto IV. En un documento recogido por de la Fuente (1994: 137) de 24 de Febrero de 1472, época en que aún vivía Enrique IV de Castilla, nos encontramos con un contenido que nos parece muy interesante transcribir:

“A la verdad dice, se nos refirió poco ha, por parte de nuestro hijo el noble varón Fernando, Príncipe de los Reinos de Castilla y León y de nuestro carísimo hijo en Cristo Juan, Primogénito del Rey de Aragón y también de N. Ven. Hermano Pedro, obispo de Tarazona y de los relator, y notario de los amados Hijos Regidores de la Universidad de Calatayud, una petición la cual contenía que los Regidores y la ciudad llevados de una piadosa consideración admitiendo que dicho pueblo de Calatayud es cual es de los mas insignes y hermosos entre los demás pueblos del Reino de Aragón y también de los mas populoso, y está situado en los confines de Castilla y en el camino por donde muchos de los peregrinos y peregrinas eclesiásticos como seglares, pasan de la ciudad de Roma a Santiago de Galicia, y considerando que dichos peregrinos, muchos de los cuales eran pobres y necesitados, otros robados de ladrones y otros muchos agobiados de enfermedades, venían a dicho lugar; y que también muchos niños, apenas nacen, quedan sin el amparo de sus padres, los cuales los exponían, y aunque en el sobredicho nombre de Calatayud había muchos hospitales, como de hecho los hay, con todo no hay hospital alguno para los pobres, peregrinos enfermos o infelices soldados, como también otras personas desvalida, puedan ser recibidos y tratados caritativamente, empezaron a edificar y erigir de nuevo con las limosnas suyas y de los fieles de Cristo, un hospital suntuoso y de fabrica suntuosa, según el estilo de la patria, para uso, habitación, sustentación y acogida de los mismos pobres, enfermos, peregrinos y personas desvalidas que vinieren y concurrieren en el temporalmente, bajo la invocación de Nuestra Señora de la Piedad y que fuera el principal entre los principales de la ciudad”

De este registro queremos destacar varias cuestiones fundamentales, la primera es que el documento recoge claramente la importancia de la población de

Calatayud, en segundo lugar, que el objetivo de este proyecto real de construir un Hospital, fue para atender a los peregrinos que vienen desde Roma y se dirigen a Santiago y, finalmente, es necesario plantearnos por que población iniciaban su andadura los peregrinos que procedentes de Roma llegan a esta población. Respondiendo a esta cuestión, podemos afirmar que únicamente desde el puerto de Valencia y siguiendo el Camino Real hasta esta población de Calatayud. Por lo que se refuerza la hipótesis, por la que podríamos enunciar que este era el Camino a Santiago desde la ciudad de Valencia por esta época. No obstante no podemos descartar otras alternativas, como sería la que desde Zaragoza y procedentes de puertos mediterráneos siguieran el Camino Jacobeo del Ebro, efectuando para ello un considerable e innecesario rodeo, y por consiguiente alargamiento del recorrido y del tiempo.



 CALATAYUD: San Juan de Villupie, los Luna, Magdalena, San Benito, Hospital para Peregrinos. TORRALBA DE RIBOTA, ANIÑÓN. VILLARROYA DE LA SIERRA, TORRELAPAJA: Hospital de peregrinos.
 LUGAR DE PEREGRINACIÓN: Casa de san Millán de la Cogolla en Torrelapaja.

6.15. La ruta hacia Compostela desde Valencia por Daroca a Soria

Etapa Calatayud a Torrelapaja

Hasta aquí hemos recogido referencias a hospitales y centros de acogida a peregrinos en la propia ciudad de Calatayud, pero en aras de completar nuestro estudio y con el fin de ofrecer una dimensión aproximada de cómo pudo ser la forma y oferta de acogida y refugio para quienes utilizaron esta ruta impulsados por peregrinar y visitar lugares de devoción, entre ellos, Santiago de Compostela.

Desde la ciudad de Daroca, pasando por la de Calatayud y sus aldeas, camino de Tarazona o hacia Soria por la población de Torrelapaja, hemos localizado lugares donde acogían a enfermos y peregrinos (Esparza, 2002). Las poblaciones de Calatayud y Torrelapaja, están separadas por algo menos de 40 kilómetros, en leguas aproximadamente siete, discurre este tramo de camino siguiendo el curso del río Ribota, configurando una andadura fácil.

Ubieto Arteta (1993: 145) en el estudio de los Caminos de Santiago en Aragón, señala que desde Calatayud, pasando por Cervera de la Cañada, y Torrelapaja, los peregrinos accedían a Soria, y desde esta población, se dirigían a la población de San Esteban de Gormaz donde enlazaban con el Camino a Santiago conocido como “Ruta de la Lana”, con destino a Burgos población ubicada en el Camino francés.

6.15.1. Cervera de la Cañada.

Dispone de Iglesia dedicada a la Asunción de Nuestra Señora, también se identifica con de santa Tecla de construcción a mediados del siglo XIV. Tiene ermita dedicada a san Cristóbal. Sufrió las consecuencias de la Guerra de los Pedros, junto con la vecina población de Aniñón. Esparza (2002) afirma que ambas poblaciones disponía de alojamiento para atender a enfermos y peregrinos.

6.15.2. Villarroya de la Sierra.

Pero es a partir de la reconquista cristiana iniciada por el joven reino de Aragón y que llega a esta zona a partir de 1120 con la caída de Calatayud, cuando conocemos más datos del devenir histórico de esta villa y podemos ir imaginándola en su transformación. Tras la cristianización por Alfonso I de los territorios en 1120, la estabilidad de la población permitió su crecimiento, se construyó la Iglesia dedicada a Santa María, sobre una antigua mezquita. A finales del siglo XIII se amplió con un santuario-hospital dedicado a la Virgen de la Sierra. Este santuario y casa-hospital cabría encuadrarlo dentro de uno de los caminos jacobeos procedente de Levante. Probablemente un nuevo itinerario de peregrinación podría estar conectado siguiendo una ruta cisterciense tomando como referencia los monasterios de Trasobares y Veruela. Al ser población fronteriza con Castilla, igualmente que la población citada anteriormente de Cervera de la Cañada, también se vio involucrada en la Guerra de los Pedros y en el posterior período de paz por la unificación entre los reinos de Aragón y Castilla, propiciado por la política de los Reyes Católicos. Esparza (2002), señala la existencia de un hospital para atender a enfermos y peregrinos.

6.15.3 Torrelapaja.

Desde Calatayud a esta población de Torrelapaja existe una distancia de 42 kilómetros, equivalente a siete leguas y media, que corresponde al promedio de una jornada caminera. Lugar de tradición para los peregrinos con destino a Santiago. Se encuentra en esta población de Torrelapaja, la Casa de San Millán de la Cogolla. En el portalón de la casa, un rótulo en cerámica dice simplemente: “Casa de Beneficencia”. Por los documentos que se conservan en el archivo de la misma Casa, podemos concluir que este edificio se construyó por los años 1520-1540. Parece seguro que esta Casa sustituyó a otra anterior en el mismo lugar y que cumplía la misma finalidad religiosa-social de acoger a los peregrinos que acudían a venerar las reliquias de San Millán y a pobres y enfermos transeúntes.

(1) Hospital de Torrelapaja.

Rubio Martínez (2008) nos explica que el Obispo de Tarazona D. Pedro Cerbuna, a cuya diócesis pertenecía y pertenece Torrelapaja, en una Visita Pastoral realizada a la parroquia el día 16 de mayo de 1587, dejó un largo escrito en el que consta bien claramente el fin y utilización correcta de la casa. Dice el Obispo:

"Item, por cuanto la dicha Casa del Señor San Millán es casa de hospitalidad y para recoger gente que por devoción vene a visitar la dicha iglesia, conviene que los que se hospedan estén con la honestidad y recogimiento que conviene.

En el libro de difuntos de la Parroquia, a partir de 1600, encontramos varias partidas donde dice que el finado murió en el hospital y en todos invariablemente consta su condición de "pobre" o de "transeúnte". Queremos concluir en este punto, como así lo hace Ubieto (1993: 145), el camino hacia Santiago de Compostela, en la parte de recorridos que discurren por los territorios del Reino de Aragón, y de alguna manera, coincidiendo en parte con nuestros objetivos, al desarrollar la asistencia sanitaria a pobres, enfermos y peregrinos en los caminos de comunicación entre Valencia y Aragón, así como la defensa del probable itinerario hacia Santiago de Compostela desde Valencia pasando por el reino de Aragón.

Con la información acerca de la existencia de hospitales y de referentes en cuanto al paso de peregrinos por esta población de Torrelapaja, cerramos este sexto capítulo del presente trabajo. Dejamos abierta la posibilidad de profundizar en estudios futuros a fin de determinar la continuidad de esta ruta, en la que los peregrinos atraídos por esta última población y su continuidad a otros referentes relacionados con las peregrinaciones medievales y por supuesto al encuentro del Camino de Santiago. Itinerario que Ubieto (1993:45) señala desde Valencia pasando por Daroca y Calatayud, que alcanzaría esta población de Torrelapaja, límite del Reino de Aragón y entrada en el Reino de Castilla con destino a Soria y Burgos.

CONCLUSIONES

Conclusiones.

El eje comunicador entre la capital del reino de Valencia con la de del reino de Aragón, Zaragoza, durante la Baja Edad Media, lo constituyó un trazado denominado Camino Real, que unía estas dos importantes poblaciones. El trazado coincide con antiguas calzadas romanas, que comunicaban las ciudades de Valentia (Valencia), Saguntum (Sagunto), Cesaraugusta pasando por Túrbulas (Teruel), Agiria (Daroca), Bilbilis (Calatayud), Carae (Cariñena), Contrebia (Botorrita) que se encontraban a lo largo de Vía Laminium. Este trazado, durante el período de nuestro estudio entre otras utilidades, constituyó una ruta de devoción y peregrinación. Una afirmación que viene a completar, más si cabe, los distintos recorridos que desde distintos lugares conectaban con Santiago de Compostela. Un hueco que había que rellenar, tal y como así creemos que hemos hecho. Tanto desde el norte de la península Ibérica, como desde el sur, e incluso desde el este, iban a buscar el Camino de Santiago por distintos caminos, algunos ya estudiado, como por ejemplo el Camino del Sudeste, con algún elemento que pudiera ser discutible, pero configurado y asentado en el momento actual. Faltaba un recorrido que de manera directa, y tanto es así que podríamos decir que es una línea recta, conectara el este con la ciudad de Santiago. Un camino que desde tiempos de los romanos, primeros constructores de caminos en la península Ibérica, conecta por zonas adecuadas el norte, Santiago de Compostela con el este, el mar Mediterráneo, un camino que utiliza parte de la antigua *Vía Laminium*.

En nuestro caso, respecto a las peregrinaciones apelamos a tradición de peregrinaje que era la tradición y surge en el siglo IV, cuando se extienden por el orbe cristiano los ecos del martirio sufrido por el mártir Vicente a manos del Cónsul Daciano. Este hecho y su rápida propagación motivaron una corriente de peregrinación hacia la Basílica de san Vicente de la Roqueta en la ciudad de Valencia. La tradición nos dice que allí descansan sus restos. Este suceso

convirtió a Valencia en un centro de peregrinación anterior al fenómeno del Camino de Santiago. Desde la ciudad de Valencia se inicia un recorrido cargado de motivación y sentido cristiano, rememorando el camino martirial que realizó el mártir Vicente desde Zaragoza. Se trata de un camino jalonado de lugares de culto, veneración y de tradición peregrina, que culmina con la llegada a la ciudad de Zaragoza y, por consiguiente, la veneración a Nuestra Señora de El Pilar con la obtención del beneficio de las indulgencias. Zaragoza tiene un significado especial en la historia de las predicaciones del Apóstol Santiago. Esta ciudad será considerada punto de partida en el itinerario que va a posibilitar al peregrino dirigirse hacia Santiago de Compostela a venerar la tumba del Apóstol. Para ello sigue las rutas jacobeanas del Ebro, enlaza con el Camino francés y así culmina y ve satisfechos sus deseos y objetivos de peregrinación. Pero tal como venimos comentando, había que conectar Zaragoza con el Mediterráneo, dando cohesión a un espacio territorial político social y económico. Zaragoza se comunicó con Valencia conforme se va recuperando el territorio, incorporándolo y homogeneizándolo política y espiritualmente, bajo la Corona de Aragón. Encontramos por tanto, en el proceso a un monarca que no considera en ningún momento las fronteras existentes, procediendo a la ampliación de territorios y a la implantación de la fe cristiana, con la correspondiente reafirmación cultural en aquellos lugares que antes les había pertenecido, y que fue secundado, por una razón u otra, por importantes movimientos de población catalana y aragonesa

En este período bajomedieval, el espacio territorial se muestra vertebrado por este eje de comunicación y movimientos poblacionales favorecidos por la consolidación de los espacios conquistados, el aumento del protagonismo de la población cristiana y la adaptación de la convertida. También se hace patente un creciente comercio, una actividad artesanal modulada por la formación de gremios, que generaron expectativas de trabajo y, por tanto, influyeron en la inmigración del medio rural a las ciudades en busca de mejor calidad de vida. Estos caminos facilitaron las relaciones humanas y culturales, se intercambiaban

noticias, ideas y productos, pero también transitaban rufianes, sermoneadores y comerciantes, bohemios, juglares y soldados que marchaban de un lugar a otro, errantes muchos de ellos y abocados a la marginalidad y el desarraigo. En estos caminos se podían observar recuas de mulos cargados con cereal, leña, piedra o carbón que desfilaban entre los campesinos que iban a trabajar sus heredades, entre las mujeres que iban a hacer la colada a acequias y ríos, entre los pastores y sus ganados. Estas corrientes generaron traslados de población y como consecuencia el uso de los caminos y la derivada necesidad de hospitalidad y acogida por las poblaciones de paso. En 1240, Jaime I formalizó por razones de interés político, que limitaron la expansión de la nobleza aragonesa, la existencia del Reino de Valencia, configurando definitivamente la estructura de la corona de Aragón

El referente utilizado en nuestro trabajo para enumerar el recorrido, y sus poblaciones de paso, y poder ubicar las instituciones de acogida, ha sido el *Repertorio* de Villuga publicado en 1546, que ofrece una “oficialidad” a esta ruta histórica existente, utilizada y consolidada, con anterioridad a su publicación por la frecuencia y uso de viajeros y peregrinos, así como de pobres y enfermos. Este *Repertorio* con el paso de los años, vio modificado su recorrido en función del crecimiento de poblaciones como Daroca, que reunió entre sus muros un importante auge comercial, acontecimientos feriales, lugar de peregrinación y una oferta de centros de acogida y hospitalidad.

En esta línea hemos procedido a contrastar ideas con otros autores, observando que hay muy pocos autores que hayan tratado la existencia de un camino de peregrinaje que conectaba Valencia con Zaragoza y el Camino de Santiago de Compostela (Martín, 1985:54; Ubieto, 1993: 130-132) los cuales apoyan nuestra convicción de que este Camino Real, fue la ruta de elección para peregrinar a Santiago de Compostela desde Valencia, se apoya en las repetidas referencias acerca de la existencia y exigencia de un pasaporte o visado para

obtener el beneficio de la acogida y hospitalidad en algunas poblaciones. Creemos que estos documentos corresponden a los emitidos por la autoridad eclesiástica e incluso real, para poder atravesar con inmunidad los reinos peninsulares. Estos documentos se siguen utilizando en la actualidad para garantizar el paso por las poblaciones que llevan a Santiago a los “auténticos” peregrinos y que permiten la obtención de los beneficios de la hospitalidad a lo largo del Camino. Este documento constituye al final de la peregrinación la garantía de haber realizado el Camino y la concesión de indulgencia tras cumplir los requisitos y venerar con fe cristiana la tumba del Apóstol. Adicionalmente, la conquista de la ciudad de Valencia por Jaime I hizo que esta ciudad comenzara a evolucionar de tal manera que constituyera siglos más tarde, la puerta de entrada en la península Ibérica de mercancías y viajeros. Indicativo de la culminación de un proceso que, probablemente, hizo que todo peregrino que llegara a las costas de la península Ibérica lo hiciera a través del puerto de la ciudad de Valencia y, por tanto, pensamos que utilizaría el camino más corto para llegar a Santiago, el Camino Real a Zaragoza, en el que adicionalmente cumpliría con otras satisfacciones de tipo espiritual.

Entre estas satisfacciones espirituales encontramos la presencia en este trayecto de numerosas ermitas dedicadas a santos peregrinos, tales como san Cristóbal y san Roque, este último reúne en su persona el binomio de peregrino y enfermo. Por otro lado, la existencia de Iglesias y hospitales dedicados a Santiago Apóstol nos ha reforzado la convicción de vínculos con la peregrinación a este lugar santo por antonomasia. La ubicación a lo largo de la ruta de esta numerosa representación simbólica, de manera repetida nos lleva a establecer que la ruta entre Valencia y Zaragoza, siguiendo el trazado conocido como “Camino Real” fue, durante el transcurso de la Baja Edad Media, una ruta de primera elección para el acceso a las rutas principales de peregrinación a Santiago de Compostela —Camino del Ebro y del Camino Francés—, desde el puerto de la capital del Reino de Valencia. Lo que nos permite enunciar el camino que utilizarían los peregrinos

desde Valencia a Zaragoza lo que favorece a la satisfacción de nuestro segundo objetivo.

A lo largo de la historia, los hospitales han cambiado profundamente tanto en sus funciones asistenciales, como en su forma de gobierno y patronazgo, aunque siempre han sido y son, ante todo, instituciones asistenciales. Peregrinar significaba, básicamente, andar y el peregrino podía y debía transportar lo justo, por tanto, sus necesidades debían de ser provistas a través de estas instituciones asistenciales que las satisfacían la mayoría de las veces por caridad, en otras previo pago. En caso de enfermedad, tal y como señaló Rossen (1963) “la enfermedad crea dependencia”, los enfermos necesitaban no solo tratamiento para su enfermedad, sino también cuidados personales y cobijo. A través de la historia, la sociedad ha aceptado tal necesidad, como una responsabilidad de la vida comunitaria y ha ido creando distintas instituciones para proporcionar a los necesitados los servicios adecuados. Instituciones creadas para la práctica de la caridad y no de la terapia, en la que se acogía a todo individuo necesitado y entre ellos los peregrinos, por aunar en una sola persona, la mayoría de las veces todos los elementos necesarios para hacerse acreedor de la atención: pobre, enfermo y persona revestida de carácter religioso. La búsqueda de estas instituciones de provisión de hospitalidad en el trayecto de Valencia a Zaragoza, en la época medieval, y su posterior conexión con el camino Francés, ha sido uno de los objetivos que nos ha guiado, creemos que hemos identificado, al menos la mayoría. No obstante, pueden quedar algunos sin identificar debido a múltiples razones, entre ellas la desaparición de los documentos o de las referencias físicas existentes, pero también pueden haber concurrido circunstancias tales como nuestra incapacidad para acceder a las referencias específicas.

El hospital medieval fue un modelo de institución adquirido heredado de antiguos espacios, salvo algunos ejemplos específicos del ámbito de los griegos y

los romanos, constituyen espacios herederos de los desarrollados por los primeros cristianos a lo largo de los siglos y que influenció a los hospitales y costumbres islámicas. Estando presente, más adelante, en la evolución impuesta por el creciente fervor cristiano que acompañó a la reconquista de los territorios de la Corona de Aragón. Sin duda, una de las modificaciones más importantes en este largo período medieval lo constituyeron las órdenes monásticas, especialmente Cluny y el Cister. Sus espaciosas abadías y monasterios, además del culto y la oración, instituyeron el cuidado a los necesitados, dedicando espacios para la prestación de asistencia y cuidados, como lo fueron las enfermerías monásticas. De esta forma en el espacio europeo se puede afirmar que los cuidados a los necesitados eran llevados a cabo principalmente por religiosos/as establecidos en sus monasterios y bajo la espiritualidad benedictina.

En el siglo XIII, encontramos las primeras referencias a términos de evolución del patronazgo en las instituciones hospitalarias, que va a culminar en el siglo XVI, con la unificación de los hospitales en grandes instituciones planificadas para atender a todo tipo de enfermos y necesitados. Entre las motivaciones que impulsaron el inicio de esta evolución lo constituyeron, por un lado, el crecimiento de la poblacional, principalmente de las grandes ciudades. El detrimento de la vida agraria impulsada por el encarecimiento de la vida, problemas de escasez y falta de alimentos, malas cosechas favorecidas por condiciones climatológicas adversas, la evolución de la estructura feudal y, por añadidura, los problemas sanitarios y sus consecuencias demográficas, causadas por las enfermedades epidémicas que contribuyeron a agudizar este conglomerado de problemática social.

La consecuente pobreza derivada de los problemas económicos y las progresivas necesidades de asistencia sanitaria de la población, contribuyeron al impulso para la fundación de hospitales creados en principio por el patronazgo de la Iglesia. A estas titularidades se incorporaron nobles contribuyentes y los

propios Consejos de las ciudades. Todos con el objetivo principal de dar cobertura a los problemas sanitarios y de atención a los necesitados manifestado por enfermos, pobres y peregrinos.

La unificación de los hospitales iniciada en las grandes ciudades desde la mitad del siglo XV, contribuyó entre otros a definir y catalogar los grupos de personas con actividades asignadas en las rutinas de estos nuevos hospitales generales, Definiciones de los trabajos que aparecen regulados por Ordenaciones o Reglamentos. Por ejemplo, con respecto al Hospital General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, en el capítulo séptimo de su Reglamento aparece la figura del enfermero mayor, el enfermero menor y las comadronas, además de incluirse las actividades de médicos, boticarios y personal escribiente (Baquero, 1952: 28)

No podemos dejar de mencionar en estas conclusiones, las dificultades con las que nos hemos encontrado con tal de identificar y relacionar el ejercicio de actividades laborales del entorno del cuidado asistencial en los hospitales que hemos localizado en las diferentes ciudades y poblaciones. En cualquier caso, nos preguntamos si fueron suficientes para atender a la población nosocomial en las numerosas infraestructuras sanitarias bajomedievales existentes en nuestras ciudades. También cabe preguntarse sobre quienes se ocuparon de administrar una asistencia, practicar un cuidado, mantener los hospitales en condiciones adecuadas y asumir las necesidades ante los problemas sanitarios de la época. Los diferentes patronazgos de los hospitales debieron recurrir e incluir en su organigrama a personas que sin una formación adecuada, prestaron sus servicios bajo una contraprestación económica y subordinados a la figura del hospitalero.

En cuanto a las instituciones dedicadas a la acogida de pobres, enfermos y peregrinos, es preciso considerarlas agrupadas en relación con la importancia social, política y económica de las poblaciones en las que se han localizado. Un aspecto que hemos analizado teniendo en cuenta que nos encontramos, tal y como

ocurre en los otros recorridos estudiados hasta el momento, hospitales construidos en momentos, estilos, motivaciones, trazas y disposiciones en función de sus fundadores y/o constructores, tal y como les aconsejaba el momento. No obstante, no debemos confundir el concepto actual, ni dejarnos impresionar por algunas de las expresiones arquitectónicas del momento. Por hospitales en la mayoría de los casos nos referimos a estructuras bastante modestas, que en la mayoría de los casos tenía, únicamente, los elementos necesarios para proveer descanso y la satisfacción de las necesidades de higiene y alimentación. En un primer nivel los hospitales ubicados en las poblaciones de Valencia y Zaragoza, como capitales de los reinos de Valencia y Aragón; identificamos un nivel intermedio, para los situados en las poblaciones de Teruel, Daroca y Calatayud en la variante hacia Soria; y por último situar los hospitales pequeños, tipo refugio, probablemente adscritos a la unidad parroquial y físicamente anexos a las iglesias. Consideramos incluidos en este último nivel, los lugares de acogida mantenidos por la iniciativa municipal e incluso particular, en donde el ejercicio de la caridad se manifiesta como motivación principal en el ejercicio de las tareas de acogida y cuidado.

Se desprende que la presencia de hospitales o casas de acogida para pobres, enfermos y peregrinos es una evidencia que hemos encontrado documentada a partir de variadas fuentes, en la mayoría de las poblaciones que une el Camino Real y eje de comunicación entre Valencia y Zaragoza, en este período de la Baja Edad Media. Se pueden identificar por tanto desde lugares de peregrinación y centros de acogida y atención sanitaria a los peregrinos a la largo de la ruta logrando referenciar la existencia de múltiples centros, lo que contribuye a la obtención de los objetivos tercero y cuarto.

Creemos que esta ruta fue muy frecuentada por transeúntes, comerciantes, feriantes y especialmente peregrinos, lo que propició propuestas para la existencia de lugares de acogida, hecho que ocurre en las poblaciones que son atravesadas por una ruta de importancia. No obstante, hemos localizado poblaciones en las

que no hemos encontrado evidencias de la existencia de hospitales y/o lugares de acogida y, sin embargo, hemos visto ubicaciones de hospitales en poblaciones muy próximas a la ruta principal, no consideradas en los referentes camineros, debido probablemente a variantes en los recorridos entre poblaciones, y que esa proximidad garantizó las comunicaciones y la necesaria cobertura de estos servicios. Variantes camineras que constituyen posibles alternativas al itinerario y su identificación satisface la consecución de nuestro quinto y último objetivo.

Está presente en este período bajo medieval la continuidad en el fervoroso auge de los movimientos de peregrinación, a los santos lugares, surgidos en los siglos XI y XII, y enriquecidos con aportaciones exteriorizadas a través de la entrega y sacrificio por proclamar los evangelios a la población musulmana, como lo fueron los santos mártires, Perussa y Saxoferrato. Por la consolidación de creencias en relatos milagrosos relacionados con la eucaristía, por ejemplo; los Corporales de Daroca, El Miracle dels peixets. También por la influencia de predicadores tales como san Vicente Ferrer. Otros estímulos venían dados por la posibilidad del beneficio en la concesión de indulgencias, como son los casos de la visita al Pilar de Zaragoza, en determinadas fechas. En otro orden, por la construcción a iniciativa real de monasterios, donde la veneración de reliquias atraían la peregrinación y visita a estos y otros lugares beneficiados, igualmente, por la concesión de indulgencias con el fin de obtener el beneficio y refuerzo de su fe.

Sin duda, una de las figuras representativas del hombre medieval, fue la del peregrino, figura que con su acción de peregrinar ha constituido parte principal de nuestros objetivos. Estos peregrinos seguían itinerarios poco definidos y sometidos a los dictados de informaciones verbales, recorrían los caminos acoplándose en las comitivas de caravanas comerciales, aprovechando la tranquilidad del viaje, garantizada por la protección de su rey y beneficiándose de los privilegios de acogida y refugio que les reportaba la tenencia de los

salvoconductos y/o pasaportes, valederos tanto para su persona como para sus bienes y bagaje. Aparte de que visitaban y veneraban los lugares santos tradicionales de peregrinación ya citados. Algunos de los lugares mencionados anteriormente tenían una menor tradición, conventos, santuarios, ermitas y otros lugares vinculados con algún suceso de carácter espiritual se convirtieron en paso obligado y/o destino de quienes viajaban movidos por la fe, lugares que como es el caso se ubicaban también en este Camino Real de Valencia a Zaragoza, y de su variante por Calatayud hacia Santiago de Compostela.

BIBLIOGRAFÍA

Acebrón Cubillán, C. Morente Parra, M. (1999). Cuidados básicos al peregrino en hospitales medievales del Camino de Santiago. *Actas del IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Gijón (Asturias).

Ackerknecht, E.H.(1985). *Medicina y Antropología social*. Madrid. Ed. Akal.

Aguirre Gonzalez, F. J. (1982). *Catálogo de los Archivos Turolenses*, Instituto de Estudios Turolenses. Teruel.

Alcañiz Gutierrez, A; Loraque Rodrigo, M. (2006). Burbáguena. *Rev. Xiloca*. 34: 219-246.

Alemaný Bolufer, J. (1919): La geografía de la Península Ibérica en los escritores árabes. *Revista del Centro de Estudios de Historia de Granada*. 9: 122-136.

Alfaura, Joaquín. *Historia o Anales de la Real Cartuja de Val de Cristo, Fundación de los muy altos Reyes de Aragón Don Pedro IV i Don Martín su hijo*. Citado en Simón Aznar, V. (2005). *Historia de la Cartuja de Val de Cristo*. Fundación Bancaja. 2ª edición. Valencia.

Ivarez Gómez, J. (1996) “... y Él los Curó”. *Historia e identidad evangélica de la acción sanitaria de la Iglesia*. Madrid. Publicaciones claretianas.

Amorós Payá, P. (1956). Los Santos mártires franciscanos Beato Juan de Perusa y Beato Pedro de Saxoferrata, en la Historia de Teruel. *Teruel*, 15-16: 4-144.

Arnau de Vilanova, *Obres Catalanes*, I, 227-228. Citado en Rubio Vela, (1984: 15).

Arroyas Serrano, M; Montolío Torán, D; Saborit Badenes, P. (2005) *Historia de las diócesis españolas: La Iglesia de Segorbe-Castellón*. Coordinación: Pedro

Saborit Badenes (Coord.). Segorbe: Biblioteca de autores cristianos, Proyecto "Flórez 2000".

Arroyo Duran, F. (2008). *a cofradía de Belc ite y la "militia c risti" de Monreal. En Gran Guía de la España Templaria..* Madrid. Templespaña,: 89-90.

Asso, I. (1798). *Historia de la Economía Política de Aragón.* Zaragoza.

Baquero, A. (1952). *Bosquejo histórico del Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.* Zaragoza: Institución Fernando el Católico.

Beaujouan, Guy (1967). "La Science en Espagne aux XIV^e et XV^e siècles". Conferencia dada en el Palais de la Découverte, 4 febrero 1967.

Benedicto Gimeno, E. (1996). Documentos sobre el convento y la ermita de San Roque de Calamocha", *Rev. Xiloca*,18, págs, 15-45.

Benítez Bolorinos, M. (1998). *Las cofradías medievales en el Reino de Valencia (1329-1458).* Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante.

Blasco Martínez, A. (2001). La Iglesia Parroquial de Santiago de Zaragoza (segunda mitad del siglo XIV y comienzos del XV). *Memoria Ecclesiase XVIII:* 207-236.

Blasco Solana, M.; Monzón Fernández, P.A.; Rodrigo Luna, C. (1996). El Hospital Real y General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza, el en siglo XVI-XVII. Actividad del Personal Sanitario. I Congreso Nacional de Historia de la Enfermería. Madrid.

Blázquez, A. (1892). Nuevo estudio sobre el "Itinerario de Antonino". *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 21: 54-128.

Bofarull y de Sartorio, M. (1876). Colección de documentos inéditos del archivo general de la Corona de Aragón, publicada por Real Orden por su Archivero. D. Manuel de Bofarull y de Sartorio. Barcelona: Gremios y Cofradías de la Antigua Corona de Aragón. Tomo XL.

Bofarull, Antonio de. (1850). Crónica del rey de Aragón Don Pedro IV. Barcelona: Edición digital de Google books.

Boloqui Larraya, B. (2004). *Los caminos de Santiago. Arte, Historia y Literatura* Lacarra Ducay (Coord.) Zaragoza: Instituto Fernando el Católico.

Bonastra, A; Jori, G. (2009). EL uso de GoogleEarth para el estudio de la arquitectura hospitalaria II. *Revista electrónica de recursos en Internet sobre Geografía y Ciencias Sociales* nº 122 y 123.

Borque Ramón, J.J. y otros (1994). *Guía de Daroca*. Centro de Estudios Darocenses. Institución Fernando el Católico.

Brines, L; Palomero, J. (2009). *Nova edició del "Regiment de la cosa pública"* de Francesc de Eiximenis. Bromera. Valencia

Buil Guallar, C; Marca Fraile, R. (1995). Iglesia Parroquial de San Pedro Apóstol. Blancas (Teruel). *Rev. Xiloca* nº 15: 31-64.

Bujosa Homar (1989). *Filosofía e Historiografía médica en España*. Madrid. Ed. C.S.I.C.

Bunge, M. (1985) *La investigación científica*, I, Barcelona. Ariel .

Bureta Anento, I. (2003). Bágüena en el siglo XV. Datos para su historia. *Rev. Xiloca*, 31:15-53. Museo Parroquial de Bágüena.

Burns R.I. (1982). *El Reino de Valencia en el siglo XIII*. (Iglesia y Sociedad). Valencia: Ed. Del Cenia al Segura. 2 vols.

Burns, R. I. (1967) Un monasterio hospital del siglo XIII: San Vicente de Valencia, *Anuario de Estudios medievales* 4:75.

Burns, R. I. (1989). L'Església com a institució fronterera. En *Història del País Valencià*. Barcelona, Edicions 62, vol II, pp.125-139.

Burns, R.I. (1965) Los hospitales del Reino de Valencia en el siglo XIII, *Anuario de Estudios Medievales* 2: 75-81.

Cabanes M^a. D; Ferrer, R. (1980). *LLibre del Repartiment del Regne de Valencia*. Vol. III. Zaragoza.

Cabanes Pecourt, D. (2005). Parroquias y Órdenes Militares en la Geografía urbana de Valencia (siglo XIII). *Memoria Ecclesiae*. 27: 463-474.

Cabanes Pecourt, M^a. D. (2002). Las primeras devociones de la Valencia cristiana (s. XIII). *Memoria Ecclesiae*, 20. Actas del XVI Congreso de la Asociación de archiveros de España. Zaragoza (2000) Hevia Ballina, A. (Coord) 121-140.

Cabello Solanas, S. (Dir). (2007). Longares. Historia y patrimonio. Zaragoza: Excmo. Ayuntamiento de Longares.

Cabré, M. (2005). Como una madre, como una hija: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media. En Isabel Morant (dir). *Historia de las mujeres en España y America Latina I. De la Prehistoria a la Edad Media*, Madrid, pp. 637-657.

Cacho, J. A. del (1994). Archivo particular. *Noticias de Zaragoza recogidas, seleccionadas y ordenada*, t. III, ejemplar 2º, cuaderno, 4º, capítulo VIII, fol. 347. Caspe.

Camarena Maiques, J. (1984). *Llibre del Repartiment de València*. Valencia. García Editores.

Canellas López, A. (1988). *Inventario de los fondos del archivo de la Colegiata de los Corporales de Daroca*. Zaragoza, doc. 414.

Cañada Juste, A. (1999). El nombre de Cella. Su posible origen y el reino de As-Sahla. *Xiloca* 23: 61-74.

Cardoner i Planas, A. (1973). *Història de la medicina a la Corona d'Aragó: (1162-1479)*. Barcelona. Scientia.

Castrillo Mazerés, F. (1992). La huella guerrera en el camino: El Apóstol Santiago y las Órdenes de los Caballeros, en Horacio Santiago-Otero (Ed.). *El Camino de Santiago: La hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Salamanca. Junta de Castilla y León, pp. 319-341.

Caucci von Sauchen, P. (2005). Las Edades del Camino: Hospitalidad jacobea, a un paso del Cielo. *Rev. Peregrino*, 99-100: 27-37.

Caveda y Nava, J.; Morales Saro, M. C. (1982). *Memoria histórica de los templos construídos en Asturias desde la restauración de la monarquía gótica hasta el siglo XII*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Centeno, C; Arnillas, P. (2005). Historia de los cuidados paliativos en Conde Herranz, J. Los cuidados paliativos: sus raíces, antecedentes e historia desde la perspectiva cristiana. *Dolentium Hominum*. 58: 54-63.

Cerveró, LL. (1987). *La medicina en la literatura valenciana del segle XVI*. Valencia. Ed. E. Climent.

Cía, J., Blasco, M., Rodrigo, C., Monzón, P. (1999). Los Hospitales de Zaragoza dedicados al cuidado de peregrinos durante los siglos XIII al XV. *Actas del IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Gijón (Asturias).

Cía, J; Blasco, M. (2001). Los hospitales de Zaragoza dedicados al cuidado de peregrinos durante los siglos XIII al XV. *Cuadernos de Aragón*. 27: 191-206.

Coe, Rodney M. (1973). *Sociología de la Medicina*.. Madrid. Alianza.

Collier M. F. (1993). *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana.

Conde Herranz, J. (2004). *Introducción a la Pastoral de la Salud*. Madrid. Ed. San Pablo.

Conde Herranz, J. (2006). Antecedentes, raíces y evolución histórica de los hospitales desde la perspectiva de la Pastoral de Salud. *XXXI Jornadas de Pastoral de la Salud*. Bilbao.

Conejo da Pena, A. (2002). *Assistència i hospitalitat a l'edat mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: del gòtic al primer renaixement*. Tesis doctoral, dirigida por M^a Rosa Terés Tomás. Universitat de Barcelona.

Corbín Ferrer, Juan L. (2001). Aportaciones del Archivo Metropolitano de Valencia a algunas Romerías a Santuarios o Iglesias de esta Diócesis. *Memoria Ecclesiae* 19: 37-39.

Corral Lafuente, J.L. (2006). El proceso de monopolización del poder municipal en la ciudad de Daroca en la Baja Edad Media". *Aragón en la Edad Media*.19: 125-134.

Corresa i Marin, N. (2004). El Reial Monestir de Sant Esperit de Gilet: VI segles al Camp de Morvedre. *Braçal: revista del Centre d'Estudis del Camp de Morvedre*. Nº. 30, pags. 203-222

Covarrubias Orozco, S. (1674). Tesoro de la lengua Castellana ó Española, Madrid. Biblioteca virtual Miguel de Cervantes. Consultado en: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/80250529545703831976613/ima0194.htm>. [09/08/2009].

Crespo Vicente, P. (2006). *Historia de Monreal del Campo*. Emilio Benedicto (Coord.). Ayuntamiento de Monreal del Campo. Teruel.

Chabret, A. (1888). *Sagunto su historia y sus monumentos*. Sagunto: Caja de Ahorros y Socorros de Sagunto, 2 tomos.

Chediak, Edmond. (2007). *Tres médico árabes: Rhazes, Averroes, Avicena*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina.

Chelini, J. (1997). *'aube du Moyen ge. aissance de la chretiente occidentale*. Paris.

De la Fuente, V. (1994). *Historia de la siempre augusta y fidelísima ciudad de Calatayud*. Calatayud: Ed. Facsimil del Centro de Estudios Bilbilitanos. 2 vols.

De Vicente González, J; Azores Torres, M. (2004). *Monasterios, Cartujas y Conventos en las Rutas Compostelanas Españolas*. A Coruña. tresCtres editores.

Del Campillo, T. (1915). *Documentos históricos de Daroca y su Comunidad*. Zaragoza: Excma. Diputación Provincial de Zaragoza. Tomo VIII.

Del Campo Gutierrez, A. (2002). Aproximación a un mapa devocional de Zaragoza en el siglo XIV. *Turiaso*, 16: 87-144.

Denzin N. K. (1989). *Strategies of Multiple Triangulation. The Research Act: A theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill.

Díaz García, T; Sampedro, M^a J. (2009) Léxico gastronómico intercultural del Camino de Santiago. *I Congreso Internacional sobre aproximaciones lingüísticas a la descripción de la comida y el vino*. Madrid.

Diccionario de Autoridades. Real Academia Española (1737). Madrid 1963. Edición facsímil.

Dietari del capell d' lfonse el Magnanim. Miralles, M. (1419-1502). Transcripción de V. J. Escartí. (2001). Institució Alfons el Magnànim. Valencia.

Domingo Comeche, D. (1999). *Alcublas aproximación a su Historia*. Alcublas: Ayuntamiento de Alcublas.

Domingo Simó, F. (1954). *Notas históricas sobre el "Hospital de gnoscents folls e orats" de Valencia*. Valencia: Institución "Alfonso el Magnánimo". Diputación Provincial de Valencia.

Dominguez Alcón, C. (1986). *Los Cuidados y la profesión enfermera en España*. Madrid. Pirámide.

Domínguez Monedero, A. J. (1984). Reflexiones acerca de la sociedad hispana reflejada en la "Geografía" de Estrabón. *Lucentum*, 3: 201-218.

Donahue, P. (1985). *Historia de la Enfermería*. Barcelona. Ed. Doyma.

Dozy y De Goeje. (1975) *(Al- drisi Description de l' fri ue et de l'Espagne*. Ed. Trad. Notas y glosario Reedición Nápoles-Roma.

Eiximenis, F. (1927). *Regiment de la Cosa Pública*. Barcelona. Ed. Barcino.

Eiximenis, F. (1986-87). *Dotzè llibre del Crestià*. Wittlin, C. et al., ed. Girona: Col·legi Universitari de Girona i Diputació de Girona, 2 vol.

Esclapes de Guillò, P. (1734). *Resumen Historial de la fundación, i antigüedad de la ciudad de Valencia*. Introducción de Manuel Bas Carbonell. Valencia: Edición Facsimil. Ayuntamiento de Valencia Edición. 2004.

Eseverri Chaverri, C. (1995). *Historia de la Enfermería española e Hispanoamericana*. Madrid. Universitas.

Esparza Urroz, J. M^a. (2002). Hospitalidad al peregrino dentro de la diócesis de Zaragoza entre los años 1771-1807. *Revista de Historia Jerónimo Zurita*. 76-77.

Espés, Diego. (1650). *Historia Eclesiástica de la ciudad de Zaragoza desde la venida de Jesú Christo Senyor, y Redemptor nuestro hasta el anyo de 1575*. Manuscrito compulsado del siglo XVI, 2 Tomos. I fol., 406 y 487.

Falcón Pérez, M^a I. (1980). Sanidad y Beneficencia en Zaragoza en el siglo XV. *Aragón en la Edad Media* 3:183-226.

Ferragud i Domingo, C. (2007). Los oficios relacionados con la medicina durante la Baja Edad Media en la Corona de Aragón y su proyección social. *Anuario de estudios medievales* 37, 1:107-137.

Ferrer, Vicent, sant (1350-1419) Quaresma de Sant Vicente Ferret: predicada a València l'any 1413. Introducció, notes i transcripció per Josep Sanchis Sivera. Barcelona: Institució Patxot, 1927; I: 90.

Fita Colomé, F. (2007). El templo del Pilar y San Braulio de Zaragoza. Edición digital a partir del *Boletín de la Real Academia de la Historia*, Tomo 44 (1904), pp. 425-461. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes.

Fontaine, J. (1959). *sidore de S villa et la culture clas ue dans l'Espagne visigothique*. Paris.

Friedrum R. Hau. (1993). Tradición cristiana y medicina árabe, en varios autores, *Crónica de la Medicina*. Barcelona. Plaza-Janés.

Gallegos Vázquez; F. (2005). *Estatuto Jurídico de los Peregrinos en la España Medieval*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

Gallent Marco, M (1980). La asistencia sanitaria en Valencia (1400-1512). Tesis doctoral dirigida por Prof. L. García Ballester. Facultad de Geografía e Historia. Universidad de Valencia.

Gallent Marco, M. (1988). La Enfermedad, el personal sanitario y la asistencia. En *Historia de la Medicina Valenciana*, Tomo I, 89-106.

Gallent Marco, M; Bernardo Paniagua, J. M^a. (2001-2002). Comunicaciones en tiempos de peste “les crides” en la Valencia del s. XV. *Saitabi* 51-52: 113-136.

García Ballester, L. (1972). Galeno. En Laín Entralgo. *Historia Universal de la Medicina*, vol. 2: 226. Barcelona. Salvat.

García Ballester, L. (1976). *Historia social de la Medicina en la España de los siglos XI al XVI*. Madrid: Akal.

García Ballester, L. (1987). Panorama de la medicina en una sociedad medieval mediterránea: la Valencia cristiana bajomedieval. *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illuestrandum*. Vol. 7-8: 59-115

García Ballester, L. (2001). *La Búsqueda de la Salud: Sanadores y enfermos en la España medieval*. Barcelona. Ed. Península.

García Barreno, P. (2002). La Medicina Medieval (1100-1500). *Ciencia y cultura en la Edad Media. Actas VIII y X. Fundación Canaria Orotava de la Ciencia*. Orotava: 355-391.

García de la Borbolla, A. (2004). El papel de los monasterios en las peregrinaciones medievales: cultos locales y tráfico de reliquias. En García de Cortazar, J. A. y Teja R. (Edit.) *Monasterios y peregrinaciones en la España medieval*. Aguilar de Campoo. Palencia: Fundación Santa María la Real.

García Edo, V. (1987). *Segorbe en el siglo XIII* (notas para su estudio). Segorbe: Ayuntamiento de Segorbe.

García Edo, V. (1990). *LLibre dels Feyts*. (Crónica de Jaime I). Valencia: García Editores

García García, I., Ramos Cobos, M., Gozalbes Cravioto, E. (2005) Enfermedad y cuidados en la obra de Isidoro de Sevilla: Siglo VII. *Index de Enfermería* 14: 70-73.

García Herrero, M^a. C. (2006). Actividades laborales femeninas en la Baja Edad Media turolense. *Aragón en la Edad Media*, 19: 181-200. Ejemplar dedicado a: Homenaje a la profesora María Isabel Falcón.

García Mercadal, J. (1999). *Viajes de extranjeros por España y Portugal*. Consejería de Educación y Cultura Gobierno de Castilla León. Valladolid.

García Valdés, A. (1987). La salud y la enfermedad en Edad Media, en *Historia de la Medicina*. Madrid. Interamericana.

García Verdeguer, C. (1990). Una mesellería en la Valencia del quinientos, el Hospital de Sent Llàtzer. Tesis de Licenciatura dirigida por Gallent Marco, M. Universidad de Valencia. Facultad de Geografía e Historia.

García y Bellido, A. (1983). *España y los españoles hace dos mil años*. Madrid: Espasa-Calpe.

García y García, J.V. (1994) *Resumen de Apuntes sobre la historia de Sarrión*. Sarrión (Teruel): Excmo. Ayuntamiento de Sarrión.

Gargallo Moya, A. (1996). *El Concejo de Teruel en la Edad Media 1177-1327*, Teruel: Instituto de Estudios Turolenses. Vol. I.

Gargallo Moya, A; Sánchez Uson, M. J. (1984). Cuentas de un viaje en el siglo XIV: de Teruel a Zaragoza y Barelona en 1366. *Rev. Teruel*, 71: 54-55.

Garrison, F.H. (2005). Origen histórico del hospital. En González, F; Navarro, A; Sánchez, M.A. *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona. Ars Médica.

Gesteira, M. (1991). Christus Medicus, Jesús ante el problema del mal. *Revista Española de Teología* 51, 2-3: 254-300.

Gil Domingo, A. (2003). La Iglesia de Calamocha a través de la historia. II. *Rev. Xiloca* 31: 213-232.

Gil Domingo, A. (2004). La Iglesia de Calamocha a través de la historia. III. *Rev. Xiloca* 31: 145-178.

Gil Domingo, A. (2002). La Iglesia de Calamocha a través de la historia. I. *Rev. Xiloca* 30: 179-214.

Goglin, J.L. (1976), *Les misérables dans l'Occident médiéval*. París. Ed su Seuil.

Gómez Casañ, R. (1986). *a "istoria de X rica" de rancisco del ayo*. Segorbe: Caja de Ahorros y Monte de Piedad.

Gómez-Ferrer Lozano, M. (1996). *Arquitectura y arquitectos en la Valencia del siglo XVI. El hospital y sus artífices*. Tesis doctoral Universidad de Valencia.

Graus, Frantisek (1961). “Au bas Moyen Age: pauvres des villes et pauvres des campagnes”. *Annales. Economies. Sociétés. Civilisations* 16: 1053–1065.

Günther B. Risse (1999). *Mending bodies, saving souls. A history of hospitals*. New York: Oxford University Press US.

Haucourt, G. (1972). *La vie au Moyen Age*, Paris.

Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Los cuidados de Enfermería como materia histórica investigable*. Madrid: McGraw-Hill.

Hernández Marín, F. (1996): *Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Síntesis, S. A.

Hertling, L. (1989). *Historia de la Iglesia*. Herder. Barcelona.

Hinojosa Montalvo, J. (2003). *Los reinos cristianos medievales. Jaime I el Conquistador (1208-1276)*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. <http://www.cervantesvirtual.com/FichaObra.html?Ref=10326&portal=33>.

Hinojosa Montalvo, J. (2002). *Diccionario de historia medieval del Reino de Valencia*. Valencia: Biblioteca Valenciana. Generalitat Valenciana. 4 vols.

Ibarra y Rodríguez, E. (1904). Colección de materiales para el estudio de la Historia de Aragón. Prólogo al primer volumen. Citado en Rodrigo Estevan, M^a L. (1999) *La ciudad de Daroca a fines de la Edad Media: selección documental, 1328-1526*. Daroca: Centro de Estudios Darocenses.

Iradíel, P. (1992). *Cofradías gremios y solidaridad en la Europa Medieval*. Semana de Estudios Medievales. Estella: Gobierno de Navarra.

Iranzo Muñio, M^a. T. (1993). Los sistemas de comunicación en Aragón en la Edad Media. Una revisión. *Anuario de estudios medievales* 23: 89-110.

Iranzo Muñio, M^a. T. (2005) *Aragón, puerta de Europa: los aragoneses y el Camino de Santiago en la Edad Media*. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Educación, Cultura y Deporte.

Iranzo Muñio, M^a. T; Laliena Corbera, C. (1984). Comunicaciones y vías de comunicación en el Bajo Aragón en la Edad Media. *Rev. Teruel* 71: 29-46.

Jetter, D. (1972). Los hospitales en la edad media, en *la Historia Universal de la Medicina* de Laín Entralgo. Barcelona, III, 263-295.

Jic T. (1975). “Qualitative and quantitative methods: Triangulation in action”. In: Van Maanen J (ed.). *Qualitative methodology*, Beverly Hills, CA.

Kenny, M; de Miguel, J. (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.

Lacarra Ducay, M^a.C. (2003). *La Puerta del Perdón de Santa María de los Corporales de Daroca*. Zaragoza: Diputación Provincial de Zaragoza.

Lacarra, J.M; Beltrán, A.; Canellas, A. (1976) *Historia de Zaragoza, I. Edades Antigua y Media*. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza.

Laín Entralgo, P. (1972). *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat.

Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat.

Las Siete Partidas del Sabio Rey Don Alfonso X el Sabio glosadas por el Lic. Gregorio Lopez del Consejo Real de Indias de S.M. Tomo III, que contiene la 6^a y 7^a Partida.

Lasagabáster Arratíbel, D. (1999). *Historia de la santa Capilla del Pilar*. Zaragoza: Fundación Santa María.

Lázaro Polo, F. (1988). Algunas notas sobre la historia, el folklore y el habla de Caminreal (Teruel). *Rev. Xiloca* 2: 151-171.

Ledesma Rubio, M^a. L.; Falcón Pérez, M^a. I. (1977). *Zaragoza en la Baja Edad Media*. Zaragoza: Lib. General.

Leistikow, Dankwart. (1967). *Leistikow D. Edificios hospitalarios en Europa durante diez siglos*. C.H. Boehringer Sohn. Ingelheim am Rhein.

Lérida Lafarga, R. (2009) Traducción: *Ravennatis Anonymi, Cosmographia IV 43*. <http://www.catedu.es/aragonromano/ravenate.htm>.

Linaje Conde A (1970). La enfermedad en la organización monástica visigótica, *Asclepio* 22: 203-217.

Lomax, D.W. (1986). Las dependencias hispánicas de Santa María de la Selva Mayor, *Príncipe de Viana* Anejo 3: 491-506. Homenaje a José María Lacarra.

López Alonso, C. (1986) *La pobreza en la España Medieval*. Madrid: Centro de Publicaciones Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

López Campuzano, J. (1999) Farmacias monasteriales de la Orden Cartuja. *Anales de Historia del Arte* 9: 349-365.

López de Meneses, A. (1956). *Documentos acerca de la Peste Negra en los dominios de la Corona de Aragón*. Zaragoza: “Heraldo de Aragón”.

López Piñero, J. M^a. (1979). *Ciencia y técnica en la sociedad española de los siglos XVI y XVII*. Barcelona: Ed. Labor.

Lopez Piñero, J.M. (1988-1992). *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia:
Vicent García Editores. Tomo I.

López Piñero, J.M. (2002). *La Medicina en la Historia*. Madrid: Ed. La Esfera de
los Libros.

López Polo, A. (1949). Documentos para la Historia de Teruel. *Rev. Teruel*. 1:
183-206.

López Terrada, M^a. L. (1986). *El Hospital General de Valencia en el siglo XVI
(1512-1600)*. Tesis de doctorado dirigida por Emilia Salvador Esteban.
Universidad de Valencia.

López Terrada, M^a. L. (1996). El hospital como objeto histórico: Los
acercamientos a la Historia hospitalaria. *Revista d'Historia Medieval* 7: 192-204.

Loraque, M; Benedicto, E. (2006). *Los archivos de la Comarca del Jiloca*. Centro
de Estudios del Jiloca. Calamocha (Teruel).

Lozano Gracia, S. (2004). *La población de Aragón en la Edad Media (siglos XIII-
XV): estudios de demografía histórica*. Sesma Muñoz, A; Laliena Corbera, C.
Zaragoza: Leyere.

Lozano Gracia, S. (2006). Las parroquias y el Poder Urbano en Zaragoza durante
los siglos XIV y XV. *En la España Medieval* 29: 135-151.

Llibre dels feyts del rey Jacme I. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes (2006)
Reproducció digital del manuscrit datat a Barch[i]n. anno Nativitate Domini m^o
ccc^o octuagesimo [1380].Biblioteca de Catalunya, sig. Ms. 1734. Consultado en
[http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/07033885489647339647857/
ima0005.htm](http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/07033885489647339647857/ima0005.htm). [07/09/2009].

Llistar, J. (1915). *Milagro de las Sagradas Formas y los peces de Alboraya*. Valencia: Librería de Pascual M. Villalba.

Llombart, Constantino. (1887). *Valencia antigua y Moderna*. Guía de forasteros. Biblioteca Valenciana, p. 591.

Llop Catalá, M. (1982). La predicación y las Cofradías Valencianas, siglos XIV-XV. *Boletín de la Sociedad Castellonense de Cultura*. 58: 11-16.

Madoz, P. (1845-1850). *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. Madrid. 16 vols.

Madoz, Pascual. (1845-1850). *Diccionario geográfico-estadístico-histórico de España y sus posesiones de Ultramar*. Madrid: Estab. Literario-Tipografía de P. Madoz y L. Sagasti.

Marco Merenciano, F. (1950). *Vida y obra del Padre Jofré: fundador del primer manicomio del mundo, año 1409*. Madrid: CSIC.

Margalé, TR. (2002). Peirones y cruces en Aragón. *Trébede: Mensual aragonés de análisis, opinión y cultura*. 64: 12-18.

Martín, José Luis. (1980). *Transformaciones económicas y sociales. Historia de España*. Madrid: Historia 16: 53-54.

Martinez Aloy, J. (1930). *La Diputación de la Generalidad del Reino de Valencia*. Valencia: Diputación Provincial de Valencia.

Martínez Crespo, A. (1994). Mujer y medicina en la baja Edad Media. *Hispania: Revista española de historia* 54, 186: 37-52.

Martínez García, L. (1981). *La asistencia a los pobres en Burgos en la Baja Edad Media*. Burgos: Diputación Provincial de Burgos.

Menendez de Luarda, J. R. (2005). Las Edades del Camino. Las rutas jacobeanas en la caminería hispánica: Caminos y ciudades. *Peregrino* 104: 15-25.

Miller Timothy S. (1995). *The Birth Of The Hospital In The Byzantine Empire*. Johns Hopkins University Press. US.

Miret y Sans, J. (1918). *Itinerari de aume "el Con ueridor"*, Barcelona.

Molina Alén, E. (2005). El Rol de Enfermería: Un paseo por el tiempo. *Actas del III Congreso Internacional y VIII Nacional de Historia de la Enfermería*. Zaragoza, p. 339-357.

Moliner Espada, E. (1980). *Historia de Cariñena*. Zaragoza: Lib. General.

Moliner, María. (1990) *Diccionario del uso del Español*. Madrid: Gredos.

Mollat, M. (1970). *Les pauvres et la société medievales*. Comunicación al XII Congreso Internacional de Ciencias Históricas. Moscú.

Mollat, M. (1978). *Les Pauvres au moyen age: Étude sociale*. Paris : Hachette.

Monge, J. A ; Gironés, J. M. (2003) La Tabula Peutingeriana. El mapa de carreteras más antiguo del mundo. *La aventura de la Historia* 59: 76-84.

Montanari, M (1993). *El hambre y la abundancia. Historia y cultura de la Alimentación en Europa*. Barcelona: Crítica.

Moralejo, A; Torres, C.; Feo, J. (1998) *iber Sancti acobi "Code Calitinus"*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.

Moreno Gallo, I. (2005). Tabula Peutingeriana. Conradi Milleri facsimile. *Britania & Hispania black & white hipotesis 1887. Rev. Traianvs*.

Müller Ingo. (1993). La medicina entre la magia y el conocimiento. En *Crónica de la Medicina* Barcelona: Plaza-Janés pp. 121-161.

Muñoz Garrido, V. (2003). *Teruel Medieval*. Teruel: Ed. Aragón vivo.

Narbona Vizcaino R. (2003). *Memorias de la Ciudad. Ceremonias, creencias y costumbres en la historia de Valencia*. Valencia: Ayuntamiento de Valencia.

Narbona Vizcaino, R. (2003). *Memorias de la Ciudad. Ceremonias, creencias y costumbres en la historia de Valencia*. Ayuntamiento de Valencia, Págs. 47-48.

Navarro Espinach, G. (2000) El Hospital de Santa María de Villaespesa y de San Juan Bautista en la ciudad de Teruel a través de los actos notariales de Alfonso Jiménez (1481-1518). *Aragón en la Edad Media* 16: 565-590.

Navarro, A. (2005). Los hospitales concepto, alcance y dimensión. En *Los hospitales a través de la historia y del arte*. Barcelona: Ars Médica.

Nicolai, A. (1897). *Monsieur Saint Jacques de Compostelle*, Burdeos.

Nogales Espert, A. (1999). La atención a los enfermos en el Camino de Santiago: su importancia para la enfermería medieval y de principios de la Edad Moderna. *Actas del IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Gijón (Asturias).

Olmos y Canalda, E. (1961). *Inventario de los pergaminos del Archivo de la Catedral de Valencia*. Prólogo del Ilmo. Sr. Miguel Bordonau. Valencia: Arzobispado de Valencia. Dirección General de Archivos y Bibliotecas.

Olsen, W. (2004): Triangulation in Social Research: Qualitative and Quantitative Methods Can Really be Mixed. En: Holborn, M.: *Development in Sociology*. Causeway Press.

Orlandis, J. (1972) “La asistencia a los pobres en la iglesia visigótica” A pobreza e assistência aos pobres na península ibérica durante la edade média. *Actas das primeiras Jornadas Luso-espaholas de História medieval*. Lisboa pp.700-715.

Ortiz, J.M. (1992) *Disertación histórica de la festividad y procesión del Corpus que celebra cada año la muy ilustre ciudad de Valencia*. Valencia 1865 Facsímil. París -Valencia.

Pardillos Martin, D. (2007). *Colección de documentos del archivo parroquial de Báguena (1363-1505)*. Zaragoza: Centro de Estudios Darocenses.

Pareja Pérez, J. H.: Malabia Martínez, V. (1999). *La Ruta de la Lana, Guía del Peregrino a Santiago de Compostela, de Cuenca a Burgos*. Cuenca: Editorial Alfonsópolis.

Pérez García, P. (1998). *Segorbe a través de su historia*. Segorbe: Publicaciones Mutua Segorbina de Seguros.

Pérez Pérez, I. (2008). Las Cofradías religiosas en la diócesis de Teruel durante la Edad Moderna. *Revista Jerónimo Zurita*, 83: 161-198.

Pérez Puchal, P. (1976). *Geografía de la población valenciana*. Valencia: L’Estel.

Peris Rodriguez, M^a. C. (1985). Pobreza Marginalidad y Crimen. La ciudad de Valencia (1350-1400). Tesis de Licenciatura dirigida por P. Iradiel Murugarren. Universidad de Valencia. Facultad de Geografía e Historia.

Piqueras, J; Sanchis, C. (2006). *Hostales y ventas en los caminos históricos valencianos*. Generalitat valenciana, Valencia.

Pounds, Norman J.G. (1999). *Vida cotidiana: La historia de la cultura material*. Indiana University Press. Bloomington.

Real Academia Española. (1815). Fuero Juzgo. Libro XI, Título I, De los físicos é de los enfermos.

Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la lengua española*. 22ª ed. Madrid: Espasa-Calpe.

Repertorio de Alonso de Meneses. (1976). Madrid. Ed. facsímil del Ministerio de Educación y Ciencia.

Roca Traver, F. (1957). *Interpretación de la "Cofradía" valenciana: la Real Cofradía de San Jaime*. Valencia: Institución Alfonso el Magnánimo, Diputación Provincial de Valencia.

Rodrigo Estevan, Mª L. (1999) *La ciudad de Daroca a fines de la Edad Media: selección documental, 1328-1526*. Daroca: Centro de Estudios Darocenses.

Rodrigo Estevan, Mº L. (1993). Viajeros y desplazamientos cotidianos a fines de la Edad Media. Daroca, sus caminos y sus gentes (siglo XV). *Rev. Historia Jerónimo Zurita*. 67-68: 03-137.

Rodrigo Pertegás, J. (1927). *Hospitales de Valencia en el siglo XV. Su administración, régimen interior y condiciones higiénicas*. Madrid. *Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos*.

Roig Hurtado, I. (2002). Els Miracle dels peixets o milagro de las Sagradas Formas: Un simbolo para la poblaciones de Almàssera y Alboraiia. *Memoria ecclesiae* 20: 329-348.

Roig, Jaume. (1990). *Spill*. Presentación a cargo de d'Antònia Carré. "Ed. facsímil. riginal" València, del Cenia al Segura.

Rojas García P. (1999). Tendencias de la Medicina en el Medievo Latino. *Rev. Electrónica Azogue*, 2: 4. <http://come.to/azogue>

Romeu de Armas, A. (1974). *Itinerario de los Reyes Católicos (1476-1516)*, Madrid: C.S.I.C.

Rosen, G. (1963). "The hospital Historical Sociology of a Community Institution" en Freidson, E. (ed). *The Hospital in Modern Society*. London: MacMillan, pp. 1-63.

Rubio Martínez, P. (2008). Torrelapaja. Casa-Hospital de san Millán. <http://www.torrelapaja.com/>. Documentos conservados en el Archivo Diocesano de Tarazona en los Libros de Visitas Pastorales conservados desde 1476.

Rubio Vela, A. (1971). Estudios en torno a la Peste Negra bajomedieval en Valencia. Siglo XIV. Tesis de Licenciatura dirigida por A. Ubieto Arteta. Universidad de Valencia.

Rubio Vela, A. (1981). Una fundación burguesa en la Valencia medieval: El Hospital de En Clapers (1311). *Dynamis* 1: 17-49.

Rubio Vela, A. (1984). *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*. Valencia: Institución Alfonso el Magnánimo.

Rubio Vela, A. (1995). La población de Valencia en la Baja Edad Media. *Hispania* 55, 190: 495-525.

Rubio Vela, A. (1997) Beneficiencia y Hospitalidad en la ciudad de Valencia durante la Baja Edad Media según las fuentes archivísticas. *Memoria Ecclesiae* 10: 15-60.

Rubio Vela, A. (1997). El hospital medieval de El Puig. Esbozo de su historia. *Estudis Castellonencs* 5: 14.

Rubio Vela, A. (1998). *Epistolari de la Valencia Medieval*. Institut Universitari de Filologia Valenciana. Publicaciones de l'Abadia de Monserrat Valencia/Barcelona.

Rubio Vela, A; Rodrigo Lizondo, M. (1992). En Sanchis Guarner, M. Miscelánea a cargo de Antoni Ferrando. *Els Beguins de València en el segle XIV. La seua casa-hospital i els seus llibres*. Publicación de l'Abadia de Monserrat, volum III. Pág 185-227.

Ruibal Rodríguez, A. (1985). El castillo de Alhambra. *Cuadernos de estudios manchegos* 16: 153-166.

Ruiz Bueno, D. (1965). *Padres apostólicos*. Madrid: Biblioteca Autores Cristianos.

Ruzafa García, M. (2003). La emigración mudéjar en la Valencia Bajomedieval. *Saitabi* 53: 24.

Saiz Puente, M. S. (2004). Cuidados Hospitalarios en la ciudad de Burgos (1085-1645). *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería* 9: 327-344.

Sánchez Navarrete, M (1994). *El Santo Cáliz*. Valencia: Caja de Ahorros de Valencia. Obra social y cultural.

Sánchez Ribes, A. (1998). *El Camino de Levante*. Valencia: Ed. Asociación de Amigos del Camino de Santiago de la Comunidad Valenciana.

Sánchez Ribes, A. (1999). Marco de Atención al Peregrino en el Camino de Santiago. *Actas del IV Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Gijón (Asturias).

Sánchez, M. A. (2005). Los hospitales a través de la historia. En *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: ARS Médica.

Sanchis Guarnier, M. (1972). *La ciutat de València, 5ª ed.* Valencia: Ajuntament de València.

Sanchis Sivera, J. (1932). *Dietari del capell d' nfos El Magn nim atribuit a Melcior Miralles) introducción notes i transcripció*. Valencia: Acció Bibliogràfica Valenciana.

Santo Tomás Pérez, M. (2002). La asistencia a los enfermos en Castilla en la Baja Edad Media. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid.

Santo Tomás, Pérez, M. (1995). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Masson-Salvat.

Sanz Fuentes, M. J. (2001). Papel de la mujer como cuidadora en el Camino de Santiago. *Hiades. Revista de Historia de la Enfermería* 8: 25-38.

Sanz Martínez, D. (2005). El Concejo de Cella en la Baja Edad Media. *Teruel* 90, 2: 7-51.

Sarasa Sánchez, E. (1999). *Caminar en la Edad Media. En Caminos y Comunicaciones en Aragón*. Cord. Mª. A. Magallón. Zaragoza: Fundación Fernando el Católico. DPZ.

Schipperges, H. (1987). *El jardín de la salud. Medicina en la Edad Media*. Barcelona: Laia.

Schubert, Charlotte. (1993). Grecia y la medicina europea; en Cortina, L. y Fenollosa, R. *Crónica de la Medicina*. Barcelona: Ed. Plaza & Janés. p. 36-62.

Sebastián López, S. (1959). *Miscelánea sobre Villarquemado*. Villarquemado: Ayuntamiento de Villarquemado.

Sendrail, M. (1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid: Espasa Calpe.

Sesma Muñoz, J.A.; Laliena Corbera, C. (2004). *La población de Aragón en la Edad Media: siglos XIII-XV*. Zaragoza: Leyere.

Siles González, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Alicante: 2 vols. Consejo Enfermería Comunidad Valenciana.

Simó Santonja, V. (1974). *La ciudad de Sagunto*. Valencia: Centro de Cultura Valenciana.

Simón Aznar, V. (2005). *Historia de la Cartuja de Val de Cristo*, 2ª ed. Valencia: Fundación Bancaja.

Tatjer, M. (2005). Josep Oriol Bernadet (1811-1860) i la seva aportació a la ciència, la tècnica i l'arquitectura del segle XIX. *Biblio 3W, Revista Bibliogràfica de Geografia y Ciencias Sociales*, Universidad de Barcelona, Vol. 10: 582, 10 de mayo de 2005. Consultado en: <http://www.ub.es/geocrit/b3w-582.htm>. [12/12/2009].

Teixidor, J. (1895). *Antigüedades de Valencia*, vol 2.

Tey i Freixa, R. (1994). Una aproximación a la Enfermería Medieval. El Hospital d'En Colon en 1375. *I Congreso Nacional de Historia de la Enfermería*. Valencia.

Tomás Laguía, C. (1953). *Catalogo de los pergaminos y documentos en el Archivo de la S.I. Catedral de Teruel*. Teruel: Instituto de Estudios Turolenses.

Toribio del Campillo. (1915). *Documentos históricos de Daroca y su Comunidad*. Zaragoza: Diputación Provincial. DPZ.

Tramoyeres Blasco, L. (1979). *Instituciones gremiales, su origen y organización en Valencia*. Valencia: Ed. París-Valencia.

Ubieto Arteta, A. (1957). Nota sobre el Obispo Esteban (1099-1130). *Argensola. Rev. De Ciencias Sociales del Instituto de Estudios Altoaragoneses* 29: 59-64.

Ubieto Arteta, A. (1984). *Historia de Aragón. Los pueblos y los despoblados, I, II y III*. Zaragoza: Anubar Ediciones.

Ubieto Arteta, A. (1993). *Los Caminos de Santiago en Aragón*. Obra inconclusa, revisada y completada por Cabanes Pecourt, D. y Falcón Pérez, I. Zaragoza: Diputación General de Aragón.

Ubieto Arteta, Ag. (1972). *Documentos de Sigena*, Valencia, doc. 8

Uriol Salcedo, J. L. (2001). *Historia de los Caminos de España*. Madrid: Colegio de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos Vol. I. Págs. 77.

Utrilla Utrilla, J. E. (2004). La población de Calatayud y su comunidad de aldeas. En *La población de Aragón en la edad Media (siglos XIII-XV)*. Sesma Muñoz, J.A; Laliena Corbera, C. (Coord) Zaragoza: Leyere pp. 403-467.

Valdeón Baruque, J. (1997). La vida cotidiana en la Edad Media. *Actas de la VIII Semana de Estudios Medievales*. Logroño.

Vázquez de Parga, L; Lacarra, J.M.; Uria, J. (1998). *Las peregrinaciones a Santiago de Compostela*. Pamplona: Gobierno de Navarra. Tomo I.

Ventosa Esquinaldo, F. (1984). *Historia de la Enfermería Española*. Madrid: Ciencia 3 Distribución.

Villanueva Morte, C. (2000-2002). Visitas pastorales realizadas a la parroquia de Barracas durante los siglos XVI-XVIII. *Estudis Castellonencs* 9: 555-597.

Villanueva Morte, C. (2006). El sistema de alojamiento y hospedaje de los viajeros bajomedievales en el trayecto de Valencia a Zaragoza. *Actas III Simposio Internacional de Jóvenes Medievalista*. Lorca (Murcia).

Villuga, P. J. (1546). *Repertorio de todos los Caminos de España*. Madrid: Reimpresiones bibliográficas 1951.

Viñayo González, A. (1992). La hospitalidad monástica en las reglas de San Isidoro de Sevilla y de San Frctuoso del Bierzo. En Santiago-Otero, H. *El Camino de Santiago, la hospitalidad monástica y las peregrinaciones*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Págs, 40-51.

Vives, L. (1526). De Subventiones Pauperum, Brujas. En Gonzalez, F, Navarro, A; Sánchez, M.A. (2005). *Los hospitales a través de la historia y el arte*. Barcelona: Ars Médica.

Webster, J. R. (1991). La Reina Doña Constanza y los Hospitales de Barcelona y Valencia. *Archivo Ibero-Americano* 201-202: 375-390.

Woolf, S. (1989). *Los pobres en la Europa moderna*. Barcelona: Crítica.

Zarnecki, G (1988) El mundo monástico. En J. Evans: *Historia de las civilizaciones. 6: Los Caballeros Teutónicos. La Baja Edad Media*. Madrid: Alianza, p. 51-112.

LISTADO DE ANEXOS

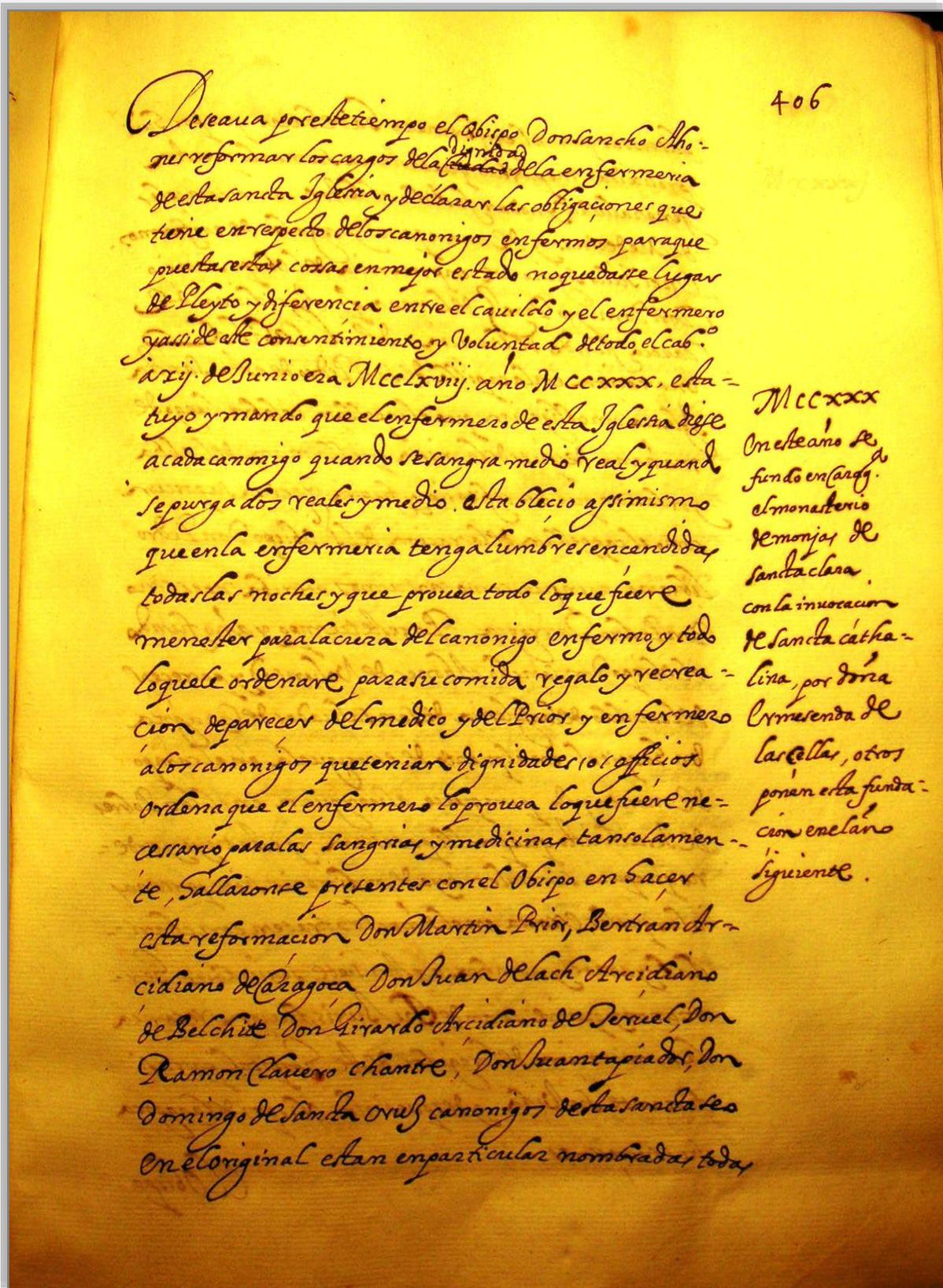
Anexo	Descripción	Pág.
1	Registro manuscrito del maestro Diego Espés con la descripción de las tareas del canónigo enfermero de la Enfermería de la Seo, Zaragoza año 1230	128
2	Mapas con los trazados de los caminos romanos en la Península Ibérica y los ramales de comunicación de la antigua Cesaraugusta (Zaragoza).	144
3	Tabula Peutingeriana con el trazado entre <i>Valentia Saguntum</i> y <i>Cesaraugusta</i> .	144
4	Mapa de los territorios correspondientes a la Corona de Aragón, desde Ramiro I año 1063, hasta 1244, contiene los límites de los Estados de la Corona, así como las etapas de la Reconquista.	148
5	<p>Sobre el mapa aportado en el anexo 4, trazado de los recorridos de las rutas jacobinas del Ebro y del Camino francés, que discurren por los territorios de la Corona. Se resalta el trazado del Camino Real entre Valencia y Zaragoza, uniendo las poblaciones descritas en los Repertorios de Villuga de 1546.</p> <p>Amarillo: Trazados jacobinos (Camino del Ebro y Camino aragonés).</p> <p>Rojo: Trazado del Camino Real de Valencia a Zaragoza por Daroca.</p> <p>Azul: Trazado del Camino Real según Villuga (1546)</p> <p>Verde: Trazado del Camino de Valencia a Calatayud por Daroca con dirección a Torrelapaja (Soria) al encuentro del Camino de Santiago francés (amarillo)</p>	148
6	Sobre contorno del mapa de la Corona de Aragón se han señalado las 9 etapas del viaje que realizó Lalaing en 1502, número de etapas coincidente con El-Idrisi en el siglo X.	148

Anexo	Descripción	Pág.
7	<p>Mapa de la Corona de Aragón representados los trazados de los principales ejes de comunicación.</p> <p>Azul claro: Desde Zaragoza se configura un sistema de comunicación con poblaciones intermedias que sirven de enlace a otros puntos, Huesca hacia Francia; Tarazona en la vía hacia el Duero; Calatayud hacia el centro, Daroca hacia el Sur.</p> <p>Verde: Desde Daroca población intermedia entre Teruel y Zaragoza, enlace de la comunicación con Valencia.</p> <p>Malva: Desde Zaragoza con los puertos mediterráneos de Tortosa y Peñíscola, figurando como intermedio la población de Alcañiz.</p> <p>Amarillo: Zaragoza con Barcelona y como intermedio la población de Lleida.</p> <p>Rojo: Cerrando las comunicaciones entre ellas, Huesca con Tarazona, esta con Calatayud, Daroca y el camino de Valencia, Teruel. Desde esta población de Teruel con Alcañiz y desde esta a Lleida en el camino de Zaragoza a Barcelona</p>	149
8	<p>Sobre contorno del mapa de la Corona de Aragón, se representan de nuevo los trazados jacobeos del Ebro, Camino francés y el Camino valenciano.</p>	156
9	<p>Implicación de las diferentes monarquías en relación con la devoción de Nuestra Señora del Pilar en Zaragoza.</p>	161
10	<p>Símbolo sobre las poblaciones donde hemos encontrado referencias (ermitas, peirones) con advocación a los santos peregrinos como san Roque y san Cristóbal</p>	168
11	<p>Sobre contorno del mapa de la Corona de Aragón y la representación de los caminos jacobeos lo lugares donde existen referencias al Apóstol Santiago, especialmente en la forma de Hospital, Iglesias, ermitas.</p>	170

Anexo	Descripción	Pág.
12	Descripción de las poblaciones incluidas en los Repertorios de Villuga de 1546, correspondientes al itinerario 6 y al Camino Real entre Valencia y Zaragoza. Con el detalle de la distancia entre ellas expresado en leguas castellanas.	173
13	Mapa de la Península Ibérica con los trazados de los caminos de Santiago en España y Portugal.	176
14	Referencias con expresión del tiempo y protagonismo de la realeza en la consolidación de lugares de peregrinación.	194
15	Poblaciones intermedias del itinerario, destacando el origen y final del primitivo camino martirial de San Vicente mártir. Trayecto realizado en el siglo IV.	194
16	Sobre contorno del mapa de la Corona de Aragón, los lugares de peregrinación ubicados en el Camino Valenciano.	194
17	Implicación de las diferentes monarquías en relación con la devoción con el Milagro de los Corporales de Daroca.	203
18	Sobre contorno del mapa de la Corona de Aragón y sobre el camino entre Valencia y Zaragoza, marcas que indican la existencia y aproximan la cantidad de hospitales encontrados para la atención de transeúntes y peregrinos	219
19	Mapa evolución de la epidemia de Peste Negra en Europa entre 1346 y 1351.	226
20	Referencias correspondientes con períodos de epidemia de peste y la correspondencia con las monarquías aragonesas.	226
21	Registro manuscrito del maestro Diego Espés sobre la fundación del hospital de Santa Marta de Zaragoza para acoger peregrinos a Santiago de Compostela.	340

ANEXOS

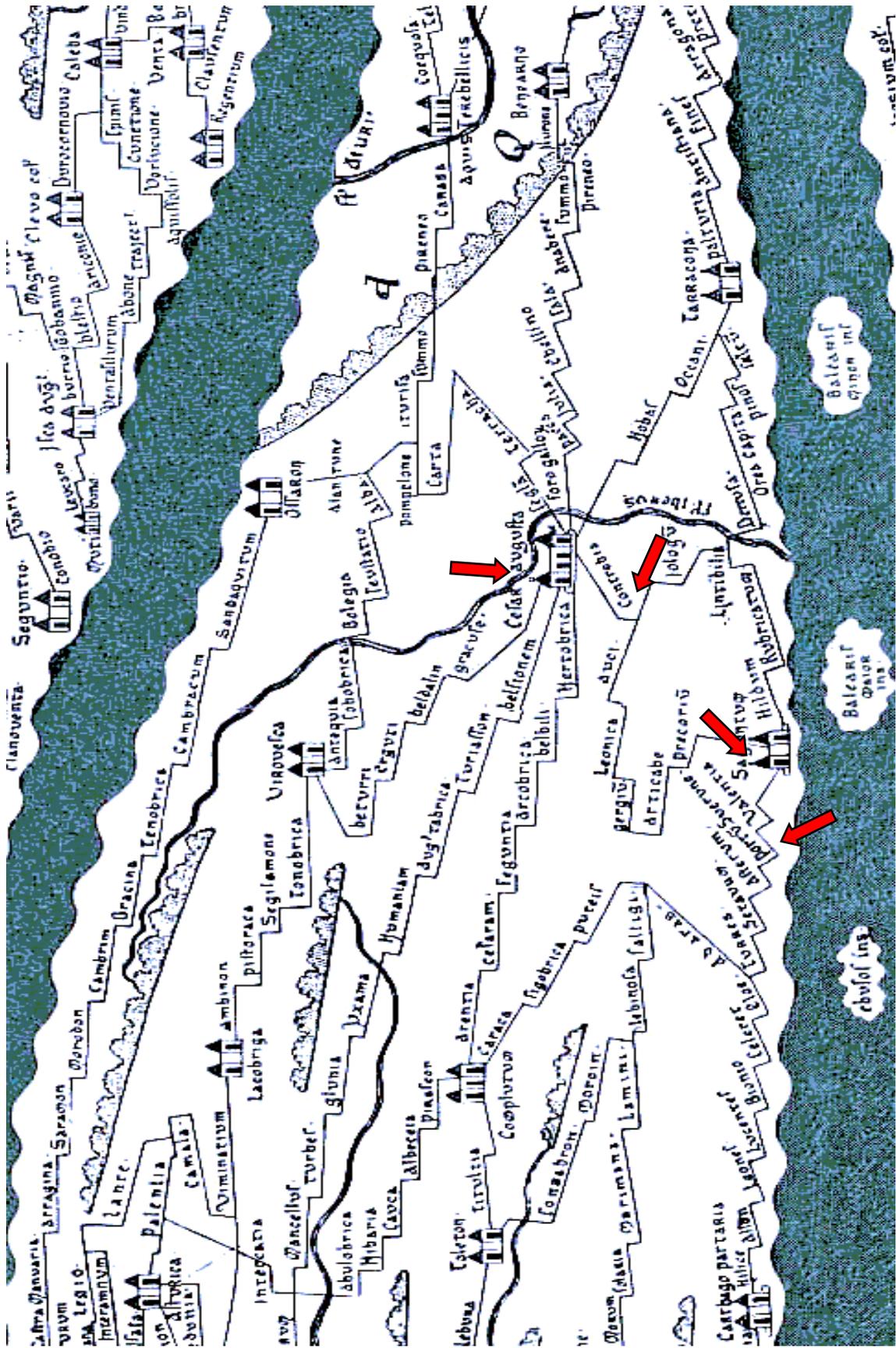
Manuscrito digitalizado que se conserva en Biblioteca Capitulare de la Seo de Zaragoza, con registro datado en 1230, donde se describen las tareas del canónigo enfermero de la "Enfermería de la Seo".



Principales itinerarios en la Hispania romana



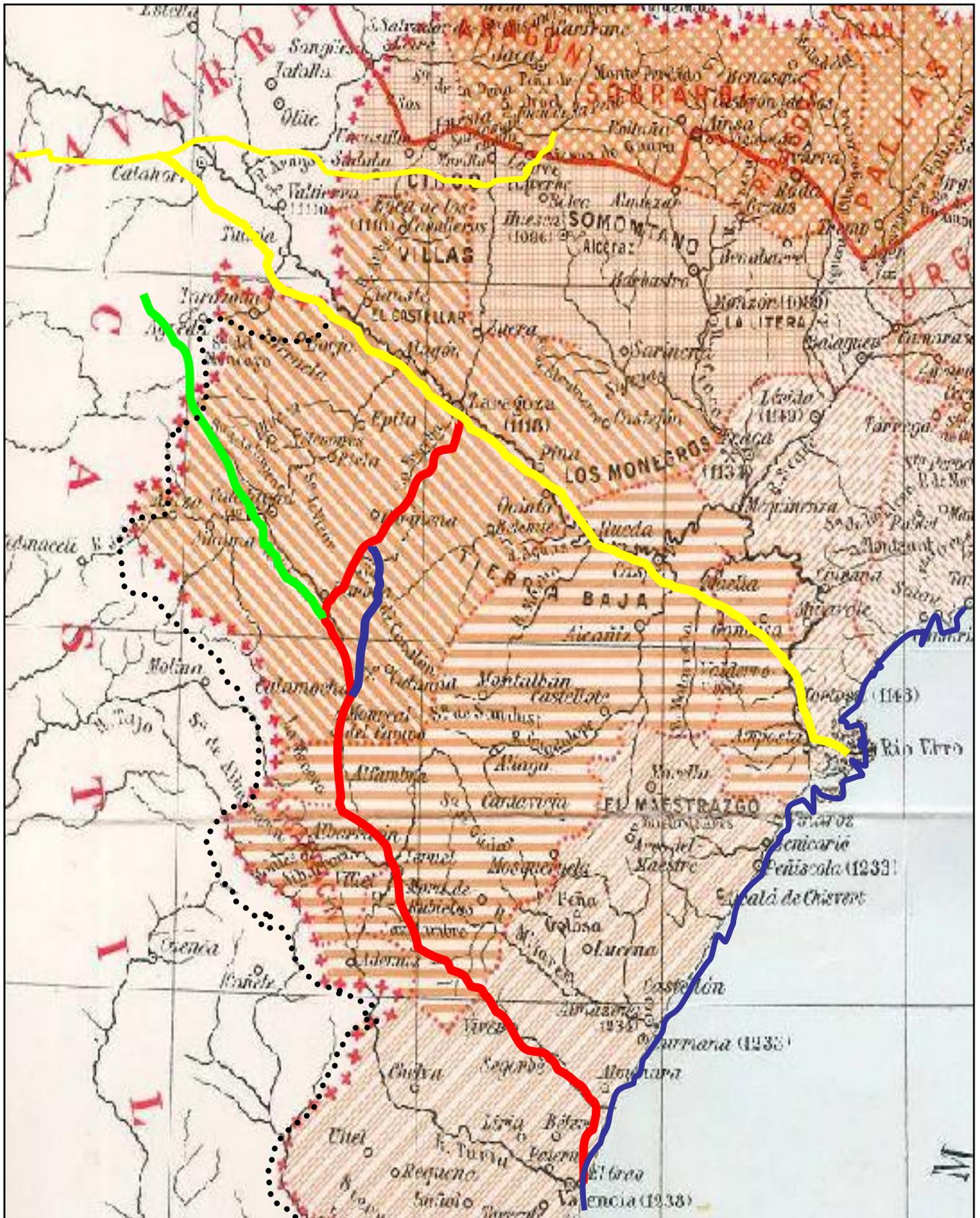
Moreno Gallo, I. (2005). Tabula Peutingeriana. Conradi Milleri facsimile. Britania & Hispania black & white hipotesis 1887. *Rev. Traianvs*



Mapa de la Corona de Aragón



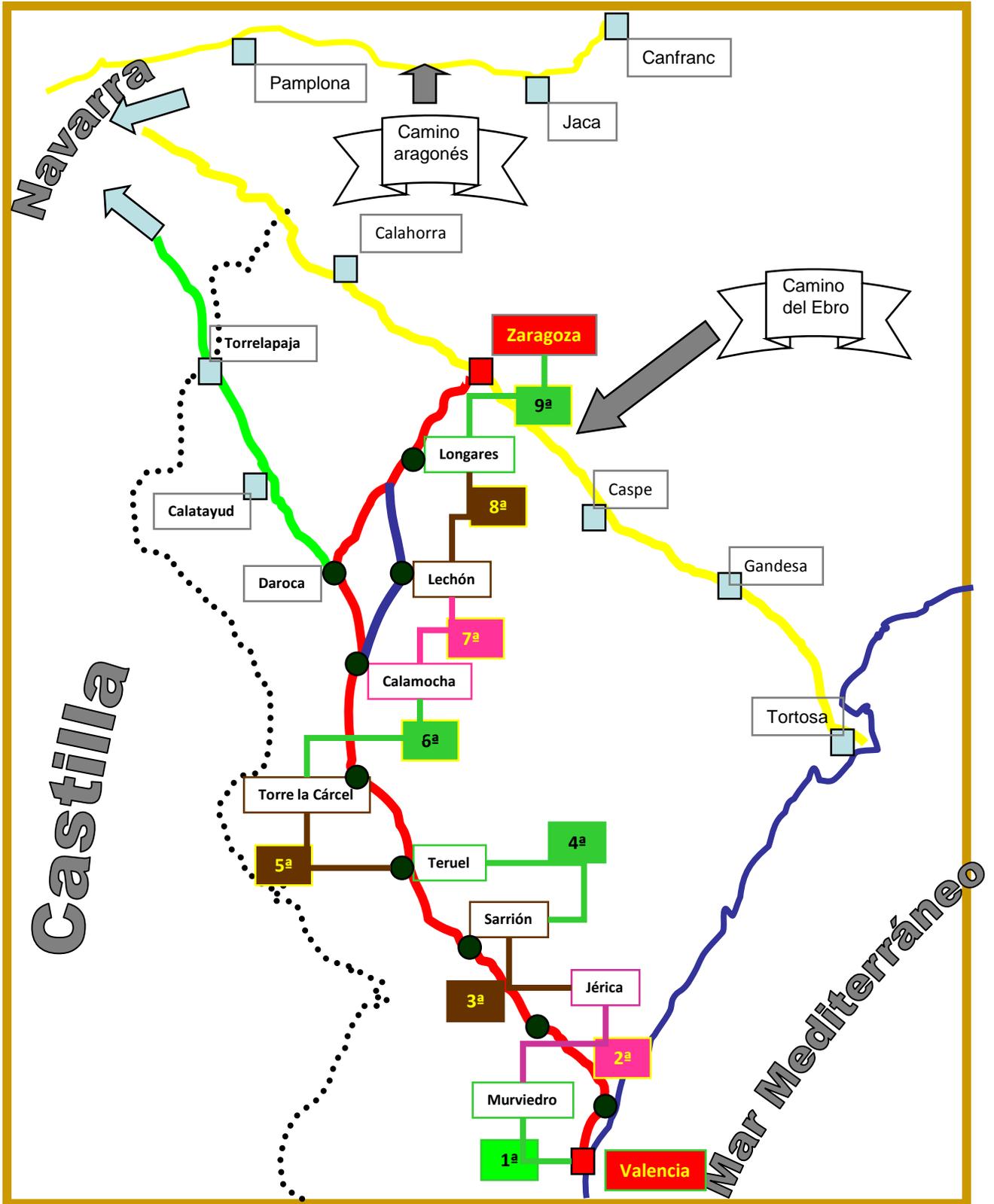
Mapa de la Corona de Aragón con los trazados jacobeos en su territorio



Trazados propios sobre mapa extraído de: La Edad Media en la Corona de Aragón de Andrés Giménez Soler Editorial Labor, S.A., Madrid. 1930

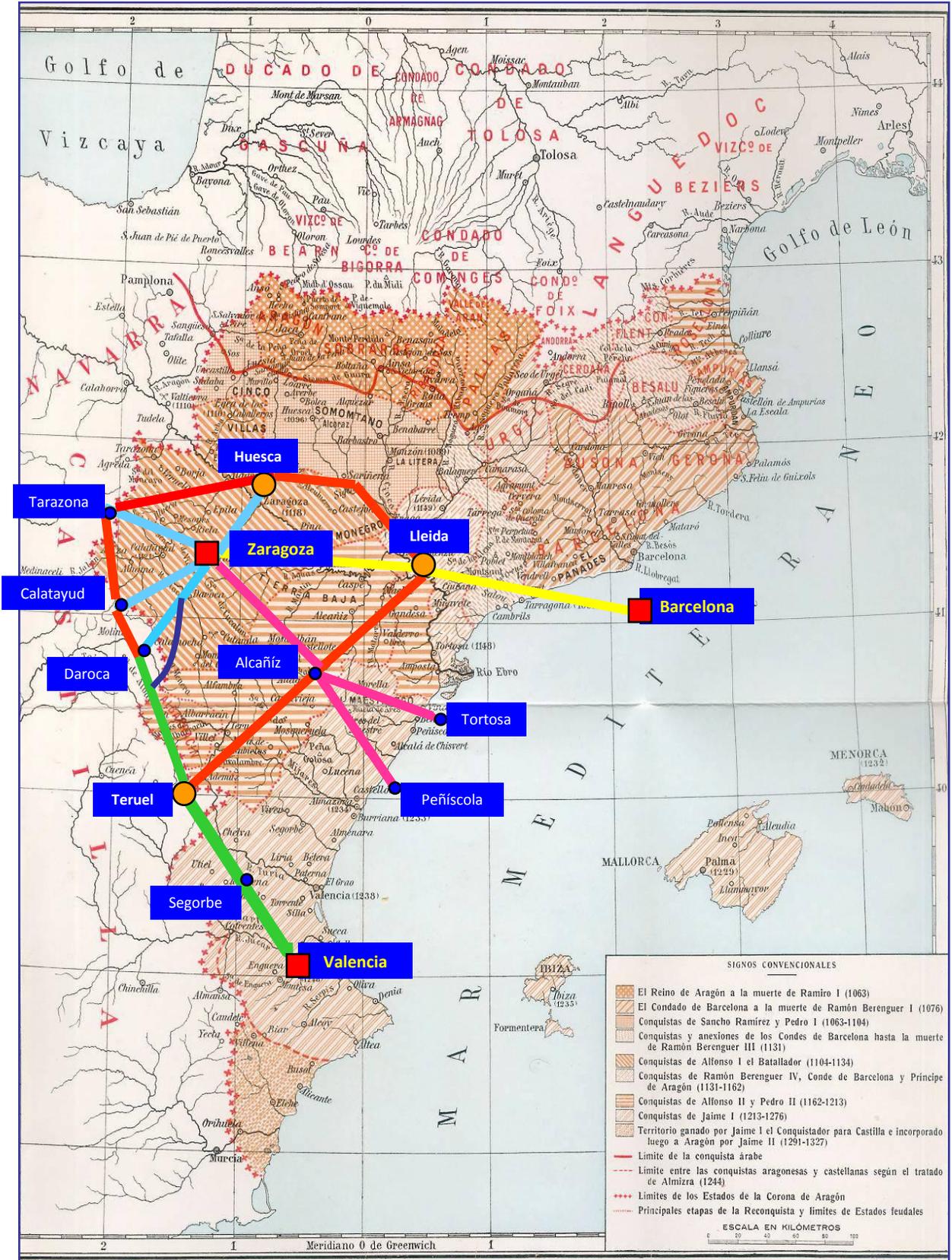
Anexo 6

Las nueve etapas de viaje de A. de Lalaing (1501) ⁽¹⁾
Etapas que cifra también en nueve El-Idrisia (1150 aprox) ⁽²⁾



- (1) Villanueva Morte, 2006.
(2) García Mercadal, 1999.

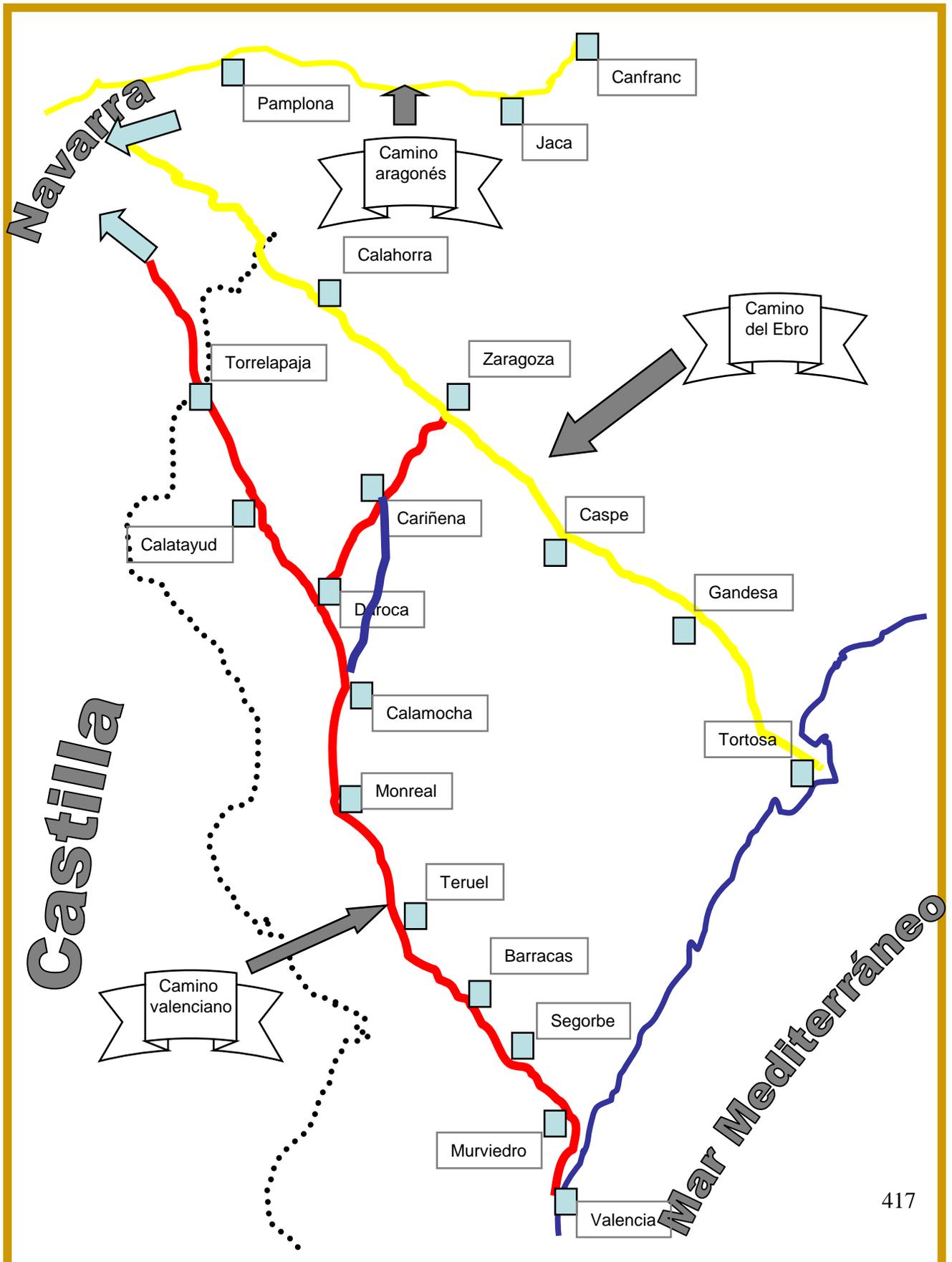
Mapa de la Corona de Aragón con los ejes principales de comunicación.



Trazados propios sobre mapa extraído de: La Edad Media en la Corona de Aragón de Andrés Giménez Soler Editorial Labor, S.A., Madrid. 1930

Anexo 8

El “Camino Real” de Valencia a Zaragoza con referencia a las rutas jacobeanas del Ebro, Camino aragonés y nuestra propuesta de Camino Valenciano. (Elaboración propia)



Implicación de la monarquía de la Corona de Aragón en la devoción a la Virgen de el Pilar. (elaboración propia)

S XII Formación de la Corona de Aragón

Ramón Berenguer IV
(1137-1162)

Alfonso II el Casto
(1162-1196)

Pedro II el Católico
(1196-1213)

Jaime I el Conquistador
(1213-1276)

Pedro III el Grande
(1276-1285)

Alfonso III el Liberal
(1285-1291)

Jaime II el Justo
(1291-1327)

Alfonso IV el Benigno
(1327-1336)

Pedro IV el Ceremonioso
(1336-1387)

Juan I el Cazador
(1387-1395)

Martín I el Humano
(1395-1410)

Fernando I de Antequera
(1412-1416)

Alfonso V el Magnánimo.
(1416-1458)

LOS REYES CATÓLICOS
Fernando II de Aragón – Isabel de Castilla

Juan II
(1458-1479)

Calos I

Felipe II

Privilegios;
1224; 1233; 1258

Privilegios;
1289

Privilegios;
1294; 1299; 1302

Bula: "Mirabilis Deu"

Indulgencias quien visite la Iglesia de santa María en las fiestas de la Virgen y del Espíritu Santo, santiago, San Miguel, Cristóbal y Martín.

Bonifacio VIII, 12-VI-1296

Cofradía de santa María la Mayor y del Pilar.
1299

Protectores

Cardenal Péres Calvillo en nombre de Benedicto XIII. Indulgencias si se visita la "capella Beatae Mariae del Pilar, vulgariter nuncupata, in claustro Ecclesiae Collegiatae Sanctae Mariae Maioris Caesaraugusta-nae institutae". (28-6-1399)

Protectores

Bula del Papa Calixto III, que por haber sido secretario del rey de Aragón, Alfonso V, conocía bien la historia del templo, otorga una de las bulas pilaristas más importantes, el 23-IX-1456, por recoger en ella la tradición "testante historia".

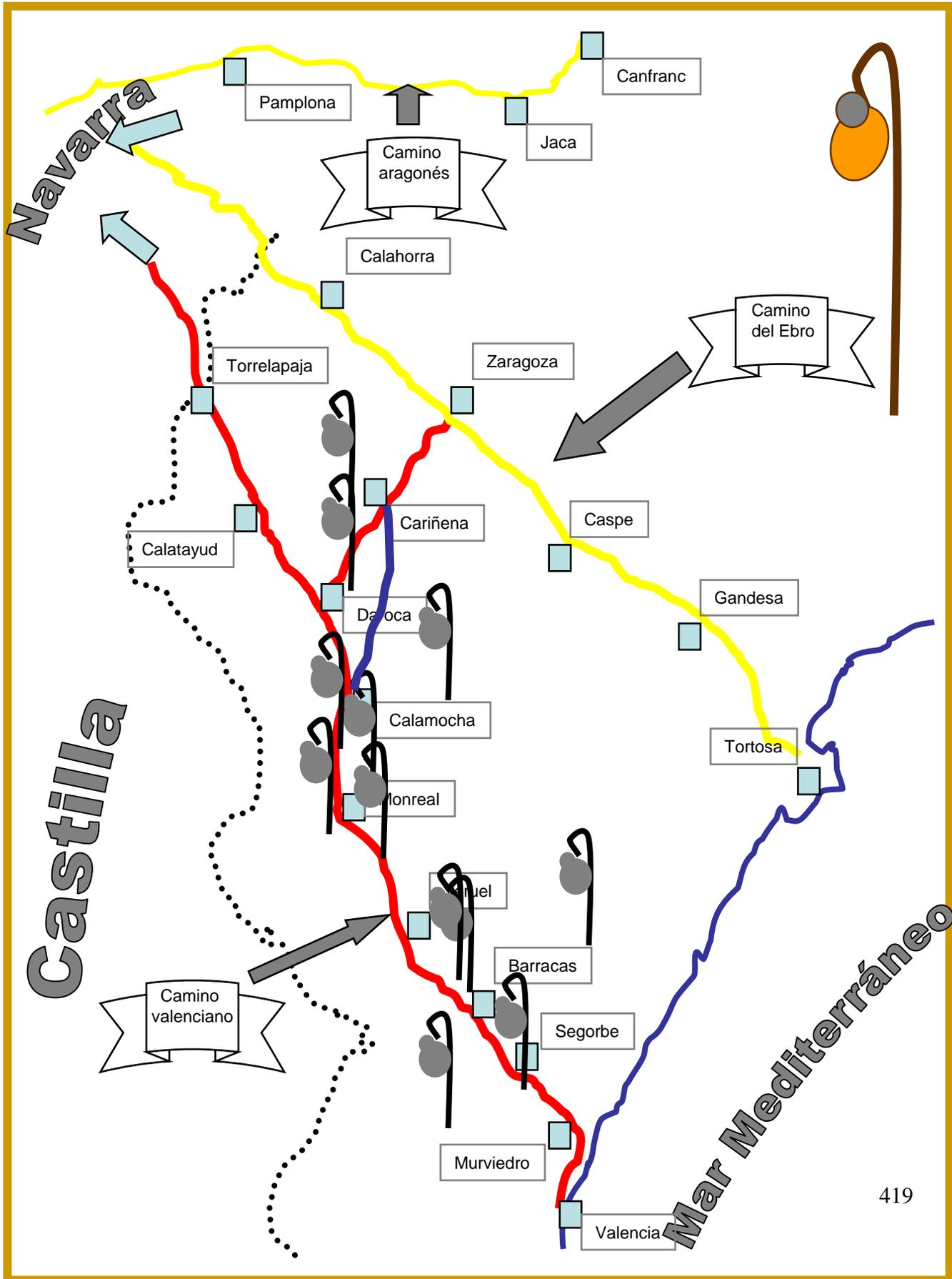
Protectores

S XVI

Fernando II, el último rey de Aragón, que por su matrimonio con Isabel de Castilla forjó la unidad española, heredó la devoción de su padre a la Virgen del Pilar y de él conservamos varios documentos reales en favor de su templo (1481, 1497, 1504).

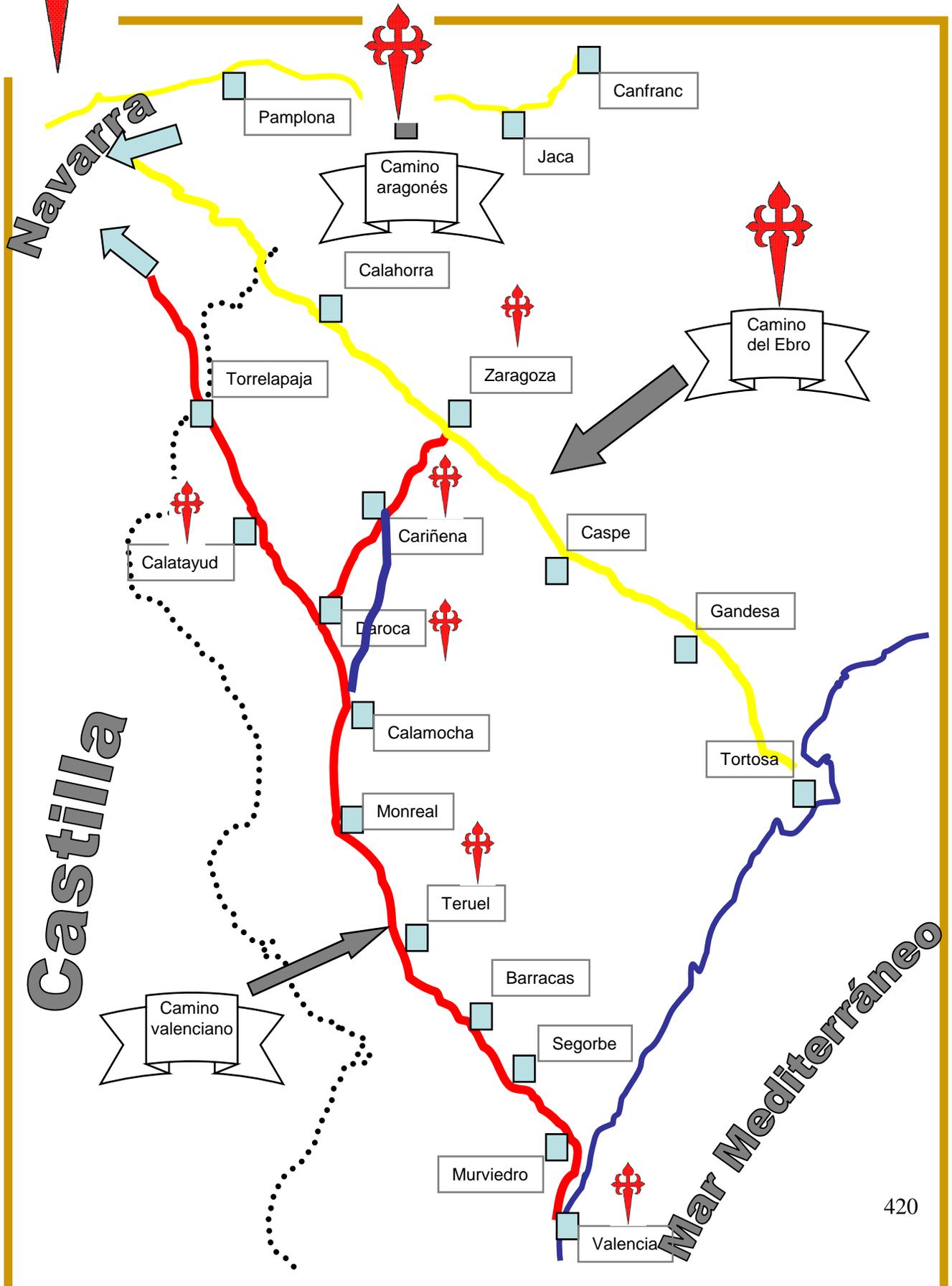
Anexo 10

Lugares bajo la advocación de San Roque y a San Cristóbal.
(Elaboración propia)



Anexo 11

Lugares con presencia de Iglesias, ermitas, oratorios dedicados al Apóstol Santiago.
(Elaboración propia)



Repertorio de todos los caminos de España.
Pedro Juan de Villuga. Editado en Medina del Campo (Valladolid). 1546.
<http://traianus.rediris.es/villuga/>

6 (Cf. 48)

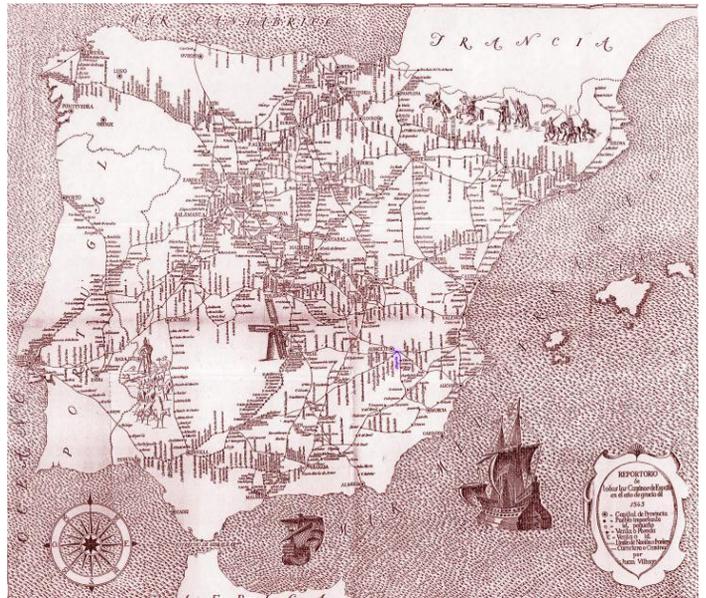
**Ay de valencia a çarago
a lxx.media.**

albalat j.
a masamagrel j.
a moruedre ij.
a torrestorres ij.
a sogorbe iij.
a xerica ij.
a viuel .••• j.
a las barracas iij.
a la jaquesa j.
a la ventosa j.
a la puebla iij.
a teruel iij.
a caudete .••• ij.
a villarquemado ij.
a torrelacarcel ij.
a villafranca ij.
al caminreal iij.
a calamocho iij.
a lechago j.
a lechon iij.
a romanos ij.
a villa real ij.
a cariñena iij.
a longares ij.
a muel ij.media.
a maria ij.
a santafe ij.
A çaragoça ij.
Deuocion a nuestra
señora
del Pilar de çaragoça.

**Valencia
Zaragoza**

Massamagrell
Sagunto
Torres Torres
Segorbe
Jérica
Viver
Barracas
Vta de la Jaquesa
Albentosa
La Puebla de V.
Teruel
Caudé
Villarquemado
Torre la Cárcel
Villafranca del C.
Caminreal
Calamocho
Lechago
Lechón
Romanos
Villarreal de H.
Cariñena
Longares
Muel
María de Huerva
Vta y Mº de Sta Fe
Zaragoza
Nª Sª del Pilar
de Zaragoza

La forma en la que aparece descrito el itinerario es la siguiente: se enuncia primeramente el título del camino expresando el número de leguas que median entre la cabecera y el final, después sigue la relación de los lugares y las ventas por las que el camino transcurre, para mencionar -tras el nombre de cada estación- el número de leguas o medias leguas, que la separa de la precedente. Los números son romanos, adoptando indistintamente la grafía de “i” o de “j” para expresar la unidad, siendo la unidad mínima de distancia la media legua, a veces representada por la letra “m”.



45 (Cf. 44)

**Ay de çaragoça a daro
ca xvj.y media.**

a sancta fe ij.
a maria ij.
ala venta motorica j.
ala venta maçota j.
a muel media.
a longares ij.
a cariñena ij.
a maynar iij.
a retascon ij.
a daroca j.

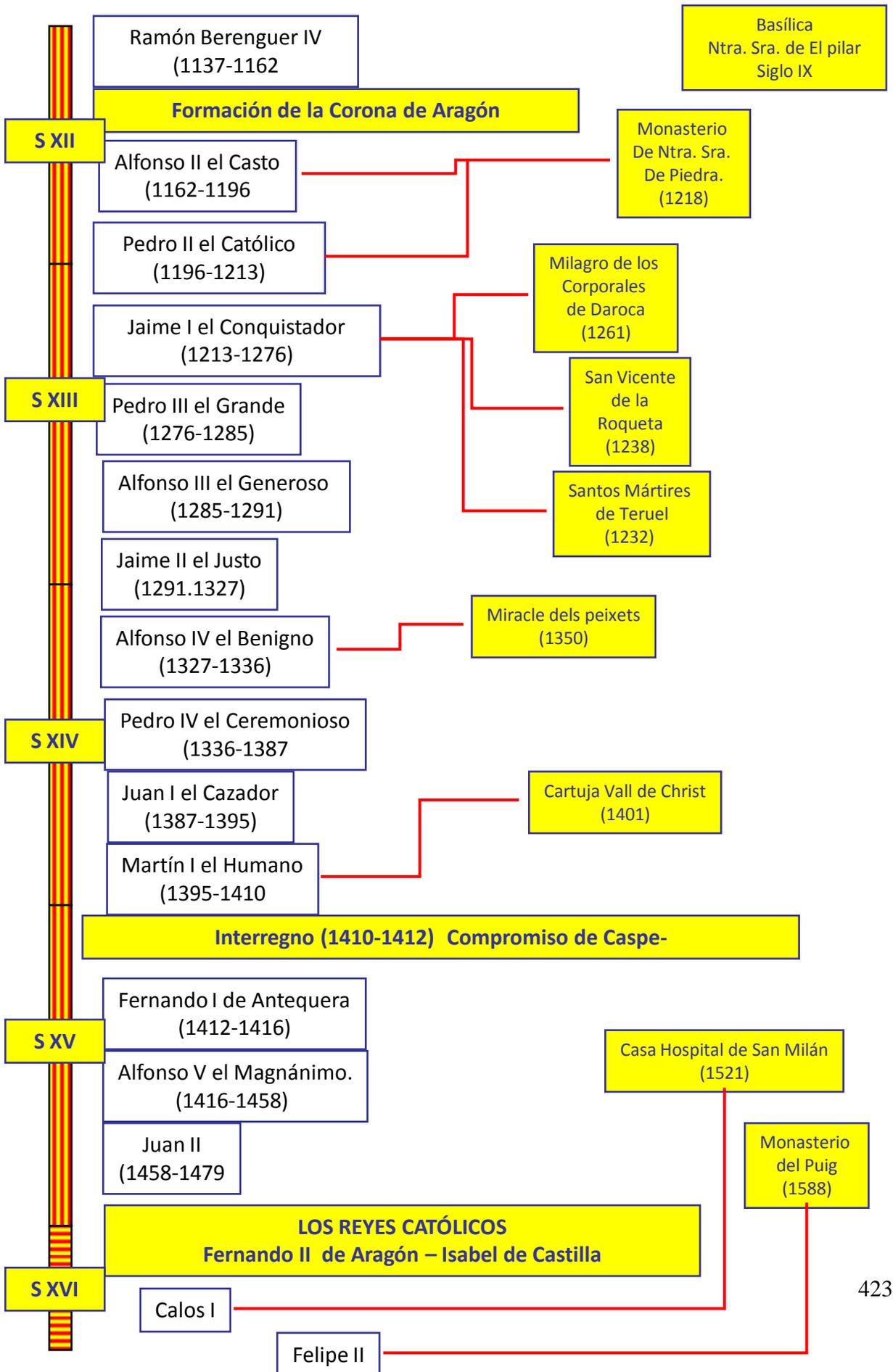
**Zaragoza
Daroca**

Vta y Mº de Sta Fe
María de Huerva
Botorríta?
Mozota
Muel
Longares
Cariñena
Mainar
Retascón
Daroca

MAPA DE LOS CAMINOS DE SANTIAGO EN ESPAÑA Y PORTUGAL

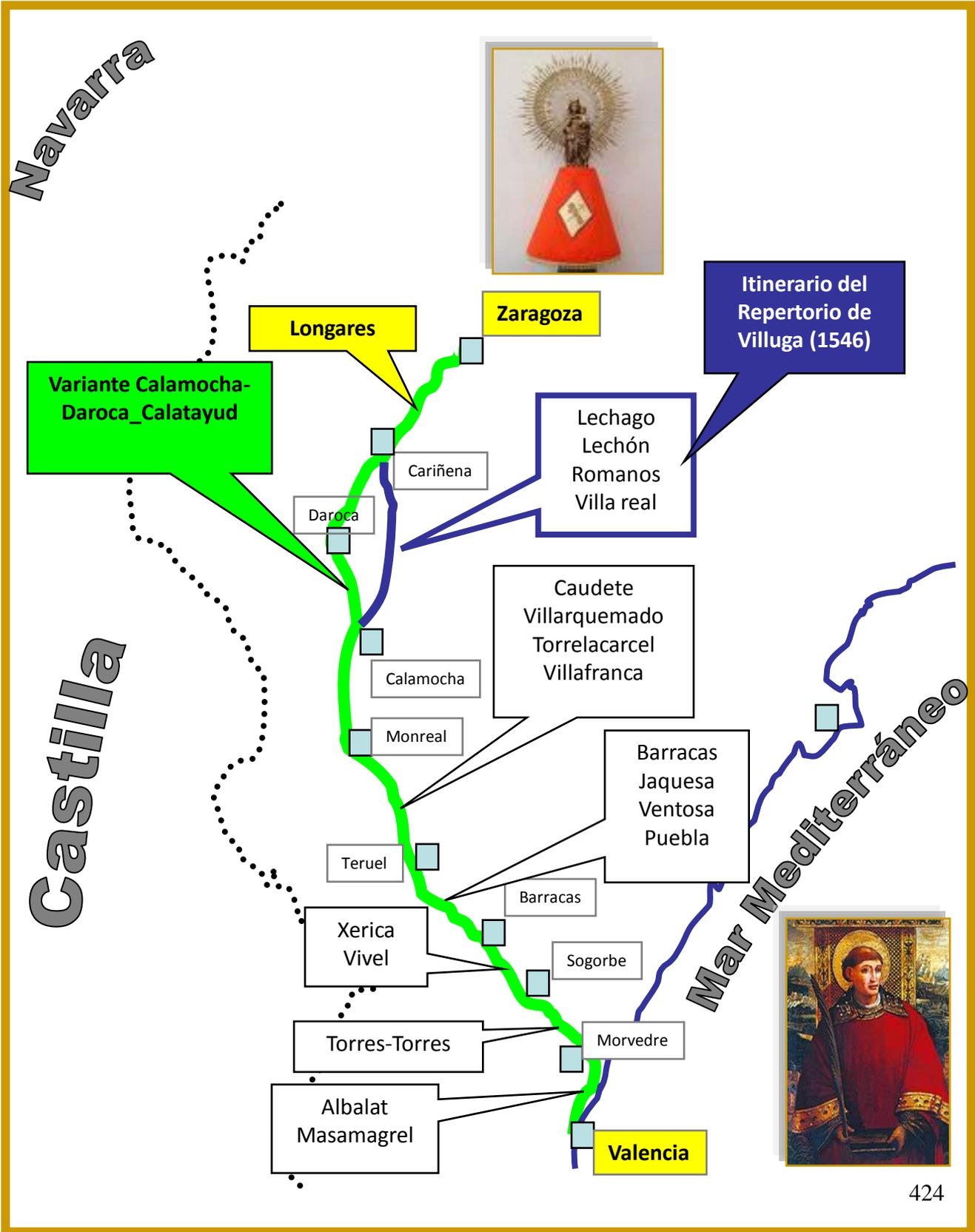
Menéndez de Luarca, J.R. (2005) Las Edades del Camino. *Rev. Peregrino*, 104 pp 15-25.



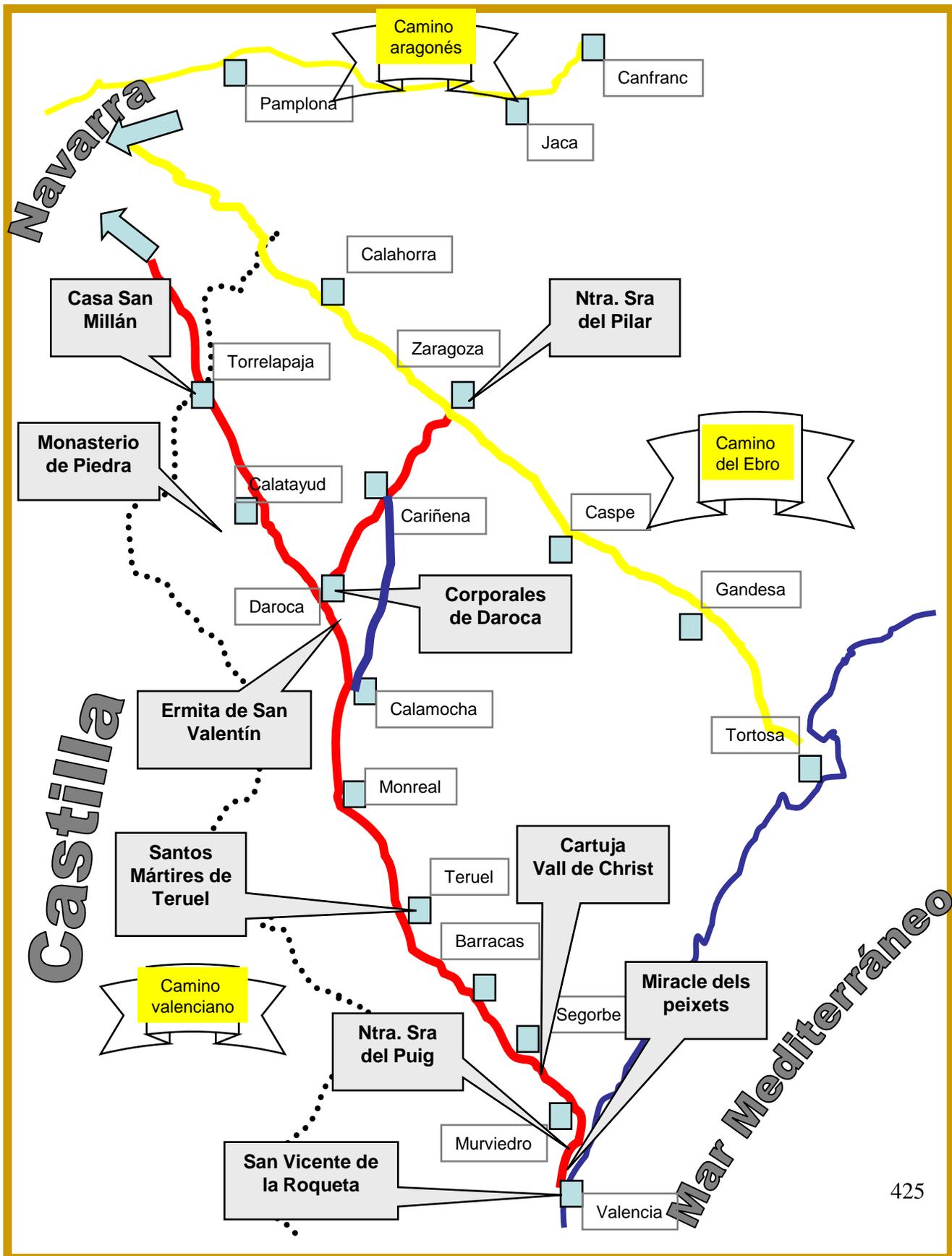


Anexo 15

El Camino martirial de San Vicente desde Zaragoza a Valencia y referencias de las poblaciones citadas en el Repertorio de Villuga de 1546. (Elaboración propia)



Lugares de peregrinación a lo largo del Camino Real de Valencia a Zaragoza y alternativas. (Elaboración propia)



Anexo 17

Ramón Berenguer IV
(1137-1162)

Implicación de la monarquía de la Corona de Aragón en la consolidación del milagro de los Corporales de Daroca. (Elaboración propia)

Formación de la Corona de Aragón

S XII

Alfonso II el Casto
(1162-1196)

Pedro II el Católico
(1196-1213)

Jaime I el Conquistador
(1213-1276)

Promotor de la construcción de la Iglesia Colegiata de los Santos Corporales

S XIII

Pedro III el Grande
(1276-1285)

Alfonso III el Liberal
(1285-1291)

Jaime II el Justo
(1291-1327)

Alfonso IV el Benigno
(1327-1336)

Favor y apoyo de la nobleza y del alto clero y del propio monarca, en nuevas actuaciones decorativas

En 1344 el Papa Eugenio IV concedió año jubilar cada decenio. Reinando Sixto IV, firmó la bula *Agni Inmaculati*, en 1473, por la que se establece la norma definitiva de los años jubilaes darocenses.

Retablo Advocación de San Agustín ordenado por Benedicto XIII (1417)

S XIV

Pedro IV el Ceremonioso
(1336-1387)

Juan I el Cazador
(1387-1395)

Martín I el Humano
(1395-1410)

Fernando I de Antequera
(1412-1416)

6-12-1441, la reina de Aragón esposa de Alfonso el Magnánimo cede a la obra ciertas piedras

Generosidad de los vecinos de Daroca

S XV

Alfonso V el Magnánimo.
(1416-1458)

Juan II
(1458-1479)

Autoriza y protege a los captadores de limosna destinadas a Santa María de los Corporales.

Visitan Daroca en 1482 para rezar ante las Santas Reliquias

LOS REYES CATÓLICOS
Fernando II de Aragón – Isabel de Castilla

S XVI

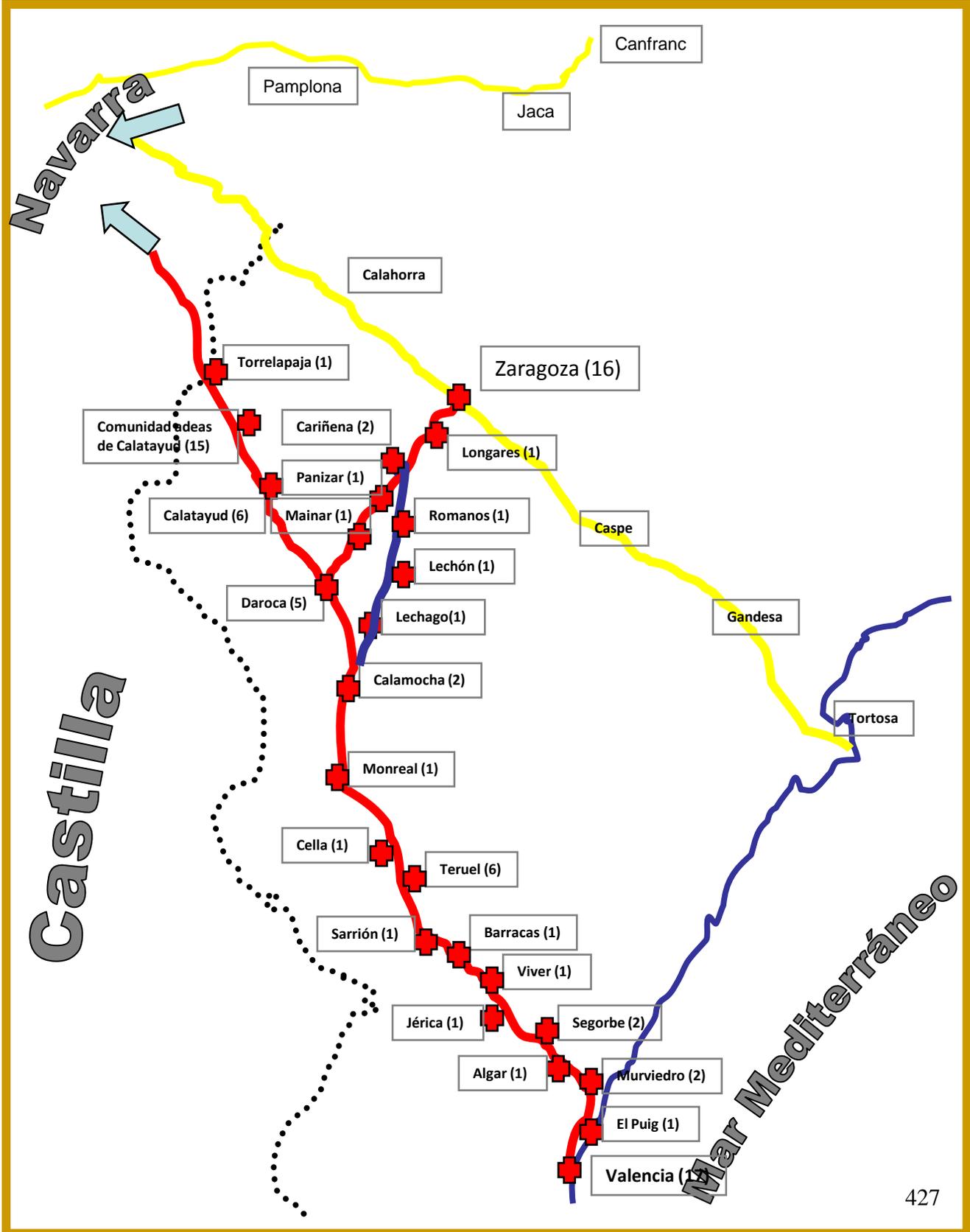
Carlos I

Renovaron el atrio de la Puerta del Perdón



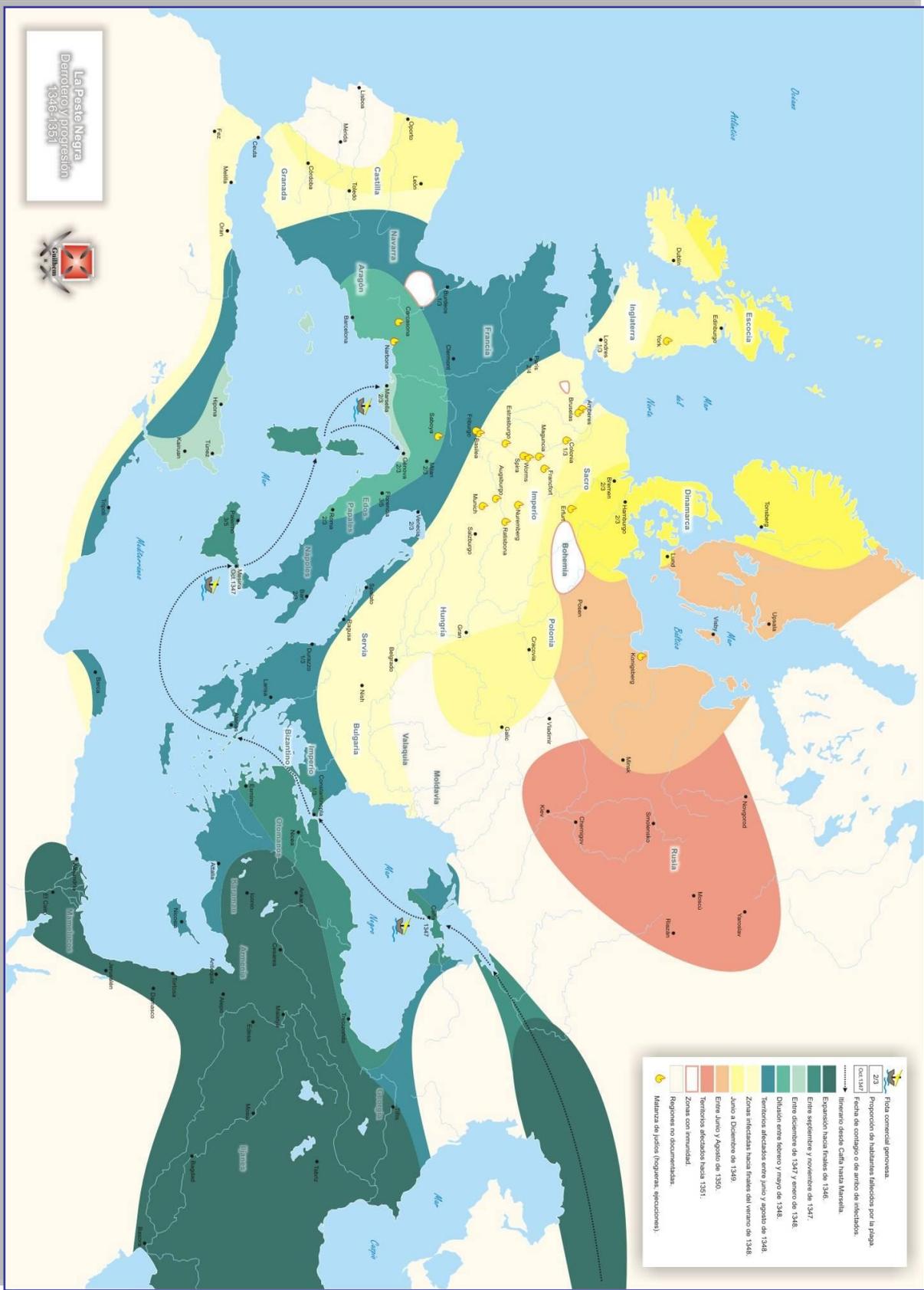
Anexo 18

Existencia de hospitales y centros de acogida de peregrinos en el Camino Real de Valencia a Zaragoza. (Elaboración propia)



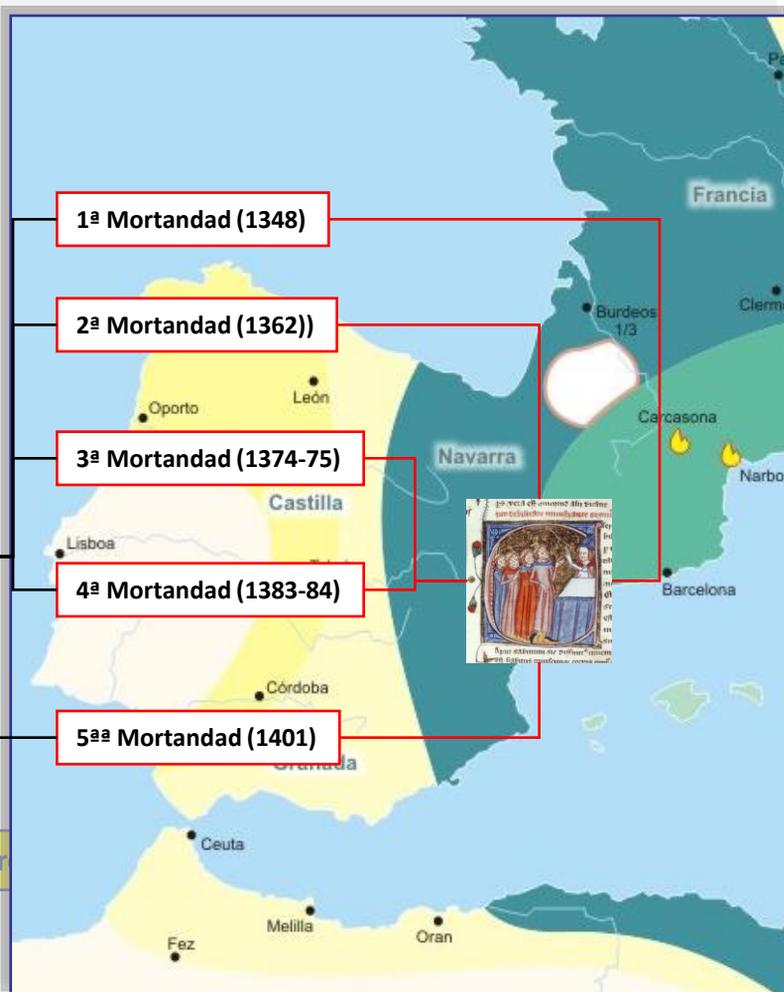
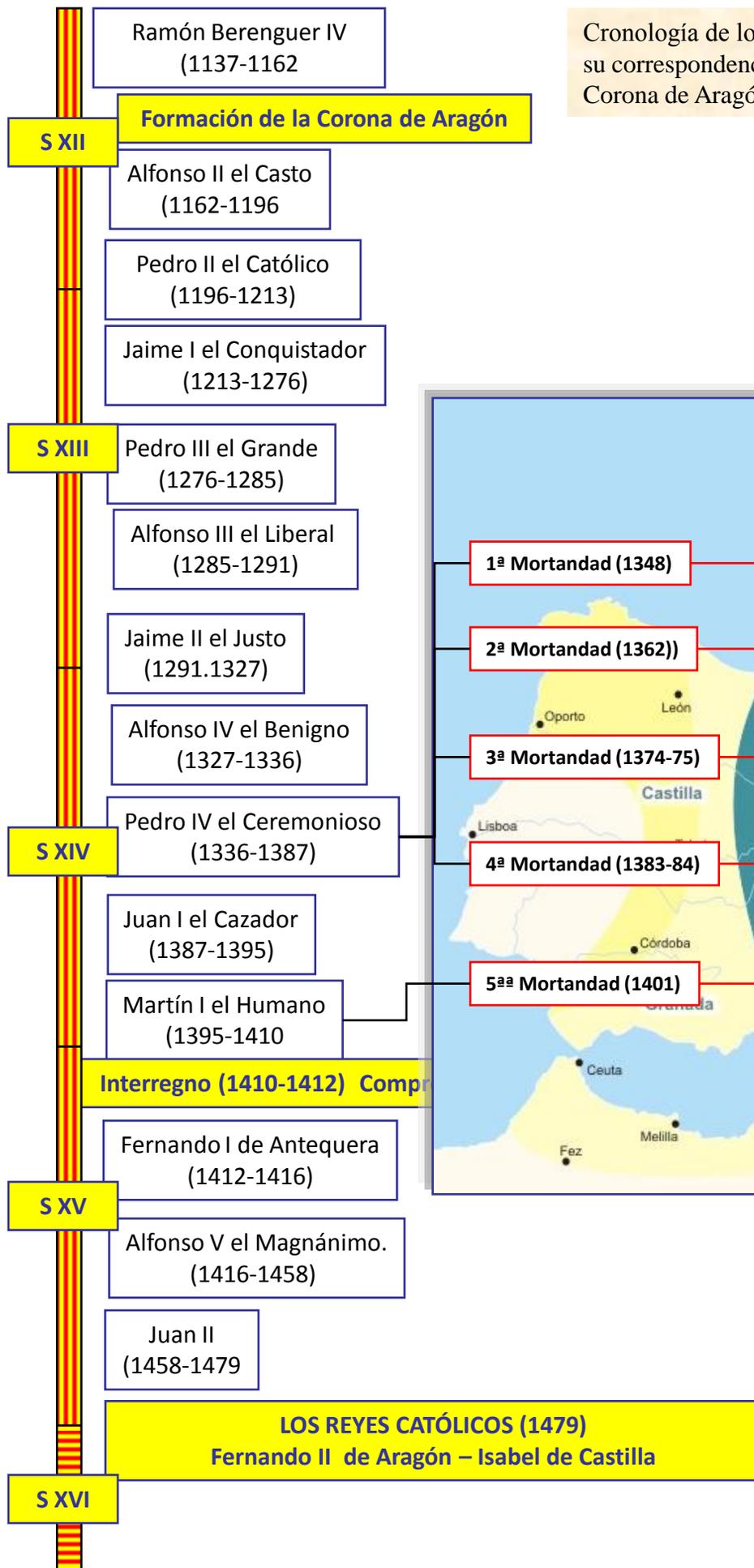
Entre paréntesis se cita el número de hospitales y lugares de acogida encontrados para este período de tiempo.

Anexo 19



La “Muerte Negra” (Guilhem de Encausse, 2007)

Cronología de los brotes de “peste negra” y su correspondencia con la Realeza de la Corona de Aragón. (Elaboración propia)



Manuscrito digitalizado que se conserva en Biblioteca Capitulare de la Seo de Zaragoza, con registro datado de 1343, dice: se fundó el Hospital de Santa Marta parroquia de esta Seo, el fundador " uiere 12 camas para Pobres Peregrinos que van a Santiago y a falta de estos sirva para otros pobres "

