

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

**Nombre:** FAUS GABANDE, FRANCISCO

**Universidad:** Universitat de València (Estudi General)

**Departamento:** C014 - FACULTAD DE ENFERMERIA

**Fecha de lectura:** 04/03/2011

**Programa de doctorado:** Enfermería

**Dirección:**

> **Director:** RAMÓN CAMAÑO PUIG

**Tribunal:**

> **presidente:** JUAN SEGURA GARCIA DEL RIO

> **secretario:** JOSÉ PEDRO ESCLAPEZ VALERO

> **vocal:** Concepción Germán Bes

> **vocal:** Carmen Chamizo Vega

> **vocal:** PALOMA MORAL DE CALATRAVA

**Descriptor:**

> POBREZA

> ENFERMEDAD

**El fichero de tesis** no ha sido incorporado al sistema.

**Resumen:** 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.

#### 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.

## OBJETIVOS

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 Saguntvm con Cesaravgvsta (Sagunto con 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.

## METODOLOGÍA

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.

#### 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 poblacionales, 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 medievo 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.

## 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 Valencia



(Valencia), Saguntum (Sagunto), Cesaraugusta pasando por Túrbuga (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, recordando 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 lo 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.