

Redes hospitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad

Concepción Villanueva Morte
Antoni Conejo da Pena
Raúl Villagrasa-Elías
(eds.)



Redes hospitalarias:

historia, economía y sociología de la sanidad

Redes hospitalarias:

historia, economía y sociología de la sanidad



Concepción Villanueva Morte
Antoni Conejo da Pena
Raúl Villagrasa-Elías
(eds.)



INSTITUCIÓN FERNANDO EL CATÓLICO
Excma. Diputación de Zaragoza
ZARAGOZA, 2018

Publicación número 3663 de la Institución Fernando el Católico,
Organismo autónomo de la Excm. Diputación de Zaragoza
Plaza de España, 2 · 50071 Zaragoza (España)
Tels. [34] 976 28 88 78/79
ifc@dpz.es
<https://ifc.dpz.es>

© Los autores
© De la presente edición, Institución Fernando el Católico

ISBN: 978-84-9911-528-3

DEPÓSITO LEGAL: Z 2117-2018

MAQUETACIÓN: Ebro Composición, S. L.

IMPRESIÓN: Copycenter Digital

IMPRESO EN ESPAÑA. UNIÓN EUROPEA

ÍNDICE

Presentación, por CONCEPCIÓN VILLANUEVA MORTE, ANTONI CONEJO DA PENA y RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS (eds.)	9
Ospedali e reti. Il medioevo, por MARINA GAZZINI.	13
Los espacios de la práctica médica en la Valencia bajomedieval, por CARMEL FERRAGUD.	31
Tra «conto» e «racconto»: i libri mastri degli ospedali medievali, por MARINA GAZZINI	53
Gli ospedali: modalità e strumenti di finanziamento (Italia centro-settentrionale, XII-XV secolo), por GIULIANA ALBINI	61
Economía y hospitales en el siglo XV. Aproximación comparativa entre los gastos de los hospitales de Barcelona, Milán y Nápoles, por SALVATORE MARINO	71
<i>Açerca de la enfermedat de tenblor de los myembros e molición: consideraciones médicas para García Álvarez de Toledo a finales del siglo XV</i> , por FERNANDO SERRANO LARRÁYOZ	85
La asistencia a las viudas en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona y el Hospital de los pobres de San Juan de Perpiñán en el siglo XV, por MIREIA COMAS VIA	107
Los administradores seculares del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona en el siglo XV: un perfil social y político, por POL BRIDGEWATER MATEU	117
Als hospitals de València: analfabetisme i alfabetització (1450-1518), por ALFREDO GARCÍA FEMENIA	127
Un model ideal d'administració hospitalària. La gestió documental segons el llibre d'ordinacions de l'hospital de la Santa Creu de Barcelona, por JAUME MARCÉ SÁNCHEZ	139
El hospital <i>Sancti Spiritus</i> de Borja y su contabilidad a principios del siglo XVI, por CONCEPCIÓN VILLANUEVA MORTE y RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS.	149

St John's Hospital in Bruges in the sixteenth and seventeenth centuries. Real and intangible interactions between religion, devotion, care and art are the ingredients necessary to constitute a continuous hospital history, por SIBYLLA GOEGEBUER	161
«Que ningun spañol vaya pidiendo limosna». Evoluzione di un progetto economico-assistenziale per gli spagnoli nella Napoli del vicereyno, por RAFFAELLA SALVEMINI.	175
Sodomía y abusos sexuales en los hospitales zaragozanos del Quinientos, por GERMÁN NAVARRO ESPINACH y RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS	191
As Casas da Misericórdia: rede de provimento de cuidados de saúde em Portugal na Época Moderna, por JOANA Balsa de PINHO.	201
L'hospital i el seu rol econòmic en la trama urbana catalana durant l'Edat Moderna, por JOSEP BARCELÓ-PRATS y JOSEP M. COMELLES.	211
El Hospital de Santa Caterina de Girona, un modelo asistencial y profesional del Antiguo Régimen, por ROSA MARÍA GIL TORT	223
Modello signorile e impresa della carità nel patrimonio di un ospedale della Napoli moderna, por VITTORIA FIORELLI	235
Gli ospedali minerari nella Sardegna dell'Ottocento, por MARIANGELA RAPETTI y ELEONORA TODDE	245
La proyección de edificios asistenciales en España a inicios del siglo XIX: Guillermo Casanova y el proyecto de hospital militar para Barcelona, por MARÍA DEL MAR ROVIRA I MARQUÈS	257
José San Gil Heredia y la reorganización del Hospital <i>Sancti Spiritus</i> de Borja (Zaragoza) en el siglo XIX, por ALBERTO AGUILERA HERNÁNDEZ y MANUEL GRACIA RIVAS	267
Los cuidados enfermeros en los hospitales aragoneses del Instituto Nacional de Previsión en los años setenta, por YOLANDA MARTÍNEZ SANTOS	277

PRESENTACIÓN

ESTE LIBRO ES FRUTO DE LAS INVESTIGACIONES INÉDITAS PRESENTADAS en el Simposio Internacional «Redes hospitalarias: historia, economía y sociología de la sanidad», celebrado los días 17 y 18 de abril de 2017 en el Salón de Actos de la Biblioteca de Humanidades «María Moliner» de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Zaragoza. Dicha actividad responde a la reunión anual *Els Abrils de l'Hospital* que el *Institut de Recerca en Cultures Medievales* (IRCVM) que la Universidad de Barcelona ha venido impulsando desde el año 2012 y cuya sexta edición se ha celebrado en la capital aragonesa. En esta ocasión, la organización ha estado bajo el auspicio del Departamento de Historia Medieval, Ciencias y Técnicas Historiográficas y Estudios Árabes e Islámicos de la Universidad de Zaragoza. A su vez, la coordinación ha recaído en la profesora Concepción Villanueva Morte como directora del citado departamento, el doctorando Raúl Villagrasa-Elías (UniZar) y el profesor Antoni Conejo (IRCVM-UB).

La celebración de esta VI reunión de los Abriles del Hospital ha supuesto un verdadero esfuerzo colectivo, tanto a título personal como institucional. En la financiación del simposio han participado generosamente la Confederación Española de Centros de Estudios Locales (CECEL-CSIC), el Vicerrectorado de Política Científica de la Universidad de Zaragoza, el IRCVM y el proyecto de investigación *Magna Ars* de la Universidad de Barcelona. Otras entidades de la propia Universidad de Zaragoza también apoyaron esta iniciativa, bien cediendo el espacio que sirvió de foro científico, como hizo muy amablemente el decano Eliseo Serrano Martín de la Facultad de Filosofía y Letras, quien además tuvo la gentileza de acompañarnos en el acto inaugural, o bien respaldando dicho encuentro con soporte institucional como el Departamento de Historia Moderna y Contemporánea o el Seminario de Historia de la Enfermería del Grupo

de Investigación Aurora Mas. Por último, ha sido la Institución «Fernando el Católico» y la Cátedra de Historia Jerónimo Zurita, ocupada por el Dr. Esteban Sarasa, quienes han posibilitado la publicación de estas páginas para disfrute y aprovechamiento por parte de la comunidad académica y de cualquier interesado en el objeto de estudio.

La suma de estas instituciones se reflejó a su vez en la creación de un Comité Científico internacional¹ que hizo una selección de las ponencias y comunicaciones que podían presentarse. Fue una grata y a la vez inesperada sorpresa observar la excelente aceptación que tuvo la actividad por parte de investigadores experimentados y jóvenes, tanto que el Comité Científico no pudo aceptar todas las propuestas por cuestiones organizativas.

Este simposio, plural y dinámico, tuvo una duración de dos días y se estructuró a partir de tres ponencias invitadas y una mesa redonda que a su vez daban inicio a cuatro sesiones temáticas en donde la caridad, la sanidad y la historia hospitalaria giraban en torno a cuatro disciplinas esenciales: la geografía, la sociología, la economía y los cuidados. La primera de ellas, «Redes, territorio y espacios hospitalarios», abierta con la ponencia inaugural de Marina Gazzini (*Università degli Studi di Parma*), trató el uso metodológico y las posibilidades de aplicación del término «red» con la intención de superar la famosa dicotomía tan recurrente entre campo y ciudad, en su caso poniendo el acento en los hospitales medievales de la Italia septentrional. Cabe destacar también la completa intervención del profesor Joan Busqueta de la Universidad de Lleida que recordó los caminos y vericuetos de la historiografía en las últimas décadas, al tiempo que presentó el proyecto de investigación que, a propósito de los hospitales y su entorno (épocas medieval y moderna), está desarrollando la CECEL y los centros de estudios locales a nivel nacional. La sesión de la tarde dedicada a la «Sociología de la sanidad» analizó a las personas, que de una manera u otra estuvieron ligadas a la caridad y la sanidad de las sociedades preindustriales. Esta vez la ponencia corrió a cargo de Carmel Ferragud (Instituto Interuniversitario

¹ Integrado por: Esteban Sarasa (Universidad de Zaragoza - Institución Fernando el Católico), Germán Navarro (Universidad de Zaragoza - Historia Medieval), Marina Gazzini (Università degli Studi di Parma - Historia Medieval), Concepción Germán (Universidad de Zaragoza - Fisiatría y Enfermería), Salvatore Marino (Universitat de Barcelona - Ciencias y Técnicas Historiográficas) y Jesús Gascón (Universidad de Zaragoza - Historia Moderna).

«López Piñero»-*Universitat de València*) y versó sobre los profesionales y los espacios de la medicina bajomedieval: desde los hospitales para menesterosos, pasando por las tabernas y hostales repletos de viajeros, hasta las cárceles atestadas de presos. Para culminar la jornada, todos los participantes del simposio pudieron disfrutar de la visita guiada al hospital de Nuestra Señora de Gracia de la ciudad de Zaragoza (Servicio Aragonés de Salud), institución centenaria cuya fundación cumplirá en pocos años los cinco siglos de antigüedad.

El segundo día se inició con la tercera sesión, centrada esta vez en la «Economía caritativa, hospitalaria y sanitaria». Los encargados de introducir el debate fueron Marina Gazzini, Giuliana Albinì y Salvatore Marino con la presentación de un macro proyecto de investigación para el contexto italiano.² Los tres examinaron la estructura económica y el rol de los hospitales como «empresas de la caridad pública». Subtemas tales como la financiación, la contabilidad o el papel de las instituciones benéfico-asistenciales en el mercado de la deuda público-privada quedaron a discusión durante el cónclave matutino. Y por último, fue Concepción Germán (Departamento de Fisiatría y Enfermería de la Universidad de Zaragoza-Grupo de Investigación Aurora Mas), quién abrió la última de las sesiones, destinada a los «Cuidados del enfermo», a las relaciones entre trabajadores y pacientes y a las transformaciones recientes de la profesión enfermera.

En torno a los cuatro bloques de reflexión planteadas en el simposio, se presentaron diecinueve comunicaciones y dos pósters científicos, que cubrían un amplio espectro cronológico y espacial. Temporalmente, se abarcó desde las últimas centurias del Medievo hasta la década de 1970 y espacialmente viajamos desde Portugal al oeste, Bélgica al norte, Italia al este y Valencia al sur, con epicentro de la actividad heurística en los territorios de la Corona de Aragón.

Pero este libro no es una mera recopilación de actas. Si bien es cierto que su origen es el citado simposio, todos los textos son fruto de rigurosas investigaciones inéditas que aportan datos novedosos, reflexiones sugestivas, comparaciones y enfoques interdisciplinares que contribuyen a replantear el uso –y a menudo abuso– del término «redes». A nuestro parecer, a lo largo de los 22 artículos que lo componen, el lector podrá adentrarse en el apasionante mundo

² PRIN 2015, *Alle origini del welfare (XIII-XVI secolo). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*, PI Gabriella Piccini (Siena).

de la historia hospitalaria desde múltiples puntos de vista, sin restricciones temporales ni geográficas, y a sabiendas que todos los textos han sido revisados y evaluados por especialistas en el tema. Esta contribución constituye un paso adelante que revela el interés creciente en los últimos años por la asistencia y salud en el pasado, así como la consolidación de una red investigadora internacional para el estudio de la historia hospitalaria en la Europa meridional.

CONCEPCIÓN VILLANUEVA MORTE (*Universidad de Zaragoza*)

ANTONI CONEJO DA PENA (*Universitat de Barcelona*)

RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS (*Universidad de Zaragoza*)

Editores

OSPEDALI E RETI. IL MEDIOEVO*

MARINA GAZZINI

Università degli Studi di Parma

UNA METAFORA E LA SUA APPLICAZIONE

Fuori da ogni retorica, posso sinceramente affermare che è per me un grande onore essere stata invitata a tenere la relazione inaugurale del VI incontro degli «Abrils de l'Hospital». Il simposio internazionale quest'anno è stato dedicato al tema delle reti ospedaliere, indagate sotto l'aspetto storico, economico e socio-logico-sanitario. Condivido appieno l'adozione della metafora della «rete» perché ritengo che essa sia una stimolante chiave di lettura per comprendere la complessa realtà degli ospedali di ogni tempo e luogo.

L'ospedale, inteso sia come ente sia come comunità di persone, non costituisce infatti un'isola, ma si trova inserito in un fitto intrico di connessioni reticolari. Fin dalle loro antiche origini, gli ospedali risultano essere stati nodi di reti differenti attraverso le quali sono circolati uomini, merci, denaro, ma anche idee e modelli: di assistenza, di sanità, di architettura, di gestione amministrativa e aziendale, di relazione sociale. La metafora della rete ci invita allora da un lato a riflettere su come e quanto la fisionomia di questi modelli, idee, uomini, merci, denari circolanti sulla rete ospedaliera risulti condizionata dalla struttura della medesima e, viceversa, su come e quanto le reti ospedaliere vengano influenzate dal quadro politico, culturale, economico all'interno del quale esse si dipanano.

Per venire al mio ambito disciplinare di indagine –la storia del medioevo– le fonti attestano la presenza di reti ospedaliere nelle città così come nelle campagne. Esse erano punti di riferimento non solo per i malati, quanto e piuttosto per i *pauperes* e le *miserabiles personae*, ovvero individui fragili dal punto di vita

* Il presente contributo è prodotto delle attività di ricerca del PRIN 2015, *Alle origini del welfare (XIII-XVI secolo). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*, coordinatore scientifico G. Piccinni.

economico, biologico e sociologico, bisognosi di aiuto e protezione: orfani e bambini abbandonati, vecchi, vedove, pellegrini, viaggiatori, poveri. Queste reti non erano tutte uguali e non rispondevano alle medesime sollecitazioni. Di densità variabile nello spazio e nel tempo, esse erano caratterizzate alle volte da un forte spontaneismo, altre volte da una precisa progettualità: è il noto caso delle reti legate agli ordini ospedalieri, estese tra l'Europa e la Terrasanta, ma non dobbiamo trascurare l'esistenza di reti a raggio più locale, poste alle dipendenze di monasteri importanti o connesse all'attività di laici-religiosi civicamente impegnati, come quelle italiane dei monaci di Bobbio o dei beati Facio da Verona e Gualtieri da Lodi, tutte estese sull'area padana, la prima nell'alto medioevo, le ultime due nel basso.

In questa sede, fra le tante variabili in cui si declinò il binomio ospedali-reti, ho deciso di soffermarmi su quelle che paiono più promettenti da analizzare nella prospettiva di quella reciprocità di correlazioni sopra enunciata. Anzitutto affronterò le reti della religiosità perché gli ospedali, per quanto potessero essere di fondazione ecclesiastica come laica e soggetti al controllo dei poteri pubblici come della Chiesa, furono collegati a lungo in maniera indissolubile con il fenomeno del pellegrinaggio e con la pratica delle opere di misericordia. Passerò quindi ad analizzare le reti del potere e delle relazioni sociali: gli ospedali furono oggetto di costante attenzione da parte di chi deteneva il potere, ovvero i sovrani, la Chiesa, i signori, le autorità municipali e le *élites*, che se ne servirono per attuare politiche utili ad aiutare i membri meno fortunati della società e a proteggere la tenuta di questa, ma anche per governare e affermare il proprio ruolo dominante in qualità di tutori della popolazione. Andrò quindi a prendere in considerazione le reti economiche perché, grazie alle ricchezze mobiliari e immobiliari accumulate, gli ospedali entrarono nei distretti economici locali partecipando attivamente allo sfruttamento della terra e del denaro. Sia chiaro: solo per comodità espositiva affronterò queste tre reti –di religiosità, di potere, di economia– in paragrafi distinti. Esse erano invece intrecciate fra loro in maniera indissolubile: la ragnatela di legami che le reti ospedaliere crearono si estese in tutti e tre gli ambiti precedentemente considerati.

È da parte mia doveroso precisare che, data la funzione della mia relazione, che è introduttiva a un folto gruppo di interessantissimi interventi, non intendo offrire una trattazione sistematica di tutti i punti enunciati. Anche le indicazioni bibliografiche saranno ridotte al minimo essenziale. Proporrò invece considerazioni di carattere generale, che mirano a fornire alcuni punti fermi dai quali partire per l'analisi del sistema delle reti ospedaliere. Le –poche– esemplificazioni che potrò fare nel limitato spazio a mia disposizione saranno riferite all'area che

conosco meglio, ovvero l'Italia centro-settentrionale. Mi scuso pertanto in anticipo del rischio di appiattimento che deriverà dal trascurare le tante specificità locali. Cercherò di compensare questo limite sforzandomi di allargare l'analisi anche agli ospedali alto e pieno medievali e a quelli rurali, tradizionalmente meno studiati rispetto agli ospedali urbani e basso medievali, stante anche, ovviamente, le minori tracce lasciate dai primi rispetto ai secondi.

OSPEDALI E RETI DI RELIGIOSITÀ

Nel medioevo il religioso permeava di sé il quotidiano, modellando mentalità e comportamenti, nel privato come nel pubblico. Anche l'attività di assistenza rientrava in questa atmosfera. Per buona parte dei secoli di mezzo i fondatori di ospedali furono infatti spinti da un sentimento religioso che voleva trovare una manifestazione concreta, e ortodossa, del proprio essere: al proposito, si è parlato di una «religiosità delle opere» e di una «spiritualità dell'azione» per indicare il tentativo di immissione in pratica delle istanze di rinnovamento religioso e della volontà di partecipazione alla vita della Chiesa espresse dal laicato.¹

La fondazione di ospedali riguardò tanto le *élites* aristocratiche, quanto i ceti produttivi e popolari: se le prime furono presenti durante tutto l'arco dei secoli medievali, i secondi si misero significativamente in luce quando arrivarono ad affermarsi anche a livello politico, in particolar modo tra i secoli XII e XIV. Proprio in relazione a questo periodo, e alla civiltà comunale italiana, è stata individuata una specifica categoria di santità, le cui componenti essenziali furono l'elemosina, la beneficenza, la pace.

Fra i vari mercanti, artigiani e altri lavoratori che si distinsero per avere fondato un ospedale, diventando così oggetto di un culto popolare che li portò alla beatificazione, si ricordano Ranieri di Pisa, Omobono da Cremona, Gerardo Tintori di Monza, Raimondo Palmerio di Piacenza, i già menzionati Gualtieri da Lodi e Facio da Verona, Alberto di Villadogna (Bergamo), Amato Ronconi da Saludecio (Rimini), Lucchese da Poggibonsi, Andrea Gallerani e Pietro Pettinaio di Siena. Tale santità, tipicamente secolare, è stata definita «della strada e del ponte», «della

¹ Di «religiosità delle opere» parlò per primo Ovidio Capitani (Capitani, Ovidio, *Introduzione a Mollat, Michel, I poveri nel medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1983 (Paris, 1978), pp. V-XXXVI, p. XXVII ss.) mentre a una «spiritualità dell'azione» fece riferimento André Vauchez (Vauchez, André, *La spiritualità dell'Occidente medievale. Secoli VIII-XII*, Milano, Vita e pensiero, 1978, pp. 72 ss.).

carità e del lavoro», o ancora santità laica «*de Populo*». Spesso le figure e i culti relativi a questi santi assumevano infatti anche una valenza politica, o perché tali personaggi intervenivano, in nome della pace e della giustizia cittadina, nelle lotte tra le fazioni politiche locali, o perché il ricordo delle loro gesta, i loro lasciti materiali (tra i quali le fondazioni ospedaliere) e la devozione sorta nei loro confronti venivano in seguito ripresi come vessillo della comunità municipale.²

La rete di religiosità nella quale era inserito l'ospedale medievale non coinvolgeva però soltanto le figure dei fondatori. L'ospedale medievale era infatti un luogo ove tutti gli uomini e le donne dell'epoca potevano esperire il religioso. I *fratres*, le *sorores*, i conversi, gli oblati, i donati, e tutte quelle altre figure che nel loro insieme formarono delle comunità ospedaliere, si collocano infatti sotto l'ambigua denominazione del *laicus religiosus*, coniata nel XIII secolo da Enrico da Susa, cardinale *Hostiensis*, per indicare quegli uomini e quelle donne che vissero la propria vocazione cristiana senza abbandonare lo *status* laicale, consacrando a Dio senza necessariamente abbracciare una regola.³ Alcuni di questi laici religiosi dediti alle opere di carità entrarono comunque in veri e propri ordini ospedalieri, dotati quindi di norme codificate, e diffusi in tutta la Cristianità, come i Templari, i cavalieri di San Giovanni Gerosolimitano, i Teutonici, i canonici regolari di Sant'Antonio di Vienne, gli ospedalieri di Santo Spirito in Sassia, i *fratres* di San Giacomo di Altopascio, giusto per citare i maggiori.⁴

Vocazione di questi frati ospedalieri, iscritti o meno in un ordine religioso, era assistere i pellegrini e curare le strade che questi percorrevano per arrivare alle mete della Cristianità. Il nesso con i percorsi della religiosità fece degli ospedali medievali perni importanti di organizzazione del territorio e della viabilità. Le testimonianze storiche, ma anche quelle archeologiche, rivelano infatti l'intensificarsi delle fondazioni assistenziali in quei contesti, sia urbani sia rurali, che risultavano attraversati da importanti vie di comunicazione, terrestri, fluviali e marittime. Nel caso di alcuni percorsi il fenomeno è più studiato, come per le

² Vauchez, André, «Comparsa e affermazione di una religiosità laica (XII secolo-inizio XIV)», in *Storia dell'Italia religiosa*, Vauchez, A. (ed.), *L'Antichità e il Medioevo*, I, Roma-Bari, Laterza, 1993, pp. 397-425.

³ Rando, Daniela, «“Laicus religiosus” tra strutture civili ed ecclesiastiche: l'ospedale di Ognissanti in Treviso (sec. XIII)», in Merlo, G. G. (ed.), *Esperienze religiose e opere assistenziali nei secoli XII e XIII*, Torino, Il Segnalibro, 1987, pp. 43-84.

⁴ Per una panoramica generale si veda Esposito, Anna e Rehberg, Andreas (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia, Atti del Convegno, Roma 16 giugno 2005*, Roma, Viella, 2007, pp. 137-157.

strade dirette alle grandi mete dei pellegrinaggi medievali: Roma, Santiago di Compostella e Gerusalemme. Dobbiamo tenere comunque presente che tutte le reti di comunicazione erano costellate dalla presenza di ospedali che, almeno fino a quando non si affermò un sistema di ospitalità professionale, svolsero tra l'altro anche una funzione di ospitalità al viandante e al forestiero a 360 gradi.⁵

Il rapporto tra ospedali e strade è stato abbondantemente sottolineato dagli storici che hanno fatto notare come si trattasse di un nesso biunivoco: l'ospedale sorgeva dove c'era una strada, ma una strada aveva più probabilità di successo se sul suo percorso si trovavano comunità di ospedalieri che si occupassero non solo dell'assistenza agli *utentes stratis* (pellegrini, mercanti e militari), ma anche della manutenzione delle strutture di passaggio e di valico, come i ponti.⁶ *Domus pontis* sorgevano in prossimità di passaggi importanti, ed erano gestite da comunità religiose di frati pontiferi.⁷ Come l'ospedale risentisse del circuito di comunicazioni e quale fosse a sua volta l'influenza che esso e la sua comunità esercitava su questo circuito emergono fra le necessarie domande che lo storico degli ospedali medievali deve porsi.

OSPEDALI E RETI DI POTERE

Se alcune sollecitazioni alla fondazione di istituzioni ospedaliere assumono quindi valenza generale, come quelle in senso lato religiose appena illustrate, occorre tuttavia contestualizzare ciascun progetto assistenziale per comprenderne le ragioni più specifiche e per non rischiare di applicare a ogni ente *clichés* interpretativi non adatti a tutti i contesti storici e geografici.

Ospedali e reti nascevano infatti a seguito di iniziative differenti. Si contano molti casi di fondazioni, o di successive tutele, pubbliche o comunque legate a personaggi detentori di poteri anche pubblici: tra i fondatori e patroni di ospe-

⁵ Sebbene esistenti sin dall'antichità, solo dal XIII secolo taverne, alberghi e locande si affermarono come luoghi di ospitalità diffusa e controllata dalle autorità. Peyer, Hans Conrad, *Viaggiare nel Medioevo. Dall'ospitalità alla locanda*, Roma-Bari, Laterza, 1990 (Hannover, Hahnsche Buchhandlung, 1987).

⁶ Gazzini, Marina, «Gli utenti della strada. Mercanti, pellegrini, militari», *Reti Medievali Rivista*, III (2002) <www.rivista.retimedievali>.

⁷ Albini, Giuliana, «Strade e ospitalità, ponti e ospedali di ponte nell'Emilia occidentale (secc. XII-XIV)», in Greci, R. (ed.), *Studi sull'Emilia occidentale nel Medioevo: società e istituzioni*, Bologna, Clueb, 2001, pp. 205-251.

dali medievali troviamo infatti imperatori e imperatrici, re e regine, poteri cittadini, e naturalmente anche papi e vescovi. Già questa banale constatazione fa comprendere come l'ospedale fosse inserito in reti di potere, che significavano non solo la possibilità di ottenere ricche dotazioni patrimoniali, ma anche privilegi fiscali e giurisdizionali.

La questione delle competenze sugli ospedali fu molto controversa e divenne occasione di scontri fra le autorità. In quanto *opera pietatis* o *pia loca*, gli ospedali erano infatti generalmente considerati enti «para-ecclesiastici». ⁸ Era alla Chiesa che *in primis*, per tradizione, spettava la cura dei poveri, e di conseguenza il controllo sugli enti che di poveri si occupavano come gli ospedali: sia nell'alto sia nel basso medioevo essi venivano ricordati nei diplomi regi e imperiali, negli atti conciliari, nelle deliberazioni municipali, nei documenti privati, quali componenti di una triade religiosa formata da chiese, monasteri e ospedali appunto. ⁹ L'assistenza era tuttavia un compito pubblico: non a caso, Carlo Magno inserì fra i doveri del sovrano l'*officium hospitalitatis*. ¹⁰

Se nei secoli altomedievali la compenetrazione tra le due sfere del potere ¹¹ pose in secondo piano il problema della pertinenza giurisdizionale, fu nel basso medioevo che gli attriti tra la Chiesa, romana o locale, e i poteri laici si acutizzarono anche sotto il rispetto del controllo degli enti ospedalieri. A partire dal Duecento, si moltiplicarono difatti le fondazioni laiche. Nell'Italia dei comuni, in particolare, i poteri municipali si fecero promotori di fondazioni ospedaliere

⁸ Imbert, Jean, «Ospedale», in *Dizionario degli istituti di perfezione*, Roma, Edizioni Paoline, 1980, VI, coll. 922-942 (col. 927); Prosdocimi, Luigi, *Il diritto ecclesiastico dello stato di Milano dall'inizio della signoria viscontea al periodo tridentino (secc. XIII-XVI)*, Milano, Cisalpino-Goliardica, 1941.

⁹ La triade è ricordata ad esempio per l'alto medioevo nella folta serie di diplomi indirizzata al monastero di Bobbio (Gazzini, Marina, «La rete ospedaliera di Bobbio fra alto e basso medioevo», in Destefanis, E. e Guglielmotti, P., *La diocesi di Bobbio. Formazione e sviluppi di un'istituzione millenaria*, Firenze, FUP Reti medievali, 2015, pp. 481-507 <www.ebook.reti-medievali.it>) e per il basso nella documentazione trecentesca dell'ospedale Santa Maria della Scala di Siena in distinzione dai patrimoni laici (Piccinni, Gabriella, «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.) *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 133-154 (p. 136) <www.rivista.retimedievali.it>).

¹⁰ Nel 793. Cosmacini, Giorgio, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2011, p. 150.

¹¹ Tabacco, Giovanni, «Il volto ecclesiastico del potere nell'età carolingia», in Chittolini, G. e Miccoli, G. (edd.), *La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986, pp. 5-41.

definite esplicitamente come appartenenti al Comune e alle società di arti, di armi e di Popolo che in quel periodo si affiancarono al primo nella gestione del potere.¹² Questo non significò tanto la secolarizzazione delle strutture ospedaliere, quanto una decisa appropriazione da parte dei pubblici poteri del controllo dei sistemi assistenziali all'interno dei quali gli ospedali erano collocati.

Le tappe di questo processo furono molteplici e non lineari. Nei primi decenni del Trecento il papato intervenne in merito all'amministrazione degli ospedali, attraverso una serie di disposizioni emanate durante i concili di Ravenna (1311) e di Vienne (1312) e con la successiva compilazione delle *Constitutiones Clementinae*. A metà del XIV secolo tuttavia capitava che i giuristi si interrogassero ancora sulla natura, religiosa o laica, degli enti ospedalieri a seguito del tentativo di questi ultimi di sfuggire a imposizioni tributarie. La finalità degli ospedali non era infatti dimostrare una volta per tutte la propria natura giuridica, quanto trovare gli argomenti che, di volta in volta, potevano apparire più efficaci per ottenere esenzioni.¹³

Risulta significativa al proposito l'altalenanza di sgravi ed imposizioni che interessò l'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma che nel 1255 aveva ottenuto dal Comune l'esenzione dal pagamento di *laudagium seu dacia*, ma cui in seguito il Comune medesimo impose collette e oneri avendo verificato che i membri della

¹² A Parma, Siena, Pisa, Firenze, Padova, Verona, Venezia per esempio. La bibliografia ospedaliera è davvero sconfinata: mi limito pertanto qui a ricordare, in riferimento alla questione citata nel testo, Pullan, Brian, *La politica sociale della Repubblica di Venezia, 1500-1620*, 2 voll., Roma, Il Veltrò, 1982 (Oxford, Blackwell, 1971); Henderson, John, *Piety and Charity in Late Medieval Florence*, Oxford, Clarendon Press, 1994; Ronzani, Mauro, «Nascita e affermazione di un grande «Hospitale» cittadino: lo Spedale Nuovo di Pisa dal 1257 alla metà del Trecento», in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, Atti del convegno, Pistoia 9-12 ottobre 1987*, Pistoia, CISSA, 1990, pp. 201-235; Piccinni, Gabriella, *Il banco dell'ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012; Varanini, Gian M.^a, «Per la storia delle istituzioni ospedaliere nelle città della Terraferma veneta», in Grieco, A. J. e Sandri, L. (edd.), *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Firenze, Le Lettere, 1997, pp. 107-155; Gazzini, Marina, «L'impegno assistenziale», in Greci, R. (ed.), *Studi sul Medioevo emiliano. Parma e Piacenza in età comunale*, Bologna, Clueb, 2009, pp. 111-120, rimandando per ulteriori approfondimenti bibliografici a Gazzini, Marina, «Ospedali nell'Italia medievale», *Reti Medievali Rivista*, 13 (2012) <www.rivista.retimedievali.it>.

¹³ Gazzini, Marina, «Verso la riforma ospedaliera. Un *consilium sapientis* del 1349», in Maffei, P. e Varanini, G. M.^a (edd.), *Honos alit artes. Studi dedicati a Mario Ascheri per il suo settantesimo compleanno*, 4 voll., I, Firenze, FUP Reti medievali, 2014, pp. 55-64 <www.ebook.retimedievali.it>.

sua comunità non abitavano nell'ospedale e dunque non meritavano gli sgravi fiscali: questo almeno secondo una denuncia fatta negli anni 1326 e 1328 dal pontefice Giovanni XXII, che al tempo estendeva il suo dominio temporale su Parma e che dichiarava il Rodolfo Tanzi esente da oneri verso la Chiesa e il Comune.¹⁴ La vicenda parmense mostra bene come l'ospedale medievale fosse inserito in molteplici reti di potere, alcune locali altre sovra-locali, e come sulla sua fisionomia si giocassero anche altre partite, non ultima quella dei complicati rapporti che, nel tardo medioevo, si crearono tra il Papato e i potentati italiani, e più in generale europei, in merito al governo delle istituzioni ecclesiastiche.¹⁵

Sul finire del medioevo, le esigenze della società solleccarono una riforma amministrativa degli ospedali, giudicati inefficienti e male amministrati. Il processo mise in prima linea i poteri laici. Gli ospedali divennero infatti inevitabilmente fulcro di politiche pubbliche nel momento in cui, in maniera sempre più urgente a partire dal Trecento, si dovettero fronteggiare problemi come ondate epidemiche, rivolgimenti politici, crisi economiche e il crescente pauperismo. Non si trattava solo di politiche sanitarie e di ordine sociale, ma anche di iniziative tese a rafforzare l'immagine dei detentori del potere nella loro veste di *domini* misericordiosi e di garanti del bene comune.

Tali iniziative sorsero comunque all'interno di una società consapevole che la propria stessa conservazione dipendeva anche da forme di protezione verso i più deboli e dal tamponamento di situazioni critiche che, se lasciate andare, potevano causare disordini. In un periodo in cui l'approccio alla povertà cambiò decisamente rispetto al passato, in quanto si cominciò a discutere non solo sul dovere cristiano dell'inclusione sociale ma anche sui rischi dell'esclusione economica,¹⁶ si levarono voci che invitavano chi di dovere ad assumersi le proprie responsabilità. È quanto emerge ad esempio nel 1430 in una delle tante proposte arrivate a Gian Francesco Gonzaga, signore e poi marchese di Mantova, a seguito di una consultazione popolare da lui stesso indetta per ricevere consigli su come migliorare la città. Un cittadino suggerì l'istituzione di un ufficio che provvedesse a distribuzioni gratuite di grano e altre derrate alimentari ai poveri in caso

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Bizzocchi, Roberto, «Chiesa religione stato agli inizi dell'Italia moderna», in Chittolini, G., Molho, A. e Schiera, P. (edd.), *Origini dello Stato. Processi di formazione statale in Italia fra medioevo ed età moderna*, Bologna, Il Mulino, 1994, pp. 493-513; Chittolini, Giorgio, «Stati regionali e istituzioni ecclesiastiche nell'Italia centro-settentrionale del Quattrocento», in *La Chiesa e il potere politico...*, *op. cit.*, pp. 147-193.

¹⁶ Albini, Giuliana, *Poveri e povertà nel medioevo*, Roma, Carocci, 2016.

di aumento dei prezzi. Secondo il proponente, questo ufficio sarebbe stato per il signore occasione per manifestare la propria *pietas* e per restituire al popolo una parte di quanto egli prelevava, facendo così aumentare la platea della popolazione indigente.¹⁷ Se il primo argomento si rifà a una tradizione risalente fin all'età post-constantiniana, quando lo stato cominciò ad elargire, accanto ai sussidi distribuiti come annona civica a favore della *plebs*, aiuti alimentari specificamente destinati ai poveri,¹⁸ il secondo assunto appare più originale e ancorato a un'analisi contemporanea: le esose politiche fiscali signorili –denunciava il cittadino– avevano ridotto alla povertà un mantovano su cento. L'ufficio non si fece, almeno non fino al Cinquecento: i Gonzaga tuttavia avrebbero controllato l'assistenza ai poveri riformando dapprima il duecentesco consorzio elemosiniero di Santa Maria della Cornetta, alla guida del quale misero uomini a loro fedeli, e poi la rete ospedaliera locale che a metà Quattrocento venne concentrata in un nuovo ente che prese lo stesso nome del predetto consorzio elemosiniero.

In molti luoghi, infatti, si mirò a un coordinamento delle iniziative sociali affinché, non più isolate come in passato, interagissero fra loro in maniera proficua. A questo servì la riforma ospedaliera che interessò importanti centri italiani ed europei.¹⁹ In alcuni luoghi però –ed è bene ricordarlo– non si verificò

¹⁷ Nicolini, Ugo, «Principe e cittadini: una consultazione popolare del 1430 nella Mantova dei Gonzaga», in *Mantova e i Gonzaga nella civiltà del Rinascimento, Atti del convegno, Mantova 6-8 ottobre 1974*, Mantova, Accademia virgiliana, 1977, pp. 35-46; Navarrini, Roberto e Belfanti, Carlo M., «Il problema della povertà nel ducato di Mantova. Aspetti istituzionali e problemi sociali (secoli XIV-XVI)», in Politi, G., Rosa, M. e Della Peruta, F. (edd.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna, Atti del Convegno, Cremona 28-30 marzo 1980*, Cremona, Libreria del convegno editrice, 1982, pp. 121-136, p. 124: il notaio Giovanni Rozzi propone che «si vero...blada et similia magis cara vendi pauperibus, fiat officium et domus in qua continue sint blada et ligumina et similia venallia et continuo dentur pauperibus... nam pium est principem subvenire multitudini a qua continue capit introitum, et quia in patria pro uno quoque divite sunt centum pauperes».

¹⁸ Questi ultimi avrebbero dovuto essere amministrati dai sacerdoti cristiani che, proprio inaugurando un nuovo linguaggio che per la prima volta spostava l'accento sulla contrapposizione tra poveri e ricchi e non più tra cittadini e non cittadini, si ritagliarono uno spazio del tutto nuovo e personale all'interno della società: Brown, Peter, *Povertà e leadership nel tardo impero romano*, Roma-Bari, Laterza, 2003 (Hanover and London, Brandeis University Press, 2003).

¹⁹ Bianchi, Francesco e Ston, Marek, «Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale», *Ricerche di storia sociale e religiosa*, 69 (2006), pp. 7-45; Frank, Thomas, *Heilsame Wortgefechte. Reformen europäischer Hospitäler vom 14. bis 16. Jahrhundert*, Göttingen, V & R unipress, 2014.

una pianificazione dell'assistenza che rimase parcellizzata, anche se non per questo meno efficace: è il caso di città italiane certo non di secondo piano, come Roma e Venezia. Il confronto tra i sistemi assistenziali di realtà che conobbero la riforma ospedaliera, tendente alla centralizzazione amministrativa o comunque alla specializzazione dei servizi di cura, e quelli che invece proseguirono sulla strada del frazionamento antico, non è ancora stato condotto in maniera sistematica: si auspicano pertanto future indagini in questa direzione.

Così come andrebbero studiate più a fondo le resistenze, documentate in numerosi centri, nei confronti delle politiche di riforma assistenziale, e in generale degli interventi a favore di una gestione centralizzata delle risorse ospedaliere. I contrasti tra i vertici degli ospedali e le autorità furono sempre all'ordine del giorno, sia nel corso della maggioranza dei secoli medievali quando gli ospedali venivano governati da rettori religiosi, accusati spesso di cattiva gestione ma per motivi tante volte pretestuosi, sia nel Quattrocento quando collegi laici posti al governo degli ospedali riformati compivano scelte non sempre nel solco della volontà di chi questa riforma aveva stimolato.²⁰ Milano è un esempio di questa resistenza a una riforma ospedaliera voluta dai duchi, realizzatasi nel corso di più di cinquant'anni alle volte con il forte sostegno degli arcivescovi, alle volte con questi contrari, e osteggiata da parte della città. Quando si parla di controllo degli ospedali da parte delle oligarchie urbane –fenomeno riscontrabile ovunque– bisogna infatti verificare se queste oligarchie coincidessero con i detentori della cosa pubblica, come nel caso delle realtà a regime repubblicano, o se costituissero una controparte di questa, una controparte alle volte allineata, altre volte ostile, come appunto nel caso della Milano principesca. Il profilo istituzionale dei luoghi entro i quali gli ospedali trovavano collocazione è dunque punto di riferimento imprescindibile per ogni indagine sulla fisionomia assistenziale di quel centro medesimo: in un contesto frazionato come quello medievale, ogni generalizzazione risulta pericolosa.

Per ribadire il concetto di reciprocità di influenze enunciato in apertura di intervento, non va infine dimenticato che gli ospedali erano al centro di un potere esercitato non solo dall'esterno, ma anche da loro stessi: il potere dell'ospedale si esplicava ad esempio nello stabilire gerarchie di interventi, favorendo l'una o l'altra categoria di bisognosi, e nel controllo degli uomini che vivevano

²⁰ Gazzini, Marina, «La maleficenza. Malversazioni e altri abusi economici negli ospedali della Lombardia medievale», in Muzzarelli M. G. e Righi L. (edd.), *Storie di frodi*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 147-166.

sui territori, urbani come rurali, marcati dalla propria presenza. Con quest'ultimo spunto, ci addentriamo nell'ultima tipologia di rete che prenderò qui in considerazione, quella economica.

OSPEDALI E RETI DI ECONOMIA

Trattare di ospedali e di reti economiche è fondamentale perché l'ospedale medievale era indubbiamente un luogo di ricchezze che non rimanevano racchiuse entro le sue mura. Si trattava di ricchezze ultraterrene, perché qui si poteva investire nell'aldilà, redimendo vite di peccatori tramite il dono al prossimo bisognoso dei propri beni e persino della propria persona, se necessario. La stessa terminologia di *donatus/a* per indicare, in alcuni contesti, quanti si dedicavano alla vita ospedaliera, è esemplificativa al proposito. Ma si trattava soprattutto di ricchezze terrene: grazie a lasciti e donazioni numerosi ospedali divennero non solo grandi proprietari immobiliari e fondiari, riuscendo di conseguenza ad entrare nel mercato della terra e dei prodotti agro-alimentari, ma anche gestori di capitali mobili, assumendo in certi casi persino la funzione di monti di deposito e di prestito.

Le prime testimonianze in merito alle funzioni economiche assolve dagli ospedali risalgono all'alto medioevo. Nella sua precocità e abbondanza appare esemplare, per quanto indubbiamente eccezionale, la documentazione del citato monastero di San Colombano a Bobbio.²¹ In età carolingia e post carolingia il cenobio aveva fra le sue dipendenze ben dieci ospedali, sparsi tra Piemonte, Lombardia, Emilia. La funzione religioso-assistenziale di questi enti non è quella sulla quale le fonti insistano maggiormente: i documenti riferiscono al massimo se e quanti poveri questi enti assistevano, e in quali modalità, facendoci capire che quella più praticata era l'erogazione di elemosine e pasti, oppure ci informano nel caso in cui parte dei beni prodotti sulle terre controllate dagli ospedali servisse per gli infermi del monastero. *Xenodochia* e *hospitalia* emergono invece dalla documentazione monastica soprattutto in un'ottica patrimoniale: gestiscono terre, regolano i rapporti con i contadini, producono beni. Gli ospedali dipendenti da Bobbio governavano *curtes* e altri possedimenti a struttura non bipartita, riccamente dotati di terre colte e incolte, i proventi delle quali venivano destinati solo in minima parte ad attività assistenziali: servivano infatti per

²¹ Gazzini, Marina, «La rete ospedaliera di Bobbio...», *op. cit.*

lo più al mantenimento dei monaci stessi e alla commercializzazione, sia sul mercato locale sia nelle importanti piazze internazionali di Pavia e Piacenza.

Quantificare l'incidenza di questa presenza ospedaliera bobbiese sui mercati del tempo non è però possibile. L'operazione non risulta d'altronde semplice nemmeno quando ci si sposta su periodi, e su enti, caratterizzati da una maggiore disponibilità documentaria. La questione è difatti complessa e presenta molteplici sfaccettature. Alcuni ospedali, come il trecentesco Santa Maria della Scala di Siena, riuscivano a vendere i loro beni sul mercato e a lucrarci, o quanto meno a servirsi dei prodotti delle proprietà che gestivano, il grano ad esempio, per non essere dipendenti da speculatori esterni e per tenere bassi i prezzi che questi cercavano di tenere artificiosamente alti.²² Altri invece, come l'ospedale di Santa Maria dei Battuti di Treviso, riuscivano a farlo solo di rado, dal momento che in anni di scarsi raccolti e di conseguente aumento di bisognosi, la loro stessa produzione interna non era sufficiente per sfamare tutti, ovvero i poveri della comunità ospedaliera e i nuovi assistiti aumentati a causa della congiuntura negativa; tenuto anche conto che la politica economica dell'ospedale nei confronti dei propri fittavoli debitori risultava normalmente più tollerante di quella dei proprietari nobili o borghesi del territorio, si capisce come le entrate ospedaliere, da quel punto di vista, tendessero a essere più basse di quelle degli altri proprietari e quindi a non fare dell'ente assistenziale uno dei protagonisti del mercato urbano.²³ Inoltre, se in alcuni casi gli ospedali potevano accumulare prodotti alimentari in modo privilegiato grazie a sgravi fiscali (come ad esempio quelli ricordati sopra per il Rodolfo Tanzi di Parma), ciò non avveniva ovunque. Nella Repubblica veneta, ad esempio, i privilegi fiscali degli enti assistenziale erano abbastanza limitati; lo stato, per di più, non di rado attingeva al capitale ospedaliero, come nel citato caso di Treviso, per esigere crediti forzati, che poi tardava a restituire.

La partecipazione dell'ospedale al mercato urbano dei generi agro-alimentari deve naturalmente essere valutata anche in rapporto alla sua capacità di fare scorte e alle coeve politiche annonarie. Purtroppo, raramente disponiamo della

²² Piccinni, Gabriella, «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del welfare», in Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'etad mitjana*, Lleida, Pagès editors, 2017, pp. 139-151.

²³ Questo in riferimento ai secoli XV-XVI: Galletti, Giuliano, *Bocche e biade. Popolazione e famiglie nelle campagne trevigiane dei secoli XV e XVI*, Treviso, Edizioni Canova, 1994; Frank, Thomas, «The Lands of St Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti, Treviso, 15th-16th Century» in *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 249-279.

documentazione utile. Gli archivi di due centri di primo piano del ducato di Milano, la stessa Milano e Pavia, abbondano infatti di informazioni di carattere legislativo e amministrativo, e quelli di ospedali e consorzi elemosinieri in particolare di documenti relativi all'organizzazione economica dei luoghi pii, alle loro possibilità e alle loro scelte, ma solo di rado offrono informazioni precise sul valore e sull'ammontare delle scorte, elemento fondamentale per valutare l'effettiva incidenza di questi enti caritativi sui mercati cittadini.²⁴ E, per lo meno allo stato attuale delle conoscenze, nemmeno consentono verifiche come quella di grande interesse condotta sulle fondazioni della Napoli cinque-seicentesca che, per quanto risulti spostata più avanti rispetto al periodo qui trattato, è ricca di suggestioni anche per chi riflette sul medioevo.

Nella città napoletana, sia i poteri pubblici sia le famiglie dell'*establishment* sostennero ospedali e luoghi pii affinché si facessero carico dei bisogni delle frange più deboli della popolazione. Il fine voleva essere quello di disporre di ammortizzatori sociali che aiutassero a mantenere l'ordine pubblico e lo *status quo*. Grazie alle generose facilitazioni negli approvvigionamenti (sale e grano), ospedali e monasteri accumularono generi di consumo eccedenti rispetto ai consumi interni che immisero nel mercato esterno, costituito da una popolazione non solo di bisognosi, ponendo tali enti in concorrenza con l'annona e mettendo di conseguenza a rischio il sistema dei prezzi. Nonostante i divieti, ospedali, monasteri e altri luoghi pii continuarono a commerciare generi di consumo dando vita a un consistente contrabbando. Di sicuro questo era negativo per le pubbliche finanze, che traevano invece giovamento da un mercato controllato dei generi elementari: rimane invece da stabilire quanto gli ospedali napoletani, grazie all'immissione sul mercato di beni acquistati o prodotti senza vincoli anonari, contribuissero al miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. Considerate le attestazioni di canali preferenziali nella spartizione degli alimenti e di un traffico illegale di generi alimentari e di abiti in due importanti enti napoletani, l'Annunziata e gli Incurabili, parrebbe poco:²⁵ ma le indagini sono in corso e potrebbero portare a risultati differenti.

²⁴ Zanetti, Dante, *Problemi alimentari di un'economia preindustriale. Cereali a Pavia dal 1398 al 1700*, Pavia, Boringhieri, 1964; Parziale, Lavinia, *Nutrire la città. Produzione e commercio alimentare a Milano fra Cinque e Seicento*, Milano, Franco Angeli, 2009.

²⁵ Salvemini, Raffaella, «Il consumo alimentare negli ospedali napoletani: aspetti e problemi di un approccio economico (secc. XVI-XVIII)», in Cavaciocchi, S. (ed.), *Alimentazione e nutrizione. Secc. XIII-XVIII, Atti del Convegno, Prato 22-27 aprile 1996*, Firenze, Le Monnier, 1997, pp. 852-866.

Se valutare l'effettiva incidenza della presenza ospedaliera nei mercati del tempo non è facile, ancora più problematico è dunque quantificare il miglioramento concreto apportato da tale presenza al benessere popolare. Si tratta tuttavia di una pista di ricerca che vale senz'altro la pena percorrere per cercare di capire quanto l'alimentazione e altre primarie necessità dei poveri fossero sostenute da ospedali e altri luoghi pii. Rimane inoltre da stabilire quanto questi istituti caritativi riuscissero ad agire in funzione anticiclica diversamente da quanto potevano fare altri protagonisti economici più vincolati al controllo delle annone.

Sicuramente, comunque, gli ospedali potevano inserirsi in maniera stabilizzatrice all'interno delle fluttuazioni economiche del tempo non solo offrendo cibo, ma anche lavoro, alloggi a fitti agevolati, cure mediche gratuite e denaro. Negli ospedali si maneggiava infatti denaro e non solo quello giunto a seguito di donazioni o legati pii. Ancor prima della nascita dei Monti di Pietà, le reti assistenziali e le reti finanziarie dialogavano infatti in maniera efficace. L'interazione fra ospedale e finanza è ben documentata. Alle volte si trattava dello svolgimento di servizi bancari veri e propri, come documentato in maniera particolarmente significativa a Siena.²⁶ «Città-banca», Siena produsse infatti un «ospedale-impresa», il Santa Maria della Scala, che rivestì

un ruolo centrale nell'intermediazione creditizia, accogliendo il risparmio dei cittadini sotto forma di depositi di denaro contante, sui quali pagava un interesse, proprio come avrebbe fatto una qualsiasi compagnia di mercanti e banchieri, procurandosi così una liquidità che poteva reinvestire o che utilizzava per prestare denaro al comune; quest'ultimo gli riconosceva a sua volta un interesse più consistente di quello che l'ospedale riconosceva ai propri finanziatori.²⁷

Sebbene questo ruolo creditizio degli istituti ospedalieri sia attestato anche in altre città,²⁸ più frequente risultava però il coinvolgimento degli ospedali in operazioni finanziarie gestite da mediatori esterni. A Vicenza, l'ospedale di

²⁶ Piccinni, Gabriella, *Il banco dell'ospedale di Santa...*, *op. cit.*

²⁷ Piccinni, Gabriella, «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale...», *op. cit.*, p. 150.

²⁸ Ad esempio a Firenze (Sandri, Lucia, «L'attività di banco di deposito dell'Ospedali degli Innocenti di Firenze. Don Vincenzo Borghini e la 'bancarotta' del 1579», in Pastore, A. e Garbellotti, M. (edd.), *L'uso del denaro: patrimoni e amministrazione nei luoghi pii e negli enti ecclesiastici in Italia: secoli XV-XVIII*, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 153-178), a Treviso (Pesce, Luigi, *Vita socio-culturale in diocesi di Treviso nel primo Quattrocento*, Venezia, Deputazione editrice, 1983, p. 42), a Napoli (Colesanti, Gemma e Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», in *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 309-344).

Sant'Antonio abate aveva nel Quattrocento un proprio conto corrente presso un banchiere locale dove depositava regolarmente somme che venivano a loro volta prestate ad altri richiedenti, tra cui il Comune, con gli interessi dei quali si interveniva in città «pro subveniendo necessitatibus populi». Quando si trattava dei propri interessi, il medesimo ente però non guardava in faccia a nessuno e si affidava alla Camera dei pegni comunale per far mettere all'asta i beni sequestrati ai propri debitori, tra i quali figuravano proprio quei poveri che in teoria avrebbe dovuto assistere.²⁹

Queste osservazioni economiche sul lungo periodo, con le quali è ora tempo di concludere, forniscono dunque, anche in relazione ad un'età più precoce e a contesti diversi rispetto a quelli che siamo soliti prendere in considerazione, un'esemplificazione concreta di come «fare rete», ossia coordinarsi e stabilire contatti produttivi, non sia un'invenzione del mondo contemporaneo ma una modalità operativa conosciuta e ben sperimentata anche nel medioevo in un settore chiave quale l'assistenza. Resta ora da lavorare tutti insieme su casi ben documentati nello sforzo congiunto di offrire un panorama investigativo il più completo possibile.

BIBLIOGRAFIA

- ALBINI, Giuliana, «Strade e ospitalità, ponti e ospedali di ponte nell'Emilia occidentale (secc. XII-XIV)», in Greci, R. (ed.), *Studi sull'Emilia occidentale nel Medioevo: società e istituzioni*, Bologna, Clueb, 2001, pp. 205-251.
- , *Poveri e povertà nel medioevo*, Roma, Carocci, 2016.
- BIANCHI, Francesco, *Ospedali e politiche assistenziali a Vicenza nel Quattrocento*, Firenze, FUP Reti medievali, 2014 <www.ebook.retimedievali.it>.
- BIANCHI, Francesco e ŚLON, Marek, «Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale», *Ricerche di storia sociale e religiosa*, 69 (2006), pp. 7-45.
- BIZZOCCHI, Roberto, «Chiesa religione stato agli inizi dell'Italia moderna», in Chittolini, G., Molho, A. e Schiera, P. (edd.), *Origini dello Stato. Processi di formazione statale in Italia fra medioevo ed età moderna*, Bologna, Il Mulino, 1994, pp. 493-513.
- BROWN, Peter, *Povertà e leadership nel tardo impero romano*, Roma-Bari, Laterza, 2003 (Hannover and London, Brandeis University Press, 2002).

²⁹ Bianchi, Francesco, *Ospedali e politiche assistenziali a Vicenza nel Quattrocento*, Firenze, FUP Reti medievali, 2014, pp. 87-88 <www.ebook.retimedievali.it>.

- CAPITANI, Ovidio, «Introduzione», in Mollat, M., *I poveri nel medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1983, pp. V-XXXVI (Paris 1978).
- CHITTOLINI, Giorgio e MICCOLI, Giovanni (edd.), *La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea*, *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986.
- CHITTOLINI, Giorgio, «Stati regionali e istituzioni ecclesiastiche nell'Italia centro-settentrionale del Quattrocento», in Chittolini, G. e Miccoli, G. (edd.), *La Chiesa e il potere politico*, *Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986, pp. 147-193.
- COLESANTI, Gemma e MARINO, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 309-344 <www.rivista.retimedievali.it>.
- COSMACINI, Giorgio, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Roma-Bari, Laterza, 2011.
- ESPOSITO, Anna e REHBERG, Andreas (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia*, Roma, Viella, 2007.
- FRANK, Thomas, *Heilsame Wortgefechte. Reformen europäischer Hospitäler vom 14. bis 16. Jahrhundert*, Göttingen, V & R unipress, 2014.
- , «The Lands of St Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti, Treviso, 15th-16th Century», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 249-279 <www.rivista.retimedievali.it>.
- GALLETTI, Giuliano, *Bocche e biade. Popolazione e famiglie nelle campagne trevigiane dei secoli XV e XVI*, Treviso, Edizioni Canova, 1994.
- GAZZINI, Marina e Olivieri, Antonio (ed.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 133-154 <www.rivista.retimedievali.it>.
- GAZZINI, Marina, «Gli utenti della strada. Mercanti, pellegrini, militari», in *Reti Medievali Rivista*, 3 (2002), pp. 1-12 <www.rivista.retimedievali.it>.
- , «L'impegno assistenziale», in Greci, R. (ed.), *Studi sul Medioevo emiliano. Parma e Piacenza in età comunale*, Bologna, Clueb, 2009, pp. 111-120.
- , «Verso la riforma ospedaliera. Un *consilium sapientis* del 1349», in Maffei, P. e Varanini, G. M. (edd.), *Honos alit artes. Studi dedicati a Mario Ascheri per il suo settantesimo compleanno*, 4 voll., I, Firenze, FUP Reti medievali, 2014, pp. 55-64 <www.ebook.retimedievali.it>.
- , «La rete ospedaliera di Bobbio fra alto e basso medioevo», in Destefanis, E. e Guglielmotti, P. (edd.), *La diocesi di Bobbio. Formazione e sviluppi di un'istituzione millenaria*, Firenze, FUP Reti medievali, 2015, pp. 481-507 <www.ebook.retimedievali.it>.
- , «La maleficenza. Malversazioni e altri abusi economici negli ospedali della Lombardia medievale», in Muzzarelli M. G. e Righi L. (edd.), *Storie di frodi*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 147-166.

- HENDERSON, John, *Piety and Charity in Late Medieval Florence*, Oxford, Clarendon Press, 1994.
- IMBERT, Jean, «Ospedale», in *Dizionario degli istituti di perfezione*, Roma, Edizioni Paoline, 1980, VI, coll. 922-942.
- NAVARRINI, Roberto e BELFANTI, Carlo M., «Il problema della povertà nel ducato di Mantova. Aspetti istituzionali e problemi sociali (secoli XIV-XVI)», in Politi, G., Rosa, M. e Della Peruta, F. (edd.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, Libreria del convegno editrice, 1982, pp. 121-136.
- NICOLINI, Ugo, «Principe e cittadini: una consultazione popolare del 1430 nella Mantova dei Gonzaga», in *Mantova e i Gonzaga nella civiltà del Rinascimento, Atti del convegno, Mantova 6-8 ottobre 1974*, Mantova, Accademia Virgiliana, 1977, pp. 35-46.
- PARZIALE, Lavinia, *Nutrire la città. Produzione e commercio alimentare a Milano fra Cinque e Seicento*, Milano, Franco Angeli, 2009.
- PESCE, Luigi, *Vita socio-culturale in diocesi di Treviso nel primo Quattrocento*, Venezia, Deputazione editrice, 1983.
- PEYER, Hans Conrad, *Viaggiare nel Medioevo. Dall'ospitalità alla locanda*, Roma-Bari, Laterza, 1990 (Hannover, Hahnsche Buchhandlung, 1987).
- PICCINNI, Gabriella, *Il banco dell'ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012.
- , «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo, Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 133-154 <www.rivista.reti-medievali.it>.
- , «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del welfare», in Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'etad mitjana*, Lleida, Pagès Editors, 2017, pp. 139-151.
- PULLAN, Brian, *La politica sociale della Repubblica di Venezia, 1500-1620*, 2 voll., Roma, Il Veltro, 1982 (Oxford, Blackwell, 1971).
- RANDO, Daniela, «“Laicus religiosus” tra strutture civili ed ecclesiastiche: l'ospedale di Ognisanti in Treviso (sec. XIII)», in Merlo, G. G. (ed.), *Esperienze religiose e opere assistenziali nei secoli XII e XIII*, Torino, Il Segnalibro, 1987, pp. 43-84.
- RONZANI, Mauro, «Nascita e affermazione di un grande “Hospitale” cittadino: lo Spedale Nuovo di Pisa dal 1257 alla metà del Trecento», in *Città e servizi sociali nell'Italia dei secoli XII-XV, Atti del convegno, Pistoia 9-12 ottobre 1987*, Pistoia, CISSA, 1990, pp. 201-235.
- PROSDOCIMI, Luigi, *Il diritto ecclesiastico dello stato di Milano dall'inizio della signoria viscontea al periodo tridentino (secc. XIII-XVI)*, Milano, Cisalpino-Goliardica, 1941.
- SALVEMINI, Raffaella, «Il consumo alimentare negli ospedali napoletani: aspetti e problemi di un approccio economico (secc. XVI-XVIII)», in Cavaciocchi, S. (ed.), *Alimentazione e nutrizione. Secc. XIII-XVIII: Atti della «Ventottesima Settimana di Studi», 22-27 Aprile 1996*, Firenze, Le Monnier, 1997, pp. 852-866.

- SANDRI, Lucia, «L'attività di banco di deposito dell'Ospedali degli Innocenti di Firenze. Don Vincenzo Borghini e la "bancarotta" del 1579», in Pastore, A. e Garbellotti, M. (edd.), *L'uso del denaro: patrimoni e amministrazione nei luoghi pii e negli enti ecclesiastici in Italia: secoli XV-XVIII*, Bologna, Il Mulino, 2001, pp. 153-178.
- TABACCO, Giovanni, «Il volto ecclesiastico del potere nell'età carolingia», in Chittolini, G. e Miccoli, G. (edd.), *La Chiesa e il potere politico dal medioevo all'età contemporanea, Storia d'Italia*, Annali 9, Torino, Einaudi, 1986, pp. 5-41.
- VAUCHED, André, *La spiritualità dell'Occidente medievale. Secoli VIII-XII*, Milano, Vita e pensiero, 1978.
- , «Comparsa e affermazione di una religiosità laica (XII secolo-inizio XIV)», in De Rosa, G., Gregory, T. e Vauchez, A. (edd.), *Storia dell'Italia religiosa, 1, L'Antichità e il Medioevo*, Roma-Bari, Laterza, 1993, pp. 397-425.
- VARANINI, Gian M., «Per la storia delle istituzioni ospedaliere nelle città della Terraferma veneta», in Grieco, A. J. e Sandri, L. (edd.), *Ospedali e città. L'Italia del Centro-Nord, XIII-XVI secolo*, Firenze, Le Lettere, 1997, pp. 107-155.
- ZANETTI, Dante, *Problemi alimentari di un'economia preindustriale. Cereali a Pavia dal 1398 al 1700*, Pavia, Boringhieri, 1964.

LOS ESPACIOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA VALENCIA BAJOMEDIEVAL*

CARMEL FERRAGUD

Instituto Interuniversitario «López Piñero» (Universitat de València)

EL 28 DE ABRIL DE 1440, los *jurats* de la ciudad de Valencia dirigieron una carta a Lluç Roures, párroco de la iglesia de Sant Llorenç, que se encontraba en un concilio en Basilea. En ella pedían que mediara en la ciudad suiza para anular el *vet e interdit*, es decir, la situación de excomunión en que se encontraba la ciudad, después de que las autoridades hubieran ejecutado a un tal Lluís Gili, hijo del notario Bernat Gili. Este había sido hecho preso inculpado del robo de trigo del almudín municipal. Aunque no llevaba hábito, quedó demostrado que era clérigo tonsurado, y que por tanto correspondía a la autoridad eclesiástica intervenir en el asunto.¹ Pero los regidores valencianos hicieron caso omiso, ya que querían aplicar una pena ejemplar y rápida. La verdad es que no era infrecuente esta actitud de menosprecio de la autoridad civil hacia la eclesiástica.² En pocos días liquidaron el asunto; el justicia criminal de la ciudad asumió el proceso, que acabó con la condena y ahorcamiento de Gili delante del almudín. Hay que tener presente que Valencia arrastraba una doble circunstancia que hizo reaccionar de esta forma rápida y contundente a la autoridad municipal.

* Este artículo se enmarca en el proyecto de investigación «Ciencia vernácula en la Corona de Aragón y su contexto románico (siglos XIII-XVI)» del Ministerio de Economía y Competitividad (MINECO) (referencia: FFI2014-53050-C5-3-P), cofinanciado con fondos FEDER de la Unión Europea.

¹ *Epistolari de la València medieval (II)*, introducción, edición, notas y apéndices de Agustín Rubio Vela, Valencia-Barcelona, Institut Interuniversitari de Filologia Valenciana-Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 1998, p. 174. De hecho, en el proceso se explicó que, cuando Gili llegó a la pubertad, su padre había decidido consagrarlo a la Iglesia y procurarle la tonsura. Incluso se llegó a mostrar la carta que lo avalaba.

² Hauf, Albert, «El poder espiritual y terrenal de la Iglesia. Las “Allegaciones” de Francesc Eiximenis como síntesis de su pensamiento teocrático», *Res publica*, 18 (2007), pp. 59-81 (p. 77).

De un lado, la ciudad y el reino se encontraban bajo los efectos de la peste, que había empezado el verano de 1439 y que continuaba con especial virulencia todavía a principios del año siguiente. Pero, de otro lado, a esto se había sumado una escasez de cereales, de los que era deficitaria habitualmente la ciudad, verdaderamente alarmante.³ El acto de Gili merecía una respuesta ejemplar y tranquilizadora para los ciudadanos.

El perfil del acusado se fue dibujando a medida que el interrogatorio a los testigos fue progresando día a día. Además de ser propietario de unas tierras, algunos testigos añadieron que Gili había ejercido como mercader una parte de su vida, y había viajado a Cerdeña y Sicilia para comerciar con granos. Con estos testimonios pretendía la defensa evidenciar que el acusado tenía recursos suficientes para vivir y no necesitaba robar, y que los granos que presuntamente había sustraído del almudín eran suyos. Estaba familiarizado con las actividades mercantiles y no era extraño, al fin y al cabo, que se viera involucrado en este tipo de negocios, y que tuviera alguna relación con el almacén municipal.

Pero lo que interesa remarcar aquí es que el proceso criminal que se llevó a cabo contra Lluís Gili desvela, indirectamente, todo un entramado de relaciones sociales que conciernen a la salud y la enfermedad. Gili, de un lado, actuó como sanador, pero, por otro, fue un enfermo asistido en el hogar de unos parientes después de recibir una herida, fue cliente de diversos barberos y experimentó como preso la asistencia sanitaria en la cárcel. En definitiva, se muestra un entramado de relaciones sociales que conciernen a la salud y la enfermedad, su restablecimiento, los espacios donde se atendía a los enfermos y en qué circunstancias.⁴ Es, lógicamente, esta parte del juicio la que nos servirá para conducir nuestra reflexión sobre el tema, que posteriormente ampliaremos con otros ejemplos para completar el panorama asistencial en la ciudad de Valencia.

UNA SOCIEDAD ASEDIADA POR LA ENFERMEDAD

Los hombres y las mujeres de la Edad Media vivieron acechados y preocupados permanentemente por la presencia de la enfermedad. La correspondencia entre

³ Rubio Vela, Agustín, «Las epidemias de peste en la ciudad de Valencia durante el siglo XV. Nuevas aportaciones», *Estudis Castellonencs*, 6 (1994-1995), pp. 1179-1921 (pp. 1201-1202).

⁴ Archivo del Reino de Valencia (ARV), Justicia Criminal, n.º 86 (25-I-1440). Indico en las citas, entre paréntesis, el folio y la fecha de referencia del proceso.

médicos y pacientes o entre parientes y amigos, da cuenta de la enorme preocupación por la enfermedad y sus consecuencias.⁵ Las circunstancias particulares en que se desarrollaban sus vidas hicieron que la incidencia de muchas patologías fuera muy alta.⁶ Prevenir las o hacerles frente con los más variados recursos de los que se pudiera disponer estaba siempre entre sus prioridades. Desde el uso de los recursos propios y de los conocimientos familiares transmitidos de generación en generación, casi siempre de madres a hijas, al de ensalmos y oraciones, curanderos, adivinos, sanadores del más diverso signo y pelaje, desde empíricos «especialistas» en determinadas dolencias a médicos con formación universitaria, cualquier recurso de forma aislada o bien la combinación de varios de ellos eran bienvenidos, según las circunstancias. Ahora bien, muchos de estos recursos no eran del gusto de las autoridades eclesiásticas y se encontraron permanentemente bajo sospecha. Efectivamente, como ha quedado demostrado, los hombres y las mujeres de tiempos medievales buscaron la complementariedad de los ámbitos familiar, comunitario (vecindario, amistades) e institucional (hospitales, asilos y cofradías) para curarse de sus enfermedades. Aunque la prevalencia en el uso de uno u otro según las épocas parece clara, nunca una cerró el paso a la otra en esta «economía del cuidado», en palabras de Horden, sino que lo habitual fue la asistencia flexible y diversa.⁷

Conviene tener presentes un par de conceptos metodológicos muy útiles para explicar y entender la complejidad de las relaciones que se activan en la toma de decisiones ante la enfermedad, donde el paciente puede llegar a tener mucho más protagonismo del que imaginamos. El primer concepto es el «plu-

⁵ Ejemplos a partir de la correspondencia real pueden encontrarse en los libros de Roca, Josep M.^a, *Johan I*, Barcelona, Institució Patxot, 1929, pp. 219-238, y *La medicina catalana en temps del rey Martí*, Barcelona, Fidel Giró, 1919, pp. 100-105. Comenge, Luis, *La medicina en el reinado de Alfonso V de Aragón*, Barcelona, José Espasa, 1903. Correspondencia entre ciudadanos en Vinyoles Vidal, Teresa, *Història de les dones a la Catalunya medieval*, Lleida, Eumo Editorial-Pagès Editors, 2005, p. 197.

⁶ Sobre las condiciones de vida y cómo afectaron la salud puede verse Dyer, Christopher, *Niveles de vida en la Baja Edad Media*, Madrid, Crítica, 1991. Para el mundo rural de la Corona de Aragón véase Ferragud, Carmel, «La salut i l'assistència mèdica dels camperols i dels seus animals al País Valencià durant la Baixa Edat Mitjana», en Bolòs, J., Jarné, A. y Vicedo, E. (eds.), *Condicions de vida al món rural: cinquè congrés sobre sistemes agraris, organització social i poder local*, Lleida, Institut d'Estudis Ilerdencs, 2006, pp. 131-150.

⁷ Horden, Peregrine, «A Non-Natural Environment: Medicine without Doctors and Medieval European Hospital», en Bowers, B. S. (ed.), *The medieval hospital and medical practice*, Aldershot, Ashgate, 2007, pp. 133-145.

ralismo asistencial». Este incluye todas las opciones terapéuticas que estaban al alcance del enfermo, sin ponderar ninguna. De esta manera se resuelven metodológicamente los problemas que plantea, especialmente, la confrontación entre medicina académica y no académica, e iguala la pluralidad de las prácticas médicas, las académicas regladas junto con las empíricas no regladas y el recurso a las mágicas y creenciales.⁸ Se trata de un sistema abierto, al menos desde la perspectiva del paciente, que es quien, en definitiva, toma las decisiones y accede a una determinada forma terapéutica. La permeabilidad de los círculos de asistencia permite la múltiple asociación de prácticas y sanadores en las diversas categorías. A la movilidad del paciente entre las diferentes esferas médicas que hemos citado, hay que aplicar también el concepto complementario de «itinerario terapéutico». Se trata de un concepto propio de la antropología médica que hace referencia al camino que sigue el enfermo durante su búsqueda de la salud. Es decir, intenta captar los movimientos que realiza el enfermo en el contexto del pluralismo médico. Y, además, analizando los espacios donde convergen los diferentes actores protagonistas de este itinerario.⁹

No existe un único modelo de itinerario terapéutico ni tampoco una jerarquía predeterminada establecida para los recursos por los que se va optando.¹⁰ Además, para entender correctamente la propuesta, hay que incluir las actitudes y formas de conducta, tanto de los profesionales y practicantes de la medicina en general como de los enfermos. Unas conductas que están en estrecha relación con procesos de comunicación e interacción comunitaria donde a las percepciones y decisiones del enfermo hay que añadir las de los familiares, amigos, vecinos o conocidos. Todo en conjunto forma parte del proceso de recuperación de la salud. Un proceso en el que veremos inmerso a nuestro protagonista: Lluís Gili.

⁸ López Terrada, M.^a Luz, «Como saludador por barras de fuego entrando»: la representación de las prácticas médicas en el teatro del Siglo de Oro», *Estudis*, 38 (2012), pp. 33-53. Sobre los inicios del uso de este concepto véase Gentilcore, David, *Healers and Healing in Early Modern Italy*, Manchester-New York, Manchester University Press, 1998. Una revisión reciente del tema en Jütte, Robert (ed.), *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft, Stuttgart, Steiner Verlag, 2013.

⁹ Schmitz, Carolin, *Los enfermos en la España del Barroco (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes*, Universitat de València, 2016 (tesis doctoral), pp. 40-44. Para fechas anteriores puede verse López Terrada, M.^a Luz, «Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII», *Dynamis*, 22 (2002), pp. 85-120.

¹⁰ Sindzingre, Nicole, «Présentation: Tradition et Biomédecine», *Sciences Sociales et Santé*, 3 (1985), pp. 9-26. Pelling, Margaret y White, Frances, *Medical Conflicts in Early Modern London. Patronage, Physicians and Irregular Practitioners, 1550-1640*, Oxford, Clarendon Press, 2003.

EL TRAYECTO ASISTENCIAL DE LLUÍS GILI, SANADOR Y PACIENTE

El notario Guillem de Castellbell hizo de procurador de Lluís Gili durante el proceso judicial. Entre ellos había una cierta relación, tal vez por el hecho de que su padre fuera también notario. Uno de los asuntos que tuvo gran relevancia en el interrogatorio fue precisamente que, en octubre, Castellbell dejó su hijo homónimo enfermo de *glànola* (peste), en casa de Joan Ximeno, también notario, el abuelo del niño, para que tuvieran cuidado de él. Es muy posible que este notario y su familia fueran uno de tantos que habían salido de la ciudad huyendo de la peste. Según algunos datos, algunas familias no viajaron muy lejos, y se ubicaron en alquerías de la huerta. Un notario llamado Bernat Centelles, manifestó, efectivamente, que el niño *fon portat malalt de glànola de una alqueria a la casa del dit en Johan Eximeno* (f. 71; 25-I).¹¹ El muchacho recibió los sacramentos fundamentales —confesión, comunión y extrema unción— ante el peligro inminente de su vida: *aquell jagué de la dita malaltia dins la casa d'ell... en la quall aquell fou confessat e combregat e perlloliat per pus de deu jorns* (f. 52v; 25-I). Al poco tiempo, Lluís Gili fue llamado para que ayudara en los cuidados al niño. Gili se quedó a vivir en la casa y atendió al niño día y noche mientras le duró la enfermedad; una docena de días según los testigos.

Eiximeno afirmó estar muy contento con la labor del acusado, desvivido con el paciente: *dit Loís Gili costehia et treballava molt de dia e de nit en aquell dit en Guillem de Castellbell, e ab gran affecció, e que no recorda a ell... que aquell dit en Loís Gili durant lo dit temps de la dita malatia ixqués de dia a vegades de nit* (f. 52v; 25-I). La doncella de la casa, Úrsula, dio testimonio, igualmente, de las buenas acciones de Gili. Entre otras cosas, manifestó como un día salió con la mula del notario a buscar fruta de su propia alquería y de otros lugares para el niño enfermo: *un jorn de maytí, en l'alba, que aquell ab la mula del honrat e discret en Guillem de Castellbell, notari, anà a la sua alqueria e portà magranes dolces per al malalt e figues de Burgiaçot e pomes* (f. 53; 25-I).¹² También resulta

¹¹ El mes de marzo de aquel año, un agricultor llamado Vicent Pedrós, alquiló al mercader Andreu de Casals la parte superior de la alquería en la que habitaba en Patraixet, por el periodo de un año, con la obligación de pagar entero el alquiler si remitía la peste y decidía volver a la ciudad. ARV, Protocolos de Vicent Saera (PVS), n.º 4391, s.f. (13-IV-1440).

¹² La fruta fue considerada más como una medicina que un alimento por los médicos. En palabras de Arnau de Vilanova: «*Res dels fruïts no és covinent a cos temprat, per via de menjar, ma per via de medicina*». Vilanova, Arnau de, *Regiment de sanitat per al rei d'Aragó. Aforismes de la memòria*, edición crítica de Carré, Antònia, Barcelona, Universitat de Barcelona, 2017,

revelador el testimonio del barbero Llorenç Badoc, que atendía regularmente al niño y que manifestó: *atrobava allí tota vegada durant lo dit temps lo dit en Loís Gili, lo qual li feba relació de tots los accidents que per tota la nit s'eren sdevinguts al dit pacient, e que havia donat e administrat en les dites nits e en les ores de aquelles segons que era ordenat per los metges* (f. 70; 26-I). Es decir, el cirujano aplicaba unas curas, Gili atendía a los cuidados indicados por los médicos y daba la información adecuada requerida a diario por Badoc sobre la evolución y los achaques del paciente.¹³

Pero, en aquel tiempo, Gili se hirió con un clavo en un pie (*se ficà un clau en lo polze del peu*); se le metió muy profundo, tanto que él pensaba que le deberían abrir para sacarlo (*que-s pensava que lo y obririen*). Aquello lo inmovilizó durante las cinco semanas en que permaneció convaleciente de la herida en casa de un primo suyo, un pelaire llamado Pasqual Blasco. En aquellos días no pudo moverse, pues no podía descargar el pie en el suelo por la gran hinchazón que sufría. Periódicamente fue el propio Badoc el que acudía a domicilio a atenderle. Había sido el agricultor de la alquería, Pasqual Miquel, quien había ido a buscarlo después del accidente. Mientras, Gili solía pasar las tardes con las vecinas, que bajaban a hacer compañía a una viuda, y conversaba con ellas: *allí devallava cada dia e nit en lo dit temps lo dit en Loís Gili, e allí stava ab aquelles a solaç tro a les huyt o nou ores de nit* (f. 67; 25-I). Como prescribían los regimenes de sanidad era bueno que el enfermo fuera confortado.¹⁴

En aquel periodo Gili no descuidó su tonsura. Constança, la mujer del pelaire, afirmó que solían ir a afeitarle y hacerle la corona cuando estuvo enfermo.

p. 298. Aunque los valencianos se resistían a estos consejos y eran grandes consumidores de una amplia gama de frutas. Véase García Marsilla, Juan V., «Alimentación y salud en la Valencia medieval. Teorías y prácticas», *Anuario de Estudios Medievales*, 43/1 (2013), pp. 115-158 (144-149).

¹³ Llorenç Badoc fue un barbero cirujano que debió morir joven, en 1448. De hecho dejó viuda y dos hijos menores de tres años. ARV, Justicia civil (JC), n.º 913, mano (m) 9, f. 16 (12-IV-1448). Justo un año antes de su muerte, participó en el examen pericial a un esclavo, a petición del justicia civil, lo que evidencia que tenía cierto prestigio, aunque sugirió al juez que podía preguntar también a otros cirujanos con más formación que él. ARV, JC, n.º 912, m. 12, ff. 4r-v (1-VIII-1447). A esto podemos sumar que tenía una heredad, que su mujer Isabel contaba con una buena dote y que era propietario al menos de una esclava. Sobre el informe pericial véase ARV, PVS, n.º 2411, f. 76v (26-I-1441); sobre la dote de la viuda y la heredad ARV, JC, n.º 913, m. 8, f. 38 (16-IV-1448).

¹⁴ Vilanova, Arnau de, *Regiment de sanitat...*, op. cit., p. 207: «E per tal, aquels qui an a tenir moltes cures e molts afaenamentz deuense tener alegres e deuen entendre en onestz solaçes per tal que la ànima sia a les sues obres pus poderosa [e per tal que-l cor refloresca] e-ls espiritz sien recreats».

Guillem Secarrades, el barbero que iba para estos menesteres, también dio su testimonio al respecto. Y esto nos plantea una cuestión: ¿había una cierta especialización entre los barberos? ¿Había algunos preferentemente dedicados a una actividad higiénica y otros a la quirúrgica? Aunque los instrumentos destinados a una y otra ocupación suelen aparecer juntos en los inventarios conservados, no puede descartarse esta hipótesis.¹⁵ ¿Por qué no fue el mismo Badoc el que afeitó a Gili en su visita habitual para hacerle las curas si los barberos contaban con ambas habilidades?

Sin embargo, un barbero-cirujano, *mestre* Andreu Ballester, manifestó que sabía que *mestre* Alguaire, para el cual aquel había trabajado, lo recibía en su obrador en otro tiempo para hacerle la tonsura (f. 68; *Féu moltes e diverses vegades la corona al dit en Loís Gili, com en aquell temps aquell se adobava en lo obrador del dit en Alguayra*).¹⁶ Este último era un barbero de cierta relevancia social. Tenía relación con el justicia criminal de la ciudad, de carácter profesional y posiblemente por otro cargo, ya que, de hecho, Alguaire fue uno de los jefes del servicio de vigilantes (*capdeguaita*) de la ciudad. En 1416, además, fue uno de los consejeros del *Art e Offici dels Barbers*.¹⁷ En definitiva, el volumen de su trabajo provocaba que tuviera contratado a otro barbero, Ballester, una circunstancia, por otro lado, nada extraña para muchos jóvenes barberos hasta que pudieran adquirir su propia barbería.¹⁸

¹⁵ Ferragud, Carmel, «Barbers in the process of medicalization in the Crown of Aragon during the late Middle Ages», en Sabaté, F. (ed.), *Medieval Urban Identity: Health, Economy and Regulation*, Newcastle, Cambridge Scholars, 2015, pp. 143-165.

¹⁶ Los barberos tenían entre sus cometidos afeitar la corona de los clérigos, regulares y seculares, que tanto abundaban en la sociedad bajomedieval.

¹⁷ Ferragud, Carmel, «Els barbers de la ciutat de València durant el segle XV a través dels llibres del justícia criminal», *Anuario de Estudios Medievales*, 41/1 (2011), pp. 31-57 (pp. 50 y 53).

¹⁸ Sin embargo, años después y como un producto de promoción social muy común entre los barberos valencianos, Ballester se convertiría en un hombre de negocios. Sus conocimientos sobre el funcionamiento de las estructuras mercantiles, hicieron que en 1433 fuera nombrado administrador de una sociedad compuesta por cuatro hornos enclavados en distintas localidades valencianas (Torres Torres, Olocau, Montalt y Estivella), propiedad de un caballero y dos donceles. ARV, PVS, n.º 2430, ff. 35v-36v (27-I-1433). También lo localizamos el mismo año comerciando con almendras. ARV, PVS, n.º 2430, ff. 194v-195v (20-VII-1433). Pero el producto al que más atención prestó fueron los esclavos: compra sarraceno de 26 años por 50 libras (ARV, PVS, n.º 2734, s. f.; 22-III-1437); vende un sarraceno de 29 años por 51 libras (*Ibidem*, 4-IV-1437); su esposa, Caterina, compra una esclava negra por 64

Durante su vida, vemos pues como Gili se había relacionado con diversos barberos. Por ello no parece entonces casualidad que hubiera vendido la mayor cantidad de grano sustraído del almudín precisamente a otro barbero llamado Françoi Portella. Era este un individuo con una cierta fortuna.¹⁹ Sabemos que murió intestado y que su hermano Bartomeu, residente en l'Arboç del Penedès, en Catalunya, recibió sus bienes. Se hizo inventario de los mismos, y se observa por el número de inmuebles y un cierto lujo en su contenido —incluso con alguna pieza artística—, el nivel económico que había adquirido.

Pero la relación con practicantes de la medicina no acaba aquí. Gili estuvo en la cárcel, lógicamente, mientras duró el juicio, y empezó pronto a mostrar señales de que estaba enfermo. Este hecho provocó que el juez decidiera pedir la opinión de médicos expertos antes de llevar el preso al tormento.²⁰ El día 30 de enero, cuatro físicos y un cirujano lo examinaron y dieron su opinión experta, que en definitiva estaba en la mayoría decantada a no empezar con la tortura, hecho que no debió conformar al justicia criminal, que quería solucionar pronto el asunto. Por ello se preparó una trampa al reo. Gili estaba encogido en un rincón de la mazmorra en un estado de semiinconsciencia. No hacía caso a nada de lo que le decían. Un escudero entró con otros dos personajes, un asesor del juez y un representante de las autoridades municipales, para darle un guiso (*solsit*), pero no había forma de hacer que se moviera: *per molt que li diguessen ne li fessen no-s volia moure ne obrir los hulls, sinó que stava tot a una persona ja fora de sentiment* (s. f.; 30-I). Con lo cual, cuando salió de la celda el juez ordenó que alguien se quedara observando la reacción del preso. Este giró su cabeza cuando oyó cerrarse la puerta, se levantó, se sacudió y mudó su cara, con lo cual se desveló el engaño. El primer día de febrero fue torturado y confesó el robo. Entre los costes del juicio figuraron las atenciones médicas que recibió y los alimentos especiales (gallinas y palomas) que requería su debilitamiento, que el escribano recogió no sin explicitar *segons fingia*.

libras (ARV, PVS, n.º 2434, ff. 193r-v; 2-IV-1438). El colofón a su fortuna fue poder casar a su hija Esperança con un tendero, aportando una dote de 7.000 sueldos, muy elevada para lo que podía permitirse un barbero en aquella época (ARV, PVS, n.º 4391; 3-III-1440).

¹⁹ ARV, Protocolos de Joan de Campos jr, n.º 2527 (cuaderno suelto).

²⁰ La complejidad de este informe pericial impide que pueda ser desarrollado aquí. Actualmente trabajo en su publicación.

LOS ESCENARIOS DE LA PRÁCTICA MÉDICA

El hogar como espacio de curar y de cuidar

El único lugar donde parece que fue atendido Lluís Gili durante su convalecencia fue el hogar. Él mismo se había ocupado de un niño enfermo en el propio escenario familiar, como hemos visto. Efectivamente, debemos señalar el espacio doméstico como el lugar clave en el que se realizaban múltiples acciones terapéuticas, ya fueran a manos de profesionales como de cualquier otra persona sin formación específica. Particularmente, el papel de las mujeres en la atención a los enfermos en este ámbito ha sido destacado en diversos trabajos.²¹ La sabiduría tradicional que acarrea la experiencia acumulada y transmitida de madres a hijas, entre amigas, o de amas a criadas, las convirtió en las primeras asistentes médicas del conjunto de la población; y esto ocurrió sin diferencia de clase. La fama de algunas, sin embargo, trascendió al vecindario, la comarca o incluso más allá, y se convirtieron en sanadoras de gran popularidad, incluso reclamadas por monarcas. De alguna manera, estas hicieron de la atención médica una parte importante de sus vidas y por ello cobraban un salario, aunque algunas lo hacían gratis o por la voluntad.

En este escenario de la atención médica por excelencia, los momentos felices, el del nacimiento, aunque los partos pudieran llegar a ser extraordinariamente largos y dolorosos, y también un momento de gran riesgo para la salud de la madre y de su hijo, y los momentos más trágicos y dolorosos, los de la muerte, se vivían siempre en comunidad.²² Una persona era acompañada en todo el proceso de enfermar y más aun en el momento final. El buen morir exigía un traspaso en compañía de aquellos con los que se ha compartido todo en la vida. Multitud de actores se congregaban en torno a la cama del enfermo: familiares, vecinos, notario, clérigo... Y en medio de aquella catarsis aparece la figura del

²¹ Cabré, Montserrat, «Como una madre, como una hija»: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media», en Morant Deusa, I. (coord.), *Historia de las mujeres en España y América Latina*, vol. 1, Madrid, Cátedra, 2005, pp. 637-658; «Women or healers? Household Practices and the Categories of Health Care in Late Medieval Iberia», *Bulletin of the History of Medicine*, 82 (2008), pp. 18-51.

²² Sobre el alumbramiento véase Alexandre-Bidon, Danièle y Closson, Monique, *L'enfant à l'ombre des cathédrales*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon-CNRS, 1985, pp. 53-62. Un ejemplo de atención al enfermo con la participación del vecindario y familiares en Ferragud, Carmel, «La atención médica doméstica practicada por mujeres en la Valencia bajomedieval», *Dynamis*, 27 (2007), pp. 133-155.

sanador, como uno más en el proceso. Y esto ocurre tanto en un simple hogar campesino, como en un palacio urbano. Al fin y al cabo, consolar, confortar, visitar al enfermo son obras de misericordia que todo cristiano debe cumplir. Pero también amigos, vecinos y conocidos compartían información, se aconsejaban sobre las distintas opciones terapéuticas, y mantenían activa esta red de comunicación en búsqueda de la salud.²³ Esta actitud de autosuficiencia y de abuso de los profanos de la medicina era criticada por ilustres pensadores del momento como Francesc Eiximenis o Jaume Roig.²⁴

Individuos como Lluís Gili eran contratados por familiares de los enfermos o por los propios municipios, para atenderlos, como también a ancianos discapacitados.²⁵ En muchos testamentos y otro tipo de documentos notariales, se consignan estas deudas relacionadas con el pago debido por estos servicios. Así, Guillamona dejó en su testamento 30 sueldos *a la dona que-m servirà en la mia malaltia de la qual yo morré*.²⁶ Sabemos también que muchas personas eran atendidas en hogares ajenos por circunstancias diversas, por ejemplo por enfermarse en el curso de un viaje,²⁷ o por la vejez o la falta de recursos, que llevaban a vivir en dependencia. Joan Cardona y Caterina acogieron en su casa durante año y medio a Francesca, una viuda que había sido abandonada por sus hijos, y que posteriormente había quedado inválida. Aquella mujer recibió los sacramentos e hizo testamento en el lecho que aquel matrimonio le había proporcionado. Francesca decidió hacer heredera a Caterina en agradecimiento por todo lo que le habían ofrecido. Ella dijo que en aquel tiempo de postración no le faltó de nada, ni comida ni medicamentos (*gallines, engüents e faxadures*), y fue asistida por dos médicos, *mestre* Gras y *mestre* Gabriel. El matrimonio le preparaba aquello que estos galenos prescribían: *li ordenaven que prengués tots matins malvesia bollida ab timó e gíngebre e en les cames faxadures, erbes e crestiris que li foren do-*

²³ *Ibidem*, pp. 149-155.

²⁴ Eiximenis, Francesc, *Com usar bé de beure e menjar*, selección de *Terç del crestià*, a cargo de Jorge E. Gracia, Barcelona, Curial, 1977, p. 119. Roig, Jaume, *Espill*, a cargo de Carré, Antonia, Barcelona, Barcino, 2014, p. 234.

²⁵ El caso pone de manifiesto que las tareas del cuidado eran llevadas a cabo por hombres y mujeres. Otros ejemplos en Ferragud, Carmel, «La salut i l'assistència mèdica...», *op. cit.*, p. 135.

²⁶ ARV, Protocolos de Andreu Julià, n.º 1268, f. 74 (29-VIII-1422).

²⁷ Ferragud, Carmel, «Enfermar lejos de casa: la atención médica y veterinaria en los hostales de la Corona de Aragón durante la Baja Edad Media», *Anuario de Estudios Medievales*, 43/1 (2013), pp. 83-112.

nats. Además le habían comprado ropas y la enferma se orinaba en la cama y pudrió el colchón, por lo que hubo que adquirir uno nuevo. El matrimonio calculaba que podía haber gastado unas 18 libras en total.²⁸

La barbería

Pero fue sin duda la barbería el lugar donde se llevaron mayor cantidad de actuaciones médicas por profesionales. El barbero y su obrador, con cometidos higiénicos y médico-quirúrgicos, se convirtieron durante la baja Edad Media en la célula básica y primaria de la organización sanitaria, el auténtico paraguas sanitario de la sociedad valenciana y Occidental en general, en palabra de García Ballester y McVaugh.²⁹ Se trataba del colectivo de practicantes de la medicina más numeroso, el más visible en toda la geografía urbana y rural, eso sí, con proporciones variables según las áreas estudiadas. Para una ciudad como Valencia, con 45.000 habitantes en 1450, se han localizado unos 60 barberos, aunque sin duda fueron bastantes más.

La barbería era un hito en el paisaje urbano; estaban distribuidas por todos los rincones, pero especialmente en lugares de paso, en entradas y salidas de las ciudades y en las plazas. En Valencia, el *Mercat* fue el espacio por excelencia para su ubicación. En los procesos judiciales se solían utilizar algunos hitos conocidos como referencia física respecto a un hecho acaecido, o para situar un escenario. Las barberías también lo fueron, lo que nos revela su ubicuidad y el ser una referencia. Eran lugares que se publicitaban con la exhibición de tarros con sangre o sanguijuelas; había que recordar a los ciudadanos las recomendables medidas preventivas. Cualquier accidente cotidiano requería la pronta visita al barbero, aunque a veces este se podía desplazar al lugar donde yacía el paciente, como ocurrió en el caso de Gili. Las curas de urgencia y suturas eran frecuentes ante agresiones con armas de filo, pero también en otros accidentes cotidianos. Y todas estas prácticas se llevaban a cabo habitualmente en la puerta del obrador, donde un toldo protegía del sol a la clientela.³⁰

²⁸ ARV, Governació, n.º 2444, m. 12, ff. 35r-v (4-IX-1431).

²⁹ García Ballester, Luis y McVaugh, Michael R., «Nota sobre el control de la actividad médica y quirúrgica de los barberos (barbers, barbitonsorcs) en los Furs de Valencia de 1329», en AA.DD., *Homenatge al doctor Sebastià Garcia Martínez*, Valencia, Universitat de València - Generalitat Valenciana: Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, 1988, vol. 1, pp. 73-88.

³⁰ Todas estas reflexiones proceden de Ferragud, Carmel, «Els barbers de la ciutat de València...», *op. cit.*

En Valencia el oficio fue evolucionando hacia mitad del siglo XV con una regulación y ordenación de su formación, y la actividad quirúrgica fue ganando proyección. La barbería, a diferencia de la residencia de los físicos, fue un lugar de atención permanente de pacientes. En cambio, nunca he podido encontrar alguna referencia documental al físico atendiendo a pacientes en su casa. Allí se dedicaban al estudio, pues tenían bibliotecas cada vez más nutridas, que les permitían incrementar su saber teórico.³¹

Las cárceles

Pero hubo muchos otros lugares donde, voluntaria o involuntariamente, se congregaba un grupo variable de individuos que residían permanentemente y que requerían una atención médica. Este sería el caso de las cárceles.³² Cuando Gili estuvo enfermo en la cárcel de Valencia fue atendido de sus achaques, pero también su caso manifiesta las otras competencias que les eran requeridos a los médicos en tanto que expertos. En general parece haber un consenso en cuanto a que las cárceles eran lugares insalubres, con mala evacuación de residuos, pestilentes, húmedas, a veces sin agua corriente. Los presos, dependiendo de su posición económica y social, podían tener problemas para sobrevivir, ya que vivían de sus propios recursos para alimentarse, vestirse o disponer de una cama. Algunos solo podían subsistir de la caridad organizada para los internos pobres. Los abusos contra sus personas y bienes eran constantes. La cárcel municipal de Valencia cumple, en general, con esta visión tétrica.³³

³¹ El estudio más profundo de estas bibliotecas en nuestro ámbito es el de Cifuentes, Lluís, *La ciència en català a l'Edat Mitjana i el Renaixement*, Barcelona-Palma, Universitat de Barcelona-Universitat de les Illes Balears, pp. 38-49. Un caso particular sobre la concentración necesaria para que los físicos realizaran el trabajo intelectual, puede verse en Ferragud, Carmel, *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*, Madrid, CSIC, 2005, p. 561.

³² No entraré en el estudio de la medicina practicada en los conventos valencianos, donde los médicos eran contratados habitualmente para asistir a los monjes y monjas. En general sobre este asunto es fundamental el trabajo de Montford, Angela, *Health, Sickness, Medicine, and the Friars in the Thirteenth and Fourteenth Centuries*, Aldershot, Ashgate, 2004.

³³ Serna, Justo, «Los límites de la reclusión carcelaria en la Valencia bajomedieval», *Revista d'Història Medieval*, 1 (1991), pp. 39-57. A pesar de esta tónica general, Guy Geltner, el autor que más ha estudiado el mundo carcelario medieval, ha insistido en rebajar estas penalidades y dar una imagen más «amable» de la reclusión carcelaria en tiempos medievales. Para Geltner, la cárcel, ubicada en el corazón de la ciudad —a diferencia de la actualidad— era un espacio

Como las fugas eran muy habituales, pues los presos lo intentaban con frecuencia, se hacía necesario el uso de cadenas, grillos y otros artefactos para retenerlos. Su uso continuado producía llagas, úlceras y heridas que había que tratar con frecuencia. También los presos debían recibir atención médica, muy particularmente después de la tortura judicial o cuando se practicaba una pena con mutilación. Algunos tenían como secuelas miembros dislocados que requerían un tratamiento. Pero en general con las condiciones del habitáculo y la mala alimentación, junto a la presión anímica de vivir aislado, sin trabajar, con una familia que podía tener problemas para subsistir, las enfermedades debían ser constantes. Aunque no son abundantes, son conocidos los suicidios en algunas cárceles, lo que parece indicar que algunos no podían esperar a intentar la fuga. Y como era habitual, la parte sacramental siempre fue contemplada como un confort anímico para los desvalidos; la cárcel de Valencia tenía capilla donde se celebraban misas.³⁴

La atención médica debía depender del exterior, si exceptuamos aquella que derivaba de las penas aplicadas.³⁵ En cualquier caso, la cárcel de Valencia dispuso de una enfermería desde los inicios del siglo XV,³⁶ y tenemos noticia de la presencia de médicos y cirujanos atendiendo a presos torturados. Así, En 1413 el médico musulmán Jocef Xupió curó el portugués Pedro Yáñez, que tenía un brazo roto como consecuencia de la tortura a la que había sido sometido.³⁷ En 1448, el físico Jaume Roig y los cirujanos Pere Alemany y Joan de Sentgarrén atendieron a una esclava de diversos accidentes en el vientre y *per tornar a la dita sclava los braços après fonch turmentada, e per sagnar-la dos vegades*.³⁸

donde los presos tenían contacto permanente con amigos y familiares. También alguna cofradía, como la de los Desamparados de Valencia, los visitaba y rezaba por ellos, y sobre todo acompañaban a los condenados a muerte. Véase *The medieval prison*, Princeton, Princeton University Press, 2008, pp. 57-81. Para la cofradía valenciana véase Rodrigo Pertegás, José, *Historia de la antigua y real cofradía Nuestra Señora de los Inocentes Mártires y Desamparados de la venerada imagen y de su capilla*, Valencia, Imp. Hijos de F. Vives Mora, 1922, pp. 105-120.

³⁴ Serna, Justo, «Los límites de la reclusión carcelaria...», *op. cit.*, p. 51.

³⁵ Sobre la prisión como espacio donde se practica también atención médica véase Telliez, Romain, «Les soins du corps et de l'âme dans les prisons européennes à la fin du Moyen Âge», en Dinot-Lecomte, M.C. y Beauvalet, S. (eds.), *Lieux et pratiques de santé du Moyen Âge à la Première Guerre mondiale*, Amiens, Encrage, 2013, pp. 32-52.

³⁶ Sanchis Sivera, José, *Vida íntima de los valencianos en la época foral*, Altea, Ediciones Aitana, 1993, p. 151.

³⁷ ARV, Batllia, n.º 41, m. 3, f. 7 (9-III-1413).

³⁸ AMV, Manuals de consells, A-34, f. 83 (8-V-1448).

EL HOSPITAL Y LA ASISTENCIA MÉDICA

A uno de los escenarios particulares de la atención al enfermo y de la práctica médica al que no acudió Gili fue el hospital. Y la explicación estriba en que durante su enfermedad tuvo quien le atendiera en casa; no hizo falta desplazarse a ninguno de los diversos hospitales que existían en Valencia por aquel tiempo.³⁹ Ser atendido en el hogar era una situación ideal. Pero cuando ello no era posible y alguien quedaba desatendido por razones diversas (edad, pobreza, discapacidad, ser un transeúnte o viajero...), el hospital era un recurso siempre cercano. Los hospitales ofrecieron también una atención de urgencia ante determinadas circunstancias como accidentes o heridos que debían ser atendidos rápidamente. Bien es cierto, no obstante, que en determinadas coyunturas, como la presencia de las epidemias, la presión y las exigencias sobre estas instituciones fue mayor.⁴⁰

En realidad, el hospital medieval fue un espacio multifuncional, donde se desarrollaba toda una gama de actividades de tipo caritativo y religioso, más que médicas propiamente dichas. Algunos autores han manifestado que la auténtica medicina del hospital fue la religión. El hospital ejemplificaba la subordinación del cuidado del cuerpo al cuidado del alma, y que el poder curativo del consuelo religioso se convirtió en un elemento de primer orden en estas instituciones.⁴¹ El hospital era una institución creada para seguir los principios evangélicos, según los cuales quien acoge, sana y se apiada del pobre se lo hacía a Cristo (Mt 25, 31-46), y por tanto estuvo ligado estrechamente a las preocupaciones escatológicas y el desarrollo de las obras de misericordia. Después de todo, los pobres no eran sino la imagen del Cristo sufriente. Por ello, la dimensión sagrada de la asistencia se debía trasladar forzosamente al edificio destinado a acoger a los enfermos, provisto de capillas y numerosos símbolos religiosos. Según san Agustín, el cuerpo y la sangre de Cristo eran la santa panacea que podía curar las más

³⁹ Sobre los hospitales bajomedievales de la ciudad de Valencia véase Rubio Vela, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, Alfons el Magnànim, 1989. Gallent, Mercedes, *La asistencia sanitaria en Valencia (1400-1512)*, Universitat de València (tesis doctoral), vol. I, 1980, pp. 31-210.

⁴⁰ Gallent, Mercedes, *La asistencia sanitaria...*, *op. cit.*, p. 159.

⁴¹ Así lo ha subrayado Horden, siguiendo los trabajos de Carole Rawcliffe y John Henderson para los hospitales ingleses e italianos, respectivamente. Horden, Peregrine, «A Non-Natural Environment: Medicine...», *op. cit.*, pp. 133-145.

graves de las úlceras, y así se recogía en devocionarios populares,⁴² y en los hospitales se celebraba la eucaristía habitualmente. Esta era una vía más para la sanación y el confort de los enfermos.

El espacio físico del hospital se acomodaba a las necesidades asistenciales, como las de alimentar, dar cama, cobijo y curar a un grupo heterogéneo de personas. Se procuraba que el edificio tuviera suministro de agua y las condiciones de salubridad adecuadas, también incluso un huerto y un porche para el solaz de los inquilinos.⁴³ Por ello las reformas de diverso calado eran necesarias periódicamente, como también la construcción de nuevas instalaciones. El hospital dels Innocents de Valencia tuvo que sacar a los dementes ingresados para que tomaran los baños, una terapia habitual dentro del galenismo, hasta que con la instalación de un abastecimiento directo de agua pudo construir los suyos propios.⁴⁴

Si algo no faltó nunca en un hospital, por pequeño que fuera, esto fue la cocina, con sus utensilios básicos, y las camas.⁴⁵ Junto con la necesidad perentoria del comer, el manejo de la dieta adecuada a las necesidades de las personas y de sus enfermedades era una realidad en cualquier hogar, y por supuesto en el hospital. La medicina tuvo en la dietética alimenticia uno de los instrumentos más eficaces para regular la salud humana y recuperarla en tiempos de enfermedad. Efectivamente, cuando alguien enfermaba, una de las primeras decisiones tomadas por los médicos era el cambio de alimentación, prescribiendo aquellas comidas o bebidas que fueran contrarias a la naturaleza de su enfermedad. Esto se tradujo habitualmente en un encarecimiento de las comidas a ingerir, y en el temor de los grupos sociales más humildes a tener que comer alimentos caros a los que no estaban acostumbrados. En el imaginario colectivo había quedado

⁴² Foscati, Alessandra, «Healing with the Body of Christ. Religion, Medicine and Magic», en Andreani, L. y Paravicini Bagliani, A. (eds.), *Il Corpus Domini. Teologia, antropologia e politica*, Florencia, SISMEL - Edizioni del Galluzzo, 2015, pp. 209-225.

⁴³ Gallent, Mercedes, «En el interior de los hospitales. Personas, espacios, enseres», *Saitabi*, 60-61 (2010-2011), pp. 81-104.

⁴⁴ Tropé, Hélène, *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII*, Valencia, Diputació de València, 1994, p. 243.

⁴⁵ Gallent, Mercedes, «En el interior de los hospitales...», *op. cit.* Véase por ejemplo el estudio de un sencillo hospital, con otros casos citados en Aparisi, Frederic y Ferragud, Carmel, «Hospitals rurals en la València baixmedieval: el cas de l'hospital de Santa Llúcia d'Alzira», en Comelles, J. M., Conejo, A. y Barceló-Prats, J. (coords.), *Imago civitatis. Hospitalales y manicomios en Occidente*, Tarragona, Publicacions URV, 2018, pp. 33-56.

grabada la imagen de que el enfermo gastaba mucho y comía poco.⁴⁶ Por todo ello, alimentar a los internos siempre fue la carga más gravosa, con diferencia, para el hospital, especialmente en tiempos de carestías e inflación.⁴⁷

Hospitales los hubo de muchos tipos, atendiendo a diversos criterios; dimensiones, con más o menos empleados, según modelos de gestión, su propiedad, la iniciativa, el tipos de internos... Hubo hospitales concebidos para colectivos laborales muy concretos, como el de Santa Maria, para pobres sacerdotes, o el d'En Bou, para marineros, en el casos valenciano. También para los que sufrían determinadas enfermedades, como el caso de las leproserías. Es complicado construir un patrón universal para todas estas variables y para el tipo de asistencia médica que se ofreció. Muy particularmente las cosas se complican cuando pretendemos acercarnos al mundo de la enfermedad y su atención. Este punto, el acto terapéutico y más aún practicado por profesionales, suele ser un gran ausente en el marco del hospital, más todavía cuando no contamos con fuentes directas emitidas por los hospitales. Pero ello no debe llevarnos a engaño; la ausencia de personal médico entrenado no debe hacernos pensar que el hospital no fuera un espacio de sanación. Al contrario, Horden lo ha remarcado como un *total therapeutic environment*.⁴⁸ A menudo una mirada presentista ha hecho plantear erróneamente esta cuestión. En tiempos medievales debemos entender que las posibilidades terapéuticas iban mucho más allá de la presencia esporádica del médico, y hay que ligarlas a los conocimientos empíricos, o aprendidos de recetarios o libros vernacularizados, pero también el consuelo religioso y otros practicantes sin formación específica.⁴⁹

Efectivamente, si nos referimos al personal propiamente dedicado a sanar a los enfermos, podemos afirmar que el hospital medieval fue un microcosmos donde se podía encontrar una amplia gama de sanadores, o lo que es lo mismo, las más diversas posibilidades de atención médica que podía ofrecer una sociedad urbana como la medieval. Por tanto, más allá del personal que cobraba directa-

⁴⁶ Ferragud, Carmel, «El metge sota sospita: actuació mèdica en els testimonis pericials a ferits davant la cort del justícia criminal de la ciutat de València (1396)», *Recerques*, 62 (2011), pp. 69-94 (pp. 74-75).

⁴⁷ Rubio Vela, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia...*, *op. cit.*, p. 140.

⁴⁸ Horden, Peregrine, «Religion as Medicine: Music in Medieval Hospitals», en Biller, P. y Ziegler, J. (eds.), *Medicine and Religion in the Middle Ages*, Suffolk, Boydell & Brewer, 2001, pp. 137-153 (p. 139).

⁴⁹ Huguet, Teresa, «Una reflexió historiogràfica sobre l'hospital com espai de medicalització», *Gimbernat*, 42 (2004), pp. 41-48.

mente por ejercer labores médicas, hubieron muchas otras personas, mujeres en su mayoría, que intervinieron en labores médicas y asistenciales cobrando o no un salario específico. El hospital fue un lugar, en definitiva, donde se pusieron claramente de manifiesto los rasgos del pluralismo asistencial.⁵⁰

Desde los inicios del siglo XIV, y mientras fue posible, los nuevos hospitales fundados gracias a iniciativas diversas, vinculados a menudo al patriciado urbano, se apresuraron a conseguir los servicios de físicos, cirujanos y boticarios, en las ciudades —a menudo los de mayor prestigio— y éstos, ciertamente, estuvieron dispuestos a ofrecer sus servicios. John Henderson llamó a este fenómeno «medicalización de la caridad», y esto no hizo más que incrementarse con posterioridad a la peste negra de mitad de la centuria.⁵¹ Los salarios que cobraban aquellos físicos y cirujanos eran bajos si atendemos a que el médico tenía la obligación de visitar diariamente a los enfermos, que el hospital se encontraba en ocasiones extramuros, y que por la misma época un médico municipal podía cobrar cuatro veces más. En nuestro caso, el físico, como se ha repetido en diversas ocasiones, únicamente buscaba en este tipo de contrato la obtención de un reconocimiento social, que debía contribuir a mitigar la imagen de hombre rico perseguidor del dinero y poco preocupado por garantizar realmente la salud de sus pacientes más humildes, que circuló profusamente desde la Antigüedad y también en el mundo medieval.⁵²

Debe advertirse que hay un antes y un después de los pequeños hospitales medievales y las unificaciones durante los siglos XV y XVI, y las nuevas posibilidades asistenciales. Fue entonces cuando el potencial económico creció hasta en algunos casos niveles bastante significativos, y la plantilla de médicos, cirujanos, boticarios y otros asistentes crecieron igualmente.⁵³ Mientras tanto, la

⁵⁰ Ferragud, Carmel, «La introducción de los practicantes de la medicina en los hospitales del reino de Valencia durante la Baja Edad Media», en Huguet Termes, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 305-324.

⁵¹ Henderson, John, «Splendide case di cura. Ospedali, medicina ed assistenza a Firenze nel Trecento», en Grieco, A. J. y Sandri, L. (eds.), *Ospedali e città: l'Italia del centro-nord XIII-XVI secolo* [atti del Convegno internazionale di studio tenuto dall'Istituto degli Innocenti e Villa i Tatti, Firenze 27-28 aprile 1995], Florencia, Le Lettere, 1997, pp. 15-50 (p. 39).

⁵² Ciuti, Francesco, «Il medico e l'ospedale. Il nosocomio di Santa Maria Nuova e le professioni sanitarie a Firenze in età moderna», *Medicina & Storia*, 21-22 (2011), pp. 63-88.

⁵³ Sobre esta medicalización de los hospitales véase para el caso francés Saunier, Annie, «*Le pauvre malade*» dans le cadre hospitalier médiéval. *France du Nord, vers 1300-1500*, París, Arguments, 1993, pp. 149-151.

asistencia médica hospitalaria fue bastante heterogénea. Por un lado estuvo aquella atención administrada por los encargados de la institución, empíricos y personal de diversa índole y condición, y por otro lado el personal médico profesional, contratado habitualmente para atender a los enfermos.

Los primeros en encontrarse con los fenómenos de la pobreza y la enfermedad, con las necesidades primarias de los ingresados, eran los hospitaleros y sus familias, mujer e hijos. Ellos residían y gestionaban el día a día de estas instituciones. Criados, esclavos y otros personajes al servicio del hospital, asalariados, o entregados a él por caridad, junto a vecinos que querían hacer buenas obras, conformaban la base personal que asistía esta particular comunidad. También en determinados momentos fueron religiosas o religiosos quienes se hicieron cargo de atender a los hospitales, si bien este es un fenómeno que se desarrollaría más tardíamente.

No deja de llamar la atención que ocasionalmente sanadores musulmanes y judíos, hombres y mujeres, fueron llamados para atender enfermos en un lugar creado bajo la inspiración de las obras de misericordias cristianas. En Valencia, y también en otras ciudades, así se puede apreciar a través de contratos para asistir a los enfermos del hospital o bien para intervenir puntualmente en alguna cura. Lo importante, en estos casos, era su fama y su eficacia contrastada.

Si bien en muchas instituciones hospitalarias no hubo al principio un médico que estuviera dedicado en exclusiva al hospital, sobre todo en el ámbito rural, y fue el médico contratado por el municipio el que tuvo esta misión, con el tiempo se contrataron médicos que debían atender en exclusiva a los pobres del hospital. La elite de los practicantes de la medicina se asoció a estos centros;⁵⁴ aunque algunos de ellos incumplían sus compromisos y no acudían a la visita preceptiva. Esta actitud delata la falta de interés en una clientela que poco prestigio y dinero podía proporcionar. Sí, en cambio hubo individuos dedicados a la medicina residiendo permanentemente, caso de barberos, y existieron instalaciones, como las boticas, dedicadas a fabricar los medicamentos necesarios para los ingresados.⁵⁵

Las transformaciones sociales de finales de la Edad Media e inicios de la Moderna aumentaron considerablemente el protagonismo de los profesionales de la medicina. Me refiero a las unificaciones iniciadas tempranamente en Barcelona (Santa Creu en 1401), Zaragoza (Nuestra Señora de Gracia en 1425), Mallorca en 1456-60, Valencia (Hospital General de 1512). Asumida la sanidad como un

⁵⁴ Sobre el personal médico del hospital dels Innocents véase Tropé, Hélène, *Locura y Sociedad...*, *op. cit.*, pp. 245-249.

⁵⁵ Gallent, Mercedes, *La asistencia sanitaria...*, *op. cit.*, p. 190.

problema social al que debía hacer frente la administración municipal, la unificación de los hospitales urbanos debe entenderse como una conclusión lógica de la racionalización de la asistencia, con el fin de obtener una mejor gestión de los recursos, y una atención al enfermo y desvalido más eficaz. No hay que olvidar que a las consideraciones económicas, demográficas (aumento de la población), de salud pública e ideológicas (cambio de mentalidad hacia la pobreza), debemos sumar las médicas, así las modificaciones ocurridas en la terapéutica y la aparición de nuevas enfermedades como el *morbo gallico* o la remisión de algunas como la lepra. Los grandes centros podían proporcionar una asistencia más diversificada; el médico pasó a tener un protagonismo y una influencia que hasta entonces no había tenido. El nuevo hospital, sin embargo, no dejó de ser una institución donde el cuidado del cuerpo y del alma iban unidos, ya que continuaba inspirado en la caridad cristiana, por mucho que la gestión fuera laica.

UNA DESLOCALIZADA PRÁCTICA MÉDICA

Desde una perspectiva actual, con nuestra particular visión de la salud y la enfermedad y de una medicina fragmentada en muchas especialidades y un uso desmesurado de sofisticadas tecnologías, donde se requiere acudir a centros especializados que contienen todos estos ingredientes, resulta difícil comprender que durante la Edad Media la práctica médica estuviera fuertemente deslocalizada, con un escenario central, que era el hogar, y no convergiera en un lugar tan reconocible en la actualidad como lo es el hospital o los centros de asistencia primaria.

En la mentalidad medieval donde el galenismo era el sistema predominante para comprender y manejar los conceptos de salud y enfermedad, por mucho que se pudiera recurrir a otros sistemas empíricos y creenciales –a menudo se cruzan todos ellos en la práctica– la salud requería de la atención de todas las partes que componen el ser, el cuerpo y el alma. A menudo, la teoría médica debía competir con los discursos sociopolíticos, teológicos y culturales. Pero la medicina consiguió encontrar su posición y discurso propio en medio de todos los ámbitos citados, y el profesional que la practicaba obtuvo el prestigio y la consideración como para influir sobre todos ellos.

Las comunidades humanas, rurales y urbanas, requerían espacios propios de asistencia, unos referentes claros cuando no se podía recibir la asistencia médica en el hogar; la barbería y el hospital no nacieron para dar cobertura a las necesidades derivadas de la enfermedad, pero se adaptaron y acabaron teniendo un

papel fundamental que trascendió el mundo medieval. Los grupos humanos, más o menos amplios y organizados, los reclusos en la cárcel, los religiosos de las abundantes congregaciones, muchos en clausura, requerían de profesionales preparados para atenderles ya que no podían acudir a estos espacios externos. Los propios religiosos lo hacían con sus recursos, pero también se contrataban físicos para poner solución a enfermedades más complejas.

No agotan lógicamente los escenarios aquí estudiados los lugares donde se practicó el arte de sanar. No me he referido aquí a lugares como por ejemplo el campo de batalla, o los barcos, para el comercio o para la guerra, donde también la presencia del barbero-cirujano fue continua. Desde el siglo XIII fue habitual que todo tipo de sanadores acudieran a las campañas militares y navegaran para atender a las necesidades de las tripulaciones. La enfermedad podía sobrevenir en cualquier momento y lugar, y se debía estar preparado para hacerle frente.

BIBLIOGRAFÍA

- ALEXANDRE-BIDON, Danièle y CLOSSON, Monique, *L'enfant à l'ombre des cathédrales*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon-CNRS, 1985.
- APARISI, Frederic y FERRAGUD, Carmel, «Hospitals rurals en la València baixmedieval: el cas de l'hospital de Santa Llúcia d'Alzira», en Comelles, J. M., Conejo, A. y Barceló-Prats, J. (coords.), *Imago civitatis. Hospitales y manicomios en Occidente*, Tarragona, Publicacions URV, 2018, pp. 33-56.
- CABRÉ, Montserrat, «“Como una madre, como una hija”: las mujeres y los cuidados de salud en la Baja Edad Media», en Morant Deusa, I. (coord.), *Historia de las mujeres en España y América Latina*, vol. 1, Madrid, Cátedra, 2005, pp. 637-658.
- , «Women or healers? Household Practices and the Categories of Health Care in Late Medieval Iberia», *Bulletin of the History of Medicine*, 82 (2008), pp. 18-51.
- COMENGE, Luis, *La medicina en el reinado de Alfonso V de Aragón*, Barcelona, José Espasa, 1903.
- CIUTI, Francesco, «Il medico e l'ospedale. Il nosocomio di Santa Maria Nuova e le professioni sanitarie a Firenze in età moderna», *Medicina & Storia*, 21-22 (2011), pp. 63-88.
- DYER, Christopher, *Niveles de vida en la Baja Edad Media*, Madrid, Crítica, 1991.
- Epistolari de la València medieval (II)*, introducción, edición, notas y apéndices de Agustín Rubio Vela, Valencia-Barcelona, Institut Interuniversitari de Filologia Valenciana-Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 1998.
- FERRAGUD, Carmel, *Medicina i promoció social a la Baixa Edat Mitjana (Corona d'Aragó, 1350-1410)*, Madrid, CSIC, 2005.
- , «La salut i l'assistència mèdica dels camperols i dels seus animals al País Valencià durant la Baixa Edat Mitjana», en Bolòs, J., Jarné, A. y Vicedo, E. (eds.), *Condicions de vida al món rural: cinquè congrés sobre sistemes agraris, organització social i poder local*, Lleida, Institut d'Estudis Ilerdencs, 2006, pp. 131-150.

- , «La atención médica doméstica practicada por mujeres en la Valencia bajomedieval», *Dynamis*, 27 (2007), pp. 133-155.
- , «Els barbers de la ciutat de València durant el segle XV a través dels llibres del justícia criminal», *Anuario de Estudios Medievales*, 41/1 (2011), pp. 31-57.
- , «El metge sota sospita: actuació mèdica en els testimonis pericials a ferits davant la cort del justícia criminal de la ciutat de València (1396)», *Recerques*, 62 (2011), pp. 69-94.
- , «Enfermar lejos de casa: la atención médica y veterinaria en los hostales de la Corona de Aragón durante la Baja Edad Media», *Anuario de Estudios Medievales*, 43/1 (2013), pp. 83-112.
- , «La introducción de los practicantes de la medicina en los hospitales del reino de Valencia durante la Baja Edad Media», en Huguet Termes, T. et. al. (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 305-324.
- , «Barbers in the process of medicalization in the Crown of Aragon during the late Middle Ages», en Sabaté, F. (ed.), *Medieval Urban Identity: Health, Economy and Regulation*, Newcastle, Cambridge Scholars, 2015, pp. 143-165.
- FOSCATI, Alessandra, «Healing with the Body of Christ. Religion, Medicine and Magic», en Andreani, L. y Paravicini Bagliani, A. (eds.), *Il Corpus Domini. Teologia, antropologia e politica*, Florència, SISMEL - Edizioni del Galluzzo, 2015, pp. 209-225.
- GALLENTE, Mercedes, *La asistencia sanitaria en Valencia (1400-1512)*, Universitat de València, 2 vols., 1980 (tesis doctoral).
- , «En el interior de los hospitales. Personas, espacios, enseres», *Saitabi*, 60-61 (2010-2011), pp. 81-104.
- GARCÍA BALLESTER, Luis y McVAUGH, Michael R., «Nota sobre el control de la actividad médica y quirúrgica de los barberos (barbers, barbitonsorcs) en los Furs de Valencia de 1329», en AA. DD., *Homenatge al doctor Sebastià Garcia Martínez*, Valencia, Universitat de València - Generalitat Valenciana: Conselleria de Cultura, Educació i Ciència, 1988, vol. 1, pp. 73-88.
- GARCÍA MARSILLA, Juan V., «Alimentación y salud en la Valencia medieval. Teorías y prácticas», *Anuario de Estudios Medievales*, 43/1 (2013), pp. 115-158.
- GELTNER, Guy, *The medieval prison*, Princeton, Princeton University Press, 2008.
- GENTILCORE, David, *Healers and Healing in Early Modern Italy*, Manchester-New York, Manchester University Press, 1998.
- HAUF, Albert, «El poder espiritual y terrenal de la Iglesia. Las “Allegaciones” de Francesc Eiximenis como síntesis de su pensamiento teocrático», *Res publica*, 18 (2007), pp. 59-81.
- HENDERSON, John, «Splendide case di cura. Ospedali, medicina ed assistenza a Firenze nel Trecento», en Grieco, A. J. y Sandri, L. (eds.), *Ospedali e città: l'Italia del centro-nord XIII-XVI secolo* [atti del Convegno internazionale di studio tenuto dall'Istituto degli Innocenti e Villa i Tatti, Firenze 27-28 aprile 1995], Florencia, Le Lettere, 1997, pp. 15-50.
- HORDEN, Peregrine, «Religion as Medicine: Music in Medieval Hospitals», en Biller, P. y Ziegler, J. (eds.), *Medicine and Religion in the Middle Ages*, Suffolk, Boydell & Brewer, 2001, pp. 137-153.

- , «A Non-Natural Environment: Medicine without Doctors and Medieval European Hospital», en Bowers, B. S. (ed.), *The medieval hospital and medical practice*, Aldershot, Ashgate, 2007, pp. 133-145.
- HUGUET, Teresa, «Una reflexió historiogràfica sobre l'hospital com espai de medicalització», *Gimbernat*, 42 (2004), pp. 41-48.
- JÜTTE, Robert (ed.), *Medical Pluralism. Past, Present, Future*, Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft, Stuttgart, Steiner Verlag, 2013.
- LÓPEZ TERRADA, M.^a Luz, «Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII», *Dynamis*, 22 (2002), pp. 85-120.
- , «“Como saludador por barras de fuego entrando”: la representación de las prácticas médicas en el teatro del Siglo de Oro», *Estudis*, 38 (2012), pp. 33-53.
- MONTFORD, Angela, *Health, Sickness, Medicine, and the Friars in the Thirteenth and Fourteenth Centuries*, Aldershot, Ashgate, 2004.
- PELLING, Margaret y WHITE, Frances, *Medical Conflicts in Early Modern London. Patronage, Physicians and Irregular Practitioners, 1550-1640*, Oxford, Clarendon Press, 2003.
- ROCA, Josep M.^a, *La medicina catalana en temps del rey Martí*, Barcelona, Fidel Giró, 1919.
- , *Johan I*, Barcelona, Institució Patxot, 1929.
- RODRIGO PERTEGAS, José, *Historia de la antigua y real cofradía Nuestra Señora de los Inocentes Mártires y Desamparados de la venerada imagen y de su capilla*, Valencia, Imp. Hijos de F. Vives Mora, 1922.
- RUBIO VELA, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, Alfons el Magnànim, 1984.
- , «Las epidemias de peste en la ciudad de Valencia durante el siglo XV. Nuevas aportaciones», *Estudis Castellonencs*, 6 (1994-1995), pp. 1179-1921.
- SANCHIS SIVERA, José, *Vida íntima de los valencianos en la época foral*, Altea, Ediciones Aitana, 1993.
- SAUNIER, Annie, «*Le pauvre malade*» dans le cadre hospitalier médiéval. France du Nord, vers 1300-1500, Paris, Arguments, 1993.
- SCHMITZ, Carolin, *Los enfermos en la España del Barroco (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes*, Universitat de València, 2016 (tesis doctoral).
- SERNA, Justo, «Los límites de la reclusión carcelaria en la Valencia bajomedieval», *Revista d'Història Medieval*, 1 (1991), pp. 39-57.
- SINDZINGRE, Nicole, «Présentation: Tradition et Biomédecine», *Sciences Sociales et Santé*, 3 (1985), pp. 9-26.
- TELLIEZ, Romain, «Les soins du corps et de l'âme dans les prisons européennes à la fin du Moyen Âge», en Dinet-Lecomment, M.C. y Beauvalet, S. (eds.), *Lieux et pratiques de santé du Moyen Âge à la Première Guerre mondiale*, Amiens, Encrage, 2013, pp. 32-52.
- TROPÉ, Hélène, *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII*, Valencia, Diputació de València, 1994.
- VILANOVA, Arnau de, *Regiment de sanitat per al rei d'Aragó. Aforismes de la memòria*, edición crítica de Carré, Antònia, Barcelona, Universitat de Barcelona, 2017.
- VINYOLES VIDAL, Teresa, *Història de les dones a la Catalunya medieval*, Lleida, Eumo Editorial-Pagès Editors, 2005.

TRA «CONTO» E «RACCONTO»: I LIBRI MASTRI DEGLI OSPEDALI MEDIEVALI*

MARINA GAZZINI

Università degli Studi di Parma

LA RECENTE PUBBLICAZIONE SULLA RIVISTA *RETI MEDIEVALI*¹ di una sezione monografica dedicata alle pratiche e alle scritture pertinenti all'economia degli enti ospedalieri nell'Italia tardomedievale, e il pressoché contemporaneo finanziamento da parte del governo italiano di un progetto di ricerca finalizzato a indagare sulle forme dell'assistenza e del credito solidale nei secoli XIII-XVI,² hanno sollecitato l'organizzazione di questa tavola rotonda come occasione per discutere su lavori già conclusi e su altri in corso d'opera in relazione al tema dell'ospedale come luogo di economia.

Sebbene sia un fatto noto che la Chiesa e gli enti che rientravano nel suo complesso ordinamento, tra i quali gran parte degli ospedali, abbiano rappresentato la maggiore e più ampia organizzazione economica e finanziaria europea di Antico Regime, questo ruolo economico corre sempre il rischio di essere sottostimato nella percezione di noi contemporanei. E in particolar modo quando si tratta di enti assistenziali e caritativi. Eppure, negli ultimi decenni, svariate ricerche hanno

* La bibliografia citata in questo lavoro è correlata a quella dei capitoli elaborati in questo volume da Giuliana Albinì e Salvatore Marino. L'elenco bibliografico è stato preparato congiuntamente dai tre autori e può essere consultato alla fine del testo di Marino.

¹ Gazzini, Marina e Olivieri, Antonio (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*, *Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 107-366 <www.rivista.retimedievali.it>.

² PRIN 2015, *Alle origini del welfare (XIII-XVI secolo). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*, PI Gabriella Piccinni (Siena).

messo in luce aspetti fondamentali dell'economia della carità:³ il ruolo degli enti assistenziali quali perni di organizzazione economica e territoriale; la partecipazione di confraternite elemosiniere e ospedali ai mercati commerciali, immobiliari, fondiari e finanziari; gli investimenti delle élites nelle opere pie; l'adozione di forme di contabilità sempre più raffinate;⁴ i finanziamenti pubblici a favore di quelle che già nel medioevo si configurarono quali importanti imprese sociali.⁵ Non a caso, l'interesse degli studiosi ha seguito le altalenanti vicende del *welfare* e dello stato sociale in Europa: se, negli anni Sessanta del Novecento, l'affermazione di quest'ultimo stimolò la riflessione storica sull'assistenza, potremmo dire che ora è il contrario, ovvero che il progressivo smantellamento del *welfare*, proprio in un momento di drammatico confronto con nuove forme di bisogno sociale, locale e di importazione, sollecita nuova attenzione.

L'assistenza non può considerarsi infatti solo come una fonte di spesa o come un impiego di denaro a scopi disinteressati dal rendimento del capitale, ma anche come un investimento produttivo. Risulta pertanto proficuo interrogarsi sul nesso tra ospedali e economia, presentando nuovi casi di studio e nuove prospettive di analisi. A questo obiettivo ha cercato di contribuire la pubblicazione sopra menzionata che ha portato il significativo titolo: *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo*. La miscellanea, curata dalla sottoscritta e da Antonio Oliveri, ha visto la partecipazione di studiosi italiani e stranieri che hanno trattato diverse aree della penisola italiana. Un aspetto da mettere subito in evidenza di questa miscellanea è proprio quello di avere offerto, per la prima volta, un contenitore capace di riunire indagini sul nord, sul centro e sul meridione, continentale e

³ Ci limitiamo a ricordare i seguenti lavori collettivi, rimandando alla consultazione dell'opera qui presentata per ulteriori approfondimenti bibliografici: Pastore, Alessandro e Garbellotti, Marina (edd.), *L'uso del denaro: patrimoni e amministrazione nei luoghi pii e negli enti ecclesiastici in Italia: secoli XV-XVIII*, Bologna, Il Mulino, 2001; Ammannati, Francesco (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013.

⁴ Tema di interesse soprattutto degli storici dell'economia e della ragioneria, come possono testimoniare gli indici della rivista digitale *De computis*, <<http://www.decomputis.org/>>: edito *on line* dal 2004, il periodico ha visto infittirsi gli interventi sulla questione degli enti assistenziali quali luoghi economici dal 2014 in poi.

⁵ Piccinni, Gabriella, «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del welfare», in Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'etad mitjana*, Lleida, Pagès editors, 2017, pp. 139-151.

insulare, della penisola italiana.⁶ Altro valore aggiunto della pubblicazione è senz'altro quello di avere coinvolto esperti provenienti da diversi ambiti disciplinari: storici del medioevo e delle istituzioni assistenziali, storici dell'economia, storici del documento. Sulla base di fonti molteplici, relative a diverse aree geografiche e analizzate da prospettive differenti, si è arrivati a presentare un quadro d'insieme sul rapporto degli ospedali medievali con il denaro e con altre forme di ricchezza, materiali e immateriali.

Ciascun autore è stato invitato a riflettere su una griglia suddivisa in tre piani problematici che, sintetizzando, possiamo così enucleare: 1) *attrarre e produrre ricchezza* 2) *contare i denari* 3) *usare e trafficare i «talenti»*. Sono quindi state approfondite le modalità di finanziamento delle molteplici funzioni assunte dagli ospedali nei secoli di mezzo, sintetizzate dalla classica triade «accoglienza, cura, dono», studiando i meccanismi della produzione, della raccolta e della distribuzione delle risorse. Sullo sfondo, si coglie la consapevolezza condivisa che, per interpretare in modo efficace questi processi economici, risulta imprescindibile il riferimento ai codici etici, alle strutture mentali e alle concezioni economiche proprie dell'età oggetto di studio perché è lì che si possono rinvenire le chiavi per comprendere i comportamenti economici, la loro valutazione e le loro codificazioni linguistiche.

Saranno due autori partecipi a questa miscellanea, Giuliana Albini e Salvatore Marino, a illustrarci in questa sede i meccanismi di accumulo e di investimento delle ricchezze degli enti ospedalieri, e quindi non mi dilungo oltre. Vorrei invece ora formulare qualche riflessione personale sugli aspetti formali della do-

⁶ Per l'area dell'Italia settentrionale, sono stati analizzati i casi di Vercelli, Milano, Treviso (Olivieri, Antonio, «Il volto nascosto dell'economia ospedaliera. L'ospedale di Sant'Andrea di Vercelli nei secoli XIV e XV»; Albini, Giuliana, «L'economia della carità e del perdono. Questue e indulgenze nella Lombardia bassomedievale»; Gazzini, Marina, «Contare e proteggere le risorse dei poveri. Numeri e parole nei libri mastri dell'Ospedale Maggiore di Milano»; Frank, Thomas, «The Lands of St Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti, Treviso, 15th-16th Century»); per l'Italia centrale Prato, Siena, Roma (Nanni, Paolo, «L'ultima impresa di Francesco Datini. Progettualità e realizzazione del "Ceppo pe' poveri di Cristo" (1410)»; Piccinni, Gabriella, «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà»; Palermo, Luciano, «Gestione economica e contabilità negli enti assistenziali medievali»); per l'Italia meridionale Napoli e Messina (Colesanti, Gemma e Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli. L'Annunziata nel medioevo», Santoro, Daniela, «Investire nella carità. Mercanti e ospedali a Messina nel Trecento»).

cumentazione economica ospedaliera, e in particolare sui libri di conto, per capire non solo cosa questi libri «contano» ma anche cosa «raccontano». ⁷ I registri contabili medievali non erano fatti solo di numeri ma anche di parole. Come è stato efficacemente scritto, essi contenevano «plus de mots que de chiffres, bien plus de phrases que d'opérations». ⁸ Una corretta analisi della contabilità dei secoli di mezzo non può quindi disgiungersi dalla considerazione degli elementi, retorici e materiali, correlati allo strumento stesso sul quale essa veniva registrata.

I libri mastri di un importante ente ospedaliero medievale, l'Ospedale Maggiore di Milano, fondato a metà Quattrocento a seguito di un processo di riforma amministrativa, presentano molti elementi di interesse in questa prospettiva di analisi. Questi libri di conto si aprono infatti con *incipit* particolari. Nella prima carta di ciascun registro, dopo la data cronica, compaiono il disegno del trigramma di san Bernardino da Siena, i nomi del *rationator* compilatore e dei deputati del capitolo ospedaliero che reggeva e governava l'ente. Segue la trascrizione di numerosi passi, anche di una certa lunghezza, tratti da testi sacri come profani: i Vangeli, le lettere di san Paolo, i Proverbi, Gregorio Magno, e poi Seneca, Persio, Giovenale, Boezio, e infine sermonari e motti della cultura popolare.

Queste citazioni collocano l'attività dei *rationatores* di ospedali e confraternite non solo all'interno del contesto aziendale e dei saperi tecnico-economici, ma la collegano a un circuito culturale ben più ampio, popolato da predicatori, confessori, notai, insegnanti, uomini di lettere e personale delle cancellerie, capaci di influenzarne l'operare. Va detto che, in mancanza di testimonianze esplicite, non è risultato possibile individuare gli ambienti concreti dove questi scambi avvennero, fare qualche nome specifico, indicare qualche serbatoio privilegiato di citazioni, distinguere fra una trasmissione orale o scritta delle fonti. Non sappiamo dunque attraverso quali percorsi i redattori della contabilità ospedaliera poterono risalire alle massime sapienziali e alle citazioni edificanti. Ci è stato invece più facile immaginare che gli *incipit* sacri e profani avessero una funzione apotropaica, ovvero di protezione contro l'influsso del maligno e della sfortuna.

⁷ Avverto che i riferimenti bibliografici saranno ridotti al minimo, in quanto contenuti in maniera completa nel mio contributo: «Contare e proteggere le risorse dei poveri. Numeri e parole nei libri mastri dell'Ospedale Maggiore di Milano».

⁸ Beck, Patrice, «Le vocabulaire et la rhétorique des comptabilités médiévales. Modèles, innovations, formalisation. Propos d'orientation générale», *Revue d'histoire de comptabilités: le vocabulaire et la rhétorique des comptabilités médiévales*, *Comptabilité(s)*, 4 (2012) <comptabilites.revues.org/838>.

Non si trattava tuttavia solo di questo. Oltre che protetti, l'evocazione dei testi sacri e profani della letteratura classica, biblica e patristica serviva a dimostrarsi autorevoli e legittimati. Una funzione di garanzia, in nome dell'eticità delle operazioni economiche e finanziarie svolte, che vediamo assolta altrove da immagini di tutori celesti.⁹ Ai linguaggi contabili, patrimonio di specialisti, nei libri mastri si affiancavano dunque i linguaggi scritturali accessibili a tutto quel pubblico che condivideva il credo nel potere protettivo e curativo/salvifico della parola sacra, in quanto facente parte di un sistema religioso ancorato alla rivelazione affidata a un testo sacro.

La presenza di questi *incipit* si rivela efficace per ricordare qualcosa che può apparire un punto fermo ormai assodato, ma che invece vale la pena di ribadire, per evitare fraintendimenti interpretativi: l'analisi dei sistemi gestionali e amministrativi dei maggiori enti assistenziali di età tardomedievale, ovvero soprattutto ospedali e confraternite, e di conseguenza le riflessioni sui costi delle loro attività, e sulla realizzazione di profitti o perdite, non può basarsi su meri calcoli ragionieristici e quantitativi, ma deve tenere conto di molteplici fattori, formali come contenutistici.

Cosa ci raccontano allora i libri di conto?¹⁰ Anzitutto ci parlano delle competenze professionali degli amministratori dei luoghi pii, i quali spesso avevano una pregressa esperienza nella gestione di aziende mercantili o di uffici di tesoreria. Sull'Ospedale Maggiore di Milano, così come su altri enti assistenziali medievali, andò a convergere la costruzione dell'identità sociale del ceto dirigente cittadino, soprattutto di quello che riversava le proprie ambizioni e i propri interessi sia nel governo della città e dello stato, sia nella cultura e nelle solidarietà caritative e assistenziali, una collaborazione civica e religiosa al tempo stesso, che stava alla base di un governo razionale delle comunità cittadine cristiane.

Per quanto riguarda più specificamente il gruppo dei *rationatores*, i registri contabili ci rivelano la loro padronanza di tecniche contabili e il contributo por-

⁹ Si veda ad esempio la presenza della figura della Vergine sul *Libro del debito* dell'ospedale di Santa Maria della Scala, ricordata dall'intervento di Gabriella Piccinni in questa medesima miscellanea.

¹⁰ Sulle molteplici funzioni attribuite dagli uomini del tempo alle pratiche contabili in quanto tali ha ragionato Goldthwaite, Richard A., «The Practice and Culture of Accounting in Renaissance Florence», *Enterprise and Society*, 16/3 (2015), pp. 611-647, basandosi sul ricchissimo, e in qualche modo unico, patrimonio archivistico degli uomini di affari fiorentini.

tato al graduale perfezionamento di queste. Fra Tre e Quattrocento infatti, in area milanese e più ampiamente lombarda, si passò da sistemi tradizionali, come quello della *tabula*, privo di bilanci di chiusura e di apertura, ovvero di conti generali riassuntivi dei saldi finali o iniziali del sistema, a più raffinati sistemi partiduplistici.

Gli aspetti tecnici e formali dei libri di conto sono importanti, anche se troppo spesso vengono purtroppo trascurati: eppure essi non sono indicatori solo di orientamenti culturali ed economici, ma anche politici. Ad esempio: l'omogeneizzazione formale delle scritture contabili non solo degli enti assistenziali ma anche delle aziende private e delle tesorerie pubbliche riscontrabile sul territorio visconteo-sforzesco fra Tre e Quattrocento – consistente nel comune modo di presentare i conti per due sezioni divise di «Dare» e «Avere» ordinate in due colonne accostate nella stessa pagina; nell'iniziare le partite di conto con «Item (...)»; nell'uso dei numeri romani e non delle cifre arabe per indicare gli importi; nel conteggio ancorato a moneta di conto, la lira imperiale d'argento; nell'uso del latino; nell'adozione della scrittura minuscola cancelleresca, o notarile – ha fatto supporre l'esistenza di scuole di contabilità nelle quali l'insegnamento di un metodo di scrittura basato su un sistema completo di debiti e crediti risultasse funzionale alle strategie di unificazione del dominio controllato dai signori e duchi di Milano.

I libri di conto degli ospedali ci testimoniano inoltre il livello di influenza del pensiero religioso del tempo, soprattutto in tema di prassi ed etica economica: non solo perché gli enti assistenziali erano per lo più ritenuti pertinenti all'ordinamento ecclesiastico, ma anche perché lo stesso linguaggio economico dei cristiani fu a lungo una sezione del lessico religioso, dal momento che al di fuori dei testi teologici era allora assai raro trovare sistemazioni teoriche sui problemi economici.¹¹

Il solo bilancio del «dare» e dell'«avere» non consente dunque di valutare l'effettiva redditività del «sistema assistenza» nel medioevo, quando, molto più che oggi, si pensava ad investimenti redditizi nel lungo periodo e si era perciò più

¹¹ Todeschini, Giacomo, *I mercanti e il tempo: la società cristiana e il circolo virtuoso della ricchezza fra Medioevo ed età moderna*, Bologna, Il Mulino, 2002; Todeschini, Giacomo, *Ricchezza francescana. Dalla povertà volontaria alla società di mercato*, Bologna, Il Mulino, 2004; Todeschini, Giacomo, *Come giuda. La gente comune e i giochi dell'economia all'inizio dell'epoca moderna*, Bologna, Il Mulino, 2011.

disposti ad apparenti «sperperi» che invece erano allora considerati investimenti oculati:¹² in primo luogo la carità, che consente di investire nell'eternità e che è attività particolarmente meritevole agli occhi di Dio. L'amministrazione dei patrimoni ospedalieri e confraternali non trascurava infatti il valore, concreto anche se non immediatamente monetizzabile, della fraternità e della carità, anche se era certamente attenta a far quadrare i bilanci.

¹² Boucheron, Patrick, «È possibile un finanziamento disinteressato? Alcune considerazioni sul finanziamento delle cattedrali nelle città dell'Italia centro-settentrionale alla fine del Medio Evo», *Lo sguardo della storia economica sull'edilizia urbana, Città e storia*, 4, 1 (2009), pp. 27-42.

GLI OSPEDALI: MODALITÀ E STRUMENTI DI FINANZIAMENTO (ITALIA CENTRO- SETTENTRIONALE, XII-XV SECOLO)*

GIULIANA ALBINI

Università degli Studi di Milano

UNA RIFLESSIONE SULLE MODALITÀ ATTRAVERSO LE QUALI GLI OSPEDALI (limitandoci ai secoli XII-XV e alla penisola italiana) garantivano la loro esistenza e le loro attività assistenziali si muove su un terreno incerto, che ha le sue radici in alcuni caratteri degli ospedali stessi: il loro essere *pia loca*, ossia condividere alcune dinamiche (in relazione alla costruzione e alla gestione dei patrimoni) proprie di enti ecclesiastici quali chiese e monasteri; il dover ottemperare a funzioni caritativo-assistenziali, che richiedevano notevoli disponibilità finanziarie; la grande disparità dei modelli fondativi e organizzativi e della loro evoluzione; la complessità dei rapporti con le istituzioni civili ed ecclesiastiche. La varietà è dunque evidente, soprattutto se confrontata con la scarsità di studi che affrontino in modo sistematico il tema proposto. Cercherò, dunque, di seguire due linee di riflessione:

- individuare diverse tipologie di finanziamento degli ospedali.
- valutare come le forme di finanziamento degli ospedali si siano trasformate nel periodo analizzato.

Luciano Palermo, riflettendo sulla gestione economica degli ospedali, ha sottolineato come gli ospedali possano essere considerati vere e proprie imprese, dal momento che «anche questi enti utilizzavano le proprie risorse economiche e il proprio capitale umano in vista del conseguimento degli obiettivi che i gestori intendevano realizzare; dunque, la «gestione economica» era lo strumento necessario per il raggiungimento delle finalità per le quali l'ente assistenziale era sorto, e la contabilità era a sua volta l'apparato delle registrazioni dei fatti economici acca-

* La bibliografia citata in questo lavoro è correlata a quella dei capitoli elaborati in questo volume da Marina Gazzini e Salvatore Marino. L'elenco bibliografico è stato preparato congiuntamente dai tre autori e può essere consultato alla fine del testo di Marino.

duti».¹ La sua lettura è in sintonia con la chiave interpretativa già suggerita da Federico Melis e proposta in altri studi:² non vi è alcuna incompatibilità tra svolgere attività di tipo assistenziale e possedere una struttura di tipo aziendale, dotandosi di strumenti contabili per un miglior controllo della ricchezza.³

Questo approccio, condivisibile per quanto riguarda i grandi enti ospedalieri tre-quattrocenteschi, deve essere riconsiderato per quanto riguarda gli ospedali di minori dimensioni e, soprattutto, per il XII e XIII secolo. In tale contesto e in tale periodo, infatti, molti enti assistenziali operavano contando di fatto sulla certezza di nuovi finanziamenti, una prospettiva in linea con i particolari caratteri e le funzioni di tali enti, che forse potremmo definire di «redistributori di carità». Gli ospedali erano in quel periodo fortemente caratterizzati dall'essere comunità religiose, composte da persone che si mettevano al servizio dei poveri e dei malati. Dal punto di vista economico essi non erano certo un'eccezione al più generale precetto che imponeva la tutela e salvaguardia dei beni ecclesiastici (quali erano ritenuti i beni degli ospedali). Ma essi, alla necessità di avere risorse per il mantenimento dei membri della comunità, aggiungevano i costi del mantenimento di poveri e malati: l'erogazione di servizi, dunque, richiedeva una disponibilità di risorse che i patrimoni fondiari, spesso ancora esigui, non consentivano di sostenere. È una prospettiva che cambia notevolmente con le aumentate necessità di assistenza e con la progressiva perdita dei caratteri di comunità religiosa degli ospedali.

Facciamoci guidare ancora dalle riflessioni di Luciano Palermo, che individua tre modelli di gestione, che corrispondono a tre periodi:

- 1) gestione non equilibrata delle risorse (secoli XI-XIII).
- 2) gestione maggiormente equilibrata con forme limitate di contabilità (secoli XIII-XV).
- 3) gestione equilibrata con contabilità ordinaria (XV-XVI).

¹ Palermo, Luciano, «Gestione economica e contabilità negli enti assistenziali medievali», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), p. 115.

² Piccinni, Gabriella, «Gli ospedali come "imprese" della carità pubblica (Italia, XIII-XV secolo)», in Piccinni, G., *Il banco dell'Ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012, pp. 15-31.

³ Gazzini, Marina, «Contare e proteggere le risorse dei poveri. Numeri e parole nei libri mastri dell'Ospedale Maggiore di Milano», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 219-247.

Sebbene queste scansioni cronologiche possano trovare conferme o smentite nell'analisi puntuale di singole realtà, esse possono essere utilizzate come griglia di riferimento per le nostre riflessioni.

Il primo periodo si caratterizza per l'assenza di precise regole e per la mancanza di registri contabili: il bilancio appare squilibrato e non sostenibile finanziariamente. Nonostante ciò, proprio la spinta alla carità che caratterizza questo periodo fa sì che le continue donazioni siano di grado di superare i limiti strutturali: enti fondati in questo periodo (ad esempio l'ospedale del Brolo o l'ospedale di Donna Bona a Milano)⁴ acquisiscono, anche grazie al sostegno di gruppi di fedeli o della Chiesa cittadina, patrimoni di una certa consistenza. Soprattutto nel XIII secolo, si assiste ad una crescita, sebbene spesso ancora disordinata, dalle risorse e dei patrimoni degli enti.⁵

Nel periodo successivo, anche a motivo della maggiore attenzione che le autorità ecclesiastiche, anzitutto, ma anche civili, dimostrano nei confronti degli ospedali, si manifesta una più attenta gestione dei patrimoni. Le motivazioni si possono rintracciare in processi diversi, interni alla vita ospedaliera (ricorso a personale salariato, costruzione di spazi di accoglienza, personale medico, ecc.) o esterni ad essa (aumento delle situazioni di bisogno, accoglienza degli esposti, controllo delle autorità, ecc.). Le difficoltà di gestione delle risorse, spesso semplicemente definite come «mala gestione» da parte dei ministri, sono da ascrivere anche all'inadeguatezza degli strumenti economici rispetto alle funzioni richieste dalle emergenze sociali. Vi sono dunque tentativi delle autorità ecclesiastiche di controllare le strutture ospedaliere (interventi conciliari e sinodali, imposizione di regola da parte dei vescovi); anche le autorità comunali (come nel caso di ospedali toscani) cercano di imporre strumenti di controllo. Per rendere conto delle entrate e delle uscite, si procede alla redazione di inventari e di rudimentali bilanci. La contabilità e la redazione di libri di conto sono però ancora limitate e, soprattutto, non paiono in sintonia con l'evoluzione tecnico-contabile delle imprese economico-commerciali-produttive del tempo.

Infine l'ultimo periodo, nel quale si può parlare di una vera e propria «impresa economica», che mette in atto strategie complesse. Spesso questa fase si coniuga

⁴ Albini, Giuliana, «El rostro asistencial de las ciudades: la Italia septentrional entre los siglos XIII y XV», in Huguet-Termes, T. *et al.* (edd.), *Ciudad y hospital en el Occidente Europeo. 1300-1700*, Lleida, Editorial Milenio, 2014, pp. 115-134.

⁵ Un esempio tra i tanti riguarda le donazioni in vita e i testamenti a favore dell'ospedale Rodolfo Tanzi. Greci, Roberto (ed.), *L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma in età medievale*, Bologna, Clueb, 2004.

con la riforma ospedaliera, che ha tra le sue finalità proprio una corretta gestione delle risorse e crea, quindi, una rete ospedaliera complessa e razionale.⁶ È una gestione equilibrata, che si ottiene attraverso un'attenta registrazione di entrate e uscite e un sistema di contabilità avanzato.⁷ Nella documentazione rimasta (assai più abbondante per questo periodo, e non ancora studiata adeguatamente) si riscontra una certa sintonia con le tecniche contabili e gestionali del tempo, come messo bene in rilievo dalla recente opera *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze*.

Si cercherà ora di elencare le diverse tipologie di entrate degli ospedali.

DONAZIONI, LASCITI, LEGATI

Si tratta della maggior fonte di ricchezza per gli ospedali, che nascono e crescono grazie a donazioni in vita e a lasciti testamentari di fondatori e benefattori: la principale fonte di finanziamento è e rimane per secoli la *charitas* dei fedeli.

Un momento rilevante nella vita dell'ospedale è costituito dalla fondazione che, al pari di quanto avviene per chiese e monasteri, vengono spesso istituiti con una cospicua dotazione di beni fondiari, della sede dove svolgere l'attività assistenziale e, talvolta, anche di altri beni e rendite. Spesso la dotazione originaria è così consistente da garantire non solo le condizioni per l'avvio dell'istituzione, ma da continuare a costituire la base economica che ne permette l'attività. Qualche esempio. L'ospedale di San Francesco fondato a Padova nel 1407 da parte dei coniugi Baldo e Sibilia Bonifari, personaggi dell'élite economico-politico cittadina: privi di eredi, essi destinavano i loro averi all'erigendo ospedale che, dalla fondazione, avrebbe potuto disporre di un patrimonio di ben 10.000 ducati.⁸ Esempio diverso è costituito da quegli enti che nascevano dall'aggregazione di diversi ospedali cittadini, quale ad esempio l'Ospedale Grande di Milano, che inizia la sua attività potendo contare su un vasto patrimonio, al quale applica

⁶ Palermo, Luciano, «Gestione economica e contabilità...», *op. cit.*, p. 127.

⁷ Gazzini, Marina, «La fraternita come luogo di economia. Osservazioni sulla gestione delle attività e dei beni di ospedali e confraternite nell'Italia tardo-medievale», in Ammannati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013, pp. 261-276.

⁸ Bianchi, Francesco, «Il governo della carità. L'ospedale di San Francesco e il patriato di Padova nel XV secolo», in Maddalena, C., Ripa Bonati, M. e Silvano, G., (edd.), *Sanità, amministrazione e cura. La ricerca della salute a Padova tra pubblico e privato (sec. XV-XX)*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 11-45, alle pp. 17-18.

un nuovo modello di gestione. E come non citare l'ospedale fondato nel 1410 dal mercante di Prato Francesco di Marco Datini? Il Ceppo de' poveri, come era denominato, nel 1428-29, in occasione del catasto, era stimato per una ricchezza di 25.049 fiorini, che rappresentava il 53% dei patrimoni ecclesiastici e luoghi pii locali (complessivamente un terzo della ricchezza pratese).⁹

I patrimoni ospedalieri continuavano ad accrescersi soprattutto attraverso le pratiche testamentarie: uomini e donne nominavano gli ospedali eredi universali, in assenza di discendenti, o semplicemente destinavano loro lasciti, talvolta vincolati all'esecuzione di legati a favore di poveri. Se sostenuto da una politica attenta e oculata (ad esempio nel pretendere il buon fine delle disposizioni testamentarie e nel rifiutare, come la normativa consentiva, eredità sulle quali gravavano obblighi eccessivi) l'ente si arricchiva. Dagli inventari redatti sempre più frequentemente dal Trecento in poi, gli ospedali risultano possedere non solo beni fondiari nel contado, ma anche case in città, mulini, botteghe, e poi denaro, titoli di credito, rendite, diritti d'acque, ecc. Forse può essere utile qualche dato. L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma, fondato all'inizio del XIII secolo, con una dotazione di beni limitata a pochi beni, case e orti, prevalentemente in città, intorno al 1330 vantava una proprietà fondiaria attorno ai 230 ettari, paragonabile a quello del Capitolo della Cattedrale di Cremona e superiore a quella del convento di San Domenico di Bologna (circa 150 ettari).¹⁰ Anche ospedali che nascono con una scarsa base economica riescono ad acquisire, nel giro di qualche decennio, proprietà fondiarie che li rendono ricchi al pari di enti di ben più antiche e cospicue tradizioni.

VENDITE, ACQUISTI E PERMUTE

Permute e vendite sono operazioni ampiamente testimoniate dalla documentazione degli archivi ospedalieri. La permuta risponde a prassi tradizionalmente utilizzate dagli enti ecclesiastici, ma ad essa si affiancano anche le vendite, operazione da non sottovalutare, dal momento che vi sono ospedali che vi fanno frequentemente ricorso. Al pari delle permute, le vendite dovevano essere auto-

⁹ Nanni, Paolo, «L'ultima impresa di Francesco Datini. Progettualità e realizzazione del "Ceppo pe' poveri di Cristo"», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 281-307, p. 283.

¹⁰ Guenza, Massimo, «La formazione della proprietà fondiaria dell'ospedale Rodolfo Tanzi», in Greci, R. (ed.), *L'ospedale Rodolfo Tanzi...*, op. cit., pp. 137-178.

rizzate dalle autorità ecclesiastiche, per evitare la dispersione dei patrimoni della Chiesa (e dei poveri). La specificità delle attività degli ospedali, che richiedeva una continua erogazione di risorse, rende più frequente tale operazione; le richieste vengono ovviamente giustificate (soprattutto nel Trecento) con le necessità di provvedere alle funzioni assistenziali.

Sempre seguendo l'esempio di Parma, va anche sottolineato che le proprietà derivano non solo da donazioni e lasciti testamentari, ma anche da un'attenta politica di acquisti. Si tratta di operazioni che propriamente rientrano nelle uscite, ma che val la pena di ricordare perché sono lo strumento attraverso il quale l'ente acquisisce beni che generano nuove entrate nelle casse dell'ente e, comunque, rientrano in una più ampia strategia di gestione delle fonti di reddito dell'ospedale.

REDDITI DEL PATRIMONIO FONDIARIO (TERRENI, CASE, MULINI, BOTTEGHE, ECC.)

I beni acquisiti dagli ospedali necessitavano, per trasformarsi in «entrate», di essere produttivi. Se infatti le donazioni servono a costruire i patrimoni, è la loro gestione che crea la disponibilità di ricchezza (in denaro e in natura), tramite censi, affitti, livelli, siano essi in denaro o in prodotti utili al funzionamento della comunità ospedaliera.

È in questo contesto che si può valutare la buona o cattiva gestione di un ente, dato che, per tutto il periodo considerato, questa voce è la più consistente tra i cespiti di entrata degli ospedali; è possibile rintracciare precise strategie di sfruttamento del patrimonio fondiario, più o meno remunerative, che differenziano le politiche di singoli enti¹¹ o di ordini ospedalieri.¹² Non sempre la logica che sostiene le scelte è la miglior resa economica, in quanto spesso le politiche dell'ente sono invece finalizzate a creare reti di relazioni che possono andare a scapito del puro vantaggio economico, ma che rispondono a logiche di più ampia portata.¹³

¹¹ In alcuni casi, come per l'Ospedale Maggiore di Milano, vengono messi in atto notevoli investimenti fondiari: Chittolini, Giorgio, «Alle origini delle "grandi aziende" della bassa lombarda. L'agricoltura dell'irriguo fra XV e XVI secolo», *Quaderni storici*, XXXIX (1978), pp. 828-844.

¹² Albini, Giuliana, «La ricchezza dell'ordine di S. Giovanni (secoli XII-XIV)», in Esposito, A. e Rehberg, A., (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia*, Roma, Viella, 2007, pp. 101-136.

¹³ Gazzini, Marina, «La fraternita come luogo di economia...», *op. cit.*, p. 264.

INDULGENZE ED ELEMOSINE

Questa fonte di entrata inserisce gli ospedali nella rete di privilegi pontifici e vescovili che legavano strettamente il dono (atto di carità) con atti di devozione e, soprattutto, con la remissione delle pene comminate per espiare i peccati.¹⁴ Non solo gli ospedali si inseriscono nelle pratiche indulgenziali, ma (almeno ad un primo approccio) paiono esserne tra i principali fruitori, creando anche un complesso sistema di raccolta delle questue, che si rileva però vantaggioso per gli enti stessi, in quanto spesso la concessione in appalto della questua consente un'entrata sicura per l'ospedale.

RENDITE PER PRESTITI E DEPOSITI PRESSO ISTITUZIONI PUBBLICHE

Una fonte di entrata ancora poco considerata è costituita dagli interessi maturati per capitali investiti dagli ospedali in operazioni di debito pubblico. Si tratta di una pratica che si sviluppa (soprattutto dal Quattrocento), in particolare nelle grandi città, all'avanguardia dal punto di vista economico-commerciale e finanziario. Ad esempio, l'ospedale di San Francesco di Padova aveva notevoli capitali investiti nella Camera degli Imprestiti di Venezia e nel Monte di Pietà di Padova.¹⁵ Secondo il catasto fiorentino del 1428-29, l'ospedale fondato da Francesco di Marco Datini a Prato vantava un credito dal comune di Prato di 4.400 fiorini.¹⁶ Dunque, gli ospedali gestivano in questo periodo somme di denaro, che usavano in modo «produttivo» ricavandone interessi anche elevati, che andavano ad incrementare la disponibilità di denaro contante.

INTERESSI PER DENARO DEPOSITATO PRESSO L'OSPEDALE

Anche in questo caso, si tratta di un aspetto poco studiato, con l'eccezione del fondamentale lavoro di Gabriella Piccinni sull'ospedale di S. Maria della Scala nel

¹⁴ Rehberg, Andreas, «Nuntii, questuarii, falsarii: l'ospedale di S. Spirito in Sassia e la raccolta delle elemosine nel periodo avignonese», *Mélanges de l'École française de Rome. Moyen Âge*, 115 (2003), pp. 41-132; Albin, Giuliana, «L'economia della carità e del perdono. Questue e indulgenza nella Lombardia bassomedievale», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 156-189.

¹⁵ Bianchi, Francesco, «Il governo della carità...», *op. cit.*, pp. 11-45.

¹⁶ Nanni, Paolo, «L'ultima impresa di Francesco Datini...», *op. cit.*, pp. 281-307.

Trecento.¹⁷ È un ambito da indagare, dal momento che anche altri ospedali, verso la fine del Medioevo, sviluppano funzioni di prestito e di deposito di denaro. La progressiva trasformazione dei grandi ospedali in «imprese di carità» fa sì che si utilizzino tutte le vie possibili per far fruttare le risorse, all'interno di concezioni economiche ed etiche di un uso produttivo del denaro e della ricchezza.¹⁸ In tale prospettiva, il prestito di denaro a privati presenta una duplice valenza positiva: soccorrere persone in difficoltà; far fruttare la ricchezza dell'ospedale. Il prestito di denaro, infatti, genera, mediante gli interessi riscossi, nuove entrate che possono essere utilizzate per meglio rispondere alle finalità assistenziali.

FINANZIAMENTO DA PARTE DI CONFRATERNITE E CORPORAZIONI

Come noto, spesso confraternite e corporazioni fondano o gestiscono ospedali o sviluppano con essi un rapporto stretto, che si concretizza nell'erogazione di finanziamenti, in forme diverse.¹⁹ Ad esempio, l'ospedale degli Innocenti di Firenze era finanziato dall'Arte della Seta, che contribuiva al suo funzionamento con una «tassa» di 2 denari per ogni lira sui salari dei tessitori, (0,8%), di 1 denaro su quella dei filatori e torcitori, oltre ad altre sovvenzioni.²⁰ Analogamente gli ospedali delle confraternite erano sostenuti non solo dalle donazioni di singoli confratelli, ma anche dalla quota associativa delle confraternite stesse (contributi di ingresso, contributi annuali dei soci, ecc.).

¹⁷ Piccinni, Gabriella, *Il banco dell'Ospedale di Santa Maria della Scala...*, *op. cit.*; Piccinni, Gabriella, «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 133-154.

¹⁸ Tra i numerosi lavori di Todeschini su questi temi, si ricorda Todeschini, Giacomo, «Razionalismo e teologia della salvezza nell'economia assistenziale del basso medioevo», in Zagnani, V. (ed.), *Povertà e innovazioni istituzionali dal Medioevo ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 45-54.

¹⁹ Per i rapporti tra confraternite e ospedali, *cf.* Frank, Thomas, «Confraternite e assistenza», in Gazzini, M. (ed.), *Studi confraternali: orientamenti, problemi, testimonianze*, Firenze, Firenze University Press, 2015, pp. 217-238; Gazzini, Marina, «Confraternite/corporazioni: i volti molteplici della "schola" medievale», in Gazzini, M., *Confraternite e società cittadina nel medioevo italiano*, Bologna, Clueb, 2006, pp. 59-83.

²⁰ Pinto, Giuliano, «Formazione e gestione dei patrimoni fondiari degli istituti assistenziali cittadini (Italia, secolo XIII-XV)», in Ammannati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa...*, *op. cit.*, pp. 169-178, p. 172 ss.

FINANZIAMENTO «PUBBLICO»: COMUNI, SIGNORI

Dal Duecento in poi si fanno sempre più frequenti i rapporti tra ospedali e poteri civili, rapporti che spesso si configurano come protezione che i comuni e i signori esercitano nei loro confronti.

Ciò porta in diversi casi a notevoli vantaggi economici per gli enti interessati, che si concretizzano in due modi: esenzioni fiscali, in particolare dai dazi, ma anche concessione delle entrate di dazi e gabelle; sovvenzioni economiche dirette, ordinarie o straordinarie. In alcuni casi si tratta di forme meno dirette, che si possono interpretare come sostegno «pubblico», come nel caso della ricchissima donazione che Bernabò Visconti, nel 1359, fa a diversi ospedali milanesi, donazione personale, certo, ma per molti versi anche una forma di finanziamento degli ospedali stessi.²¹

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Seguendo la cronologia sopra proposta, le entrate degli ospedali si potrebbero così sintetizzare:

- I periodo (secc. XI-XIII): donazioni, lasciti, legati creano patrimoni, che generano però entrate limitate.
- II periodo (secc. XIII-XIV): i patrimoni si ampliano e, soprattutto, migliorano le modalità della loro gestione; si aggiungono finanziamenti da parte di comuni, signori, arti, confraternite e i frutti delle indulgenze.
- III periodo (secc. XIV-XV): aumentano le donazioni e anche i contributi derivanti dai poteri pubblici, si consolidano le elemosine legate alle indulgenze, si aggiungono le entrate per i depositi in prestiti pubblici e gli interessi sui denari prestati a privati e, soprattutto, migliora il sistema di gestione dei patrimoni.

Sebbene, dunque, la storia degli enti ospedalieri tra XII e XV secolo veda talvolta una continuità istituzionale, le trasformazioni rispetto alla storia precedente sono evidenti e ne condizionano la vita economica. A partire dal pieno Duecento, infatti, gli ospedali si trasformano: al fedele, al cittadino non viene più richiesto di impegnarsi personalmente nell'assistenza, ma di provvedere, tramite donazioni

²¹ Albinì, Giuliana, «El rostro asistencial de las ciudades...», *op. cit.*, p. 122.

(in vita e in morte), alle istituzioni che garantivano l'erogazione di servizi. Il passaggio è importante. Si costruisce l'efficienza di un'organizzazione assai complessa che, sebbene in molti ambiti continui ad avere dal punto di vista giuridico e ideale un impianto religioso, è qualcosa di ben diverso dalla comunità delle origini. Accanto alle piccole donazioni e ai lasciti di scarsa entità si fanno strada pratiche di donazione che hanno una natura diversa: al di là della personale ricerca di uno strumento di salvezza per la propria anima, il donatore ha come fine ultimo non tanto il sostegno alla comunità religiosa, quanto il finanziamento di un sistema che garantisca, attraverso l'aiuto ai poveri, una stabilità sociale.

La recente sintesi di Giuliano Pinto (*Formazione e gestione dei patrimoni fondiari degli istituti assistenziali cittadini*) indica nella peste del 1348 e nelle altre epidemie che seguirono un moltiplicatore delle donazioni a favore degli ospedali, che incrementarono «in progressione geometrica i beni mobili e immobili di tali istituti, che andarono a superare, e di molto, in ricchezza fondiaria i tradizionali enti ecclesiastici cittadini: vescovado, capitolo della cattedrale, grandi monasteri». L'ospedale fiorentino di Santa Maria Nuova riceve dopo la peste Nera lasciti per un valore di 25.000 fiorini, così che tra il 1326 e il 1376 il patrimonio di quell'ospedale aumentò di 20 volte. Un altro esempio di ospedali di «media consistenza» è quello dei Santi Giacomo e Lazzaro di Verona che raddoppiò i beni di cui disponeva a metà Trecento.²²

Infine un'ultima osservazione, che ci porta a chiederci chi sono, nel Quattrocento, coloro che gestiscono i patrimoni degli ospedali: sono laici, amministratori esperti, provenienti dal mondo degli affari, che ricercano uno sfruttamento razionale delle risorse degli ospedali. Politiche di concentrazione delle proprietà, tramite compra-vendite e permuta, interventi migliorativi sui terreni e sulle colture, investimenti per la costruzione di grandi possessioni all'avanguardia, questi gli strumenti che tendono a far fruttare i beni degli enti assistenziali. L'attenzione alla raccolta di finanziamenti si coniuga con un'attenta valorizzazione delle risorse: gli ospedali sono, dunque, sul finire del Medioevo, enti erogatori di assistenza, ma anche «aziende», tutt'altro che privi di capacità di progettare strategie economiche, enti in grado gestire razionalmente i patrimoni e di farli accrescere.

²² Pinto, Giuliano, «Formazione e gestione dei patrimoni...», *op. cit.*, p. 172 ss.

ECONOMÍA Y HOSPITALES EN EL SIGLO XV. APROXIMACIÓN COMPARATIVA ENTRE LOS GASTOS DE LOS HOSPITALES DE BARCELONA, MILÁN Y NÁPOLES*

SALVATORE MARINO

ISSM-Consiglio Nazionale delle Ricerche

IRCVM-Universitat de Barcelona

ENTRE LAS MÚLTIPLES LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN QUE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS se han desarrollado en torno a la historia de la asistencia medieval y moderna, el tema del gasto hospitalario ha sido poco explotado por la historiografía contemporánea. Por supuesto, no faltan referencias puntuales en estudios y publicaciones sobre casos específicos pero no se ha intentado realizar una comparación aproximativa entre diferentes contextos urbanos de la Europa meridional.¹

Por tanto, el estudio que aquí se publica pretende sintetizar los múltiples y diferentes gastos que un hospital del Renacimiento cubría para garantizar los

* Esta contribución forma parte de la actividad científica del proyecto PRIN «*Alle origini del Welfare (XIII-XVI secolo). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale*». La bibliografía que se adjunta al final de este capítulo ha sido elaborada conjuntamente por Giuliana Albini, Marina Gazzini y Salvatore Marino, sirviendo de soporte para sus investigaciones en este mismo volumen.

Abreviaturas utilizadas: AHSCSP (=Arxiu històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona); AMN-RCSA (=Archivo histórico Municipal de Nápoles - Sección Real Casa Santa dell'Annunziata); AOM (=Archivo del Ospedale Maggiore de Milán); BC-AH (=Biblioteca de Catalunya - Arxiu Històric). Agradezco mucho a Raúl Villagrasa-Elías por la revisión del texto en castellano.

¹ La bibliografía sobre la gestión económica de los hospitales medievales y modernos ha ido creciendo en los últimos veinte años. Un estudio muy interesante sobre el tema de los ingresos y gastos hospitalarios –y que ha servido de ejemplo para el presente trabajo– es el de Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431), en Huguet-Termes, T. *et al.* (coords.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 177-209. Otros estudios sobre el tema, a los que se hará referencia en las notas siguientes, son los artículos recién publicados en Gazzini, M. y Olivieri, A. (eds.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo*, número monográfico de *Reti Medievali - Rivista*, 17, 1 (2016). Con motivo de la presente publicación, resulta de interés el análisis de financiación y gastos de un pequeño hospital urbano aragonés, previo a su evolución hacia hospital general:

principales servicios socio-sanitarios de los necesitados. Los tres hospitales objeto de esta comparación son la *Santa Creu* de Barcelona, el *Ospedale Maggiore* de Milán y la *Annunziata* de Nápoles.

El ámbito cronológico que se ha elegido para desarrollar esta aproximación comparativa es el siglo XV, por al menos dos razones: primeramente, porque en los tres casos seleccionados existe abundante documentación; y en segundo lugar, porque es la centuria de las reformas hospitalarias que, como es de sobras conocido, condicionaron considerablemente la gestión económica de estas instituciones gracias a una mayor racionalización de las expensas, una centralización administrativa, un incremento de los servicios asistenciales y, por consecuencia, la edificación de nuevos complejos arquitectónicos (Barcelona y Milán) o la ampliación y reforma de los edificios preexistentes (Nápoles).²

Las fuentes que se han utilizado son de variada naturaleza: corpus normativos u ordenanzas, actas o deliberaciones, documentos regios y pontificios, registros contables y administrativos, protocolos notariales e inspecciones o visitas. La información que se ha adquirido a través de esta documentación, una vez analizada y comparada con los tres sujetos de estudio, ha permitido elaborar un esquema sintético de un hipotético presupuesto de una gran empresa pública como fue el hospital renacentista.³

Concepción Villanueva Morte y Raúl Villagrasa-Elías: «El hospital *Sancti Spiritus* de Borja y su contabilidad a principios del siglo XVI» (*vid.* en este volumen).

² Sobre las reformas hospitalarias europeas *cf.* Bianchi, Francesco y Sloń, Marek «Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale», *Ricerche di storia sociale e religiosa*, 69 (2006), pp. 7-45; sobre los modelos hospitalarios que circularon en Europa en el siglo XV *cf.* Piccinni, Gabriella, «I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa alla fine del Medioevo», en Cavero Domínguez, G. (coord.), *Civitas bendita: encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la Ciudad medieval*, León, Universidad de León, 2016, pp. 9-26. Estos mismos fenómenos en el Reino de Aragón: Villagrasa-Elías, Raúl, «Política hospitalaria en los concejos aragoneses del Cuatrocientos», en Iradiel, P. *et al.* (eds.), *Identidades Urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, PUZ, 2016, pp. 163-176.

³ En el caso de Barcelona se han consultado: las ordenanzas de 1417, con anotaciones añadidas en los años 1487 y 1505 (AHSCSP, «Llibre d'ordinacions de l'hospital»); el libro de cuentas del hospital, de los años 1430-1431 (AHSCSP, «Llibre de Caixa 1»), a través de la publicación de Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, pp. 177-209; los registros de los notarios del hospital del siglo XV, especialmente los del notario Joan Torró (AHSCSP, «Protocols notarians», 1-10); el «Llibre d'afermaments» o «Manual dels infants», de la primera mitad del siglo XV (BC-AH, «Documentación institucional», 696). Del hospital milanés ha sido posible recoger información y fuentes del siglo XV (ordenanzas y registros contables) gracias al trabajo de Albini, Giuliana y Gazzini, Marina, «Ma-

TIPOLOGÍAS DE PARTIDAS DE GASTOS

Como se puede observar en la tabla al final de este ensayo (fig. 1), hemos optado por agrupar las diferentes expensas de los hospitales renacentistas del siglo XV en siete principales partidas de gasto. Obviamente, dicho presupuesto y sus múltiples partidas variaron en cantidad y especificidad según las instituciones y sus contextos.

De hecho, con frecuencia los grandes hospitales urbanos tenían que hacer frente a una serie de gastos extraordinarios, generados por al menos tres motivos: un crecimiento repentino de los servicios sociosanitarios erogados a los necesitados (debido a guerras, terremotos, epidemias, hambrunas, crisis económicas, etc.); la edificación, ampliación y reforma de las infraestructuras nosocomiales; y las inversiones financieras de los gobiernos hospitalarios. Por consiguiente, hemos elaborado un presupuesto general e hipotético que incluye aquellos posibles gastos extraordinarios. Pasemos pues a detallar aquellas partidas relacionadas con el personal hospitalario así como otras de manera más sumaria.

PERSONAL

Los salarios del personal que trabajaba en estos hospitales representaban una partida de gasto fija e importante, aunque como hemos comentado, sujeta a variaciones cronológicas y espaciales. Gracias al estudio de Manuel Sánchez para el caso barcelonés sabemos que en el ejercicio económico de 1430-1431 la retribución de todo el personal llegaba al 19% del presupuesto. En el caso milanés conocemos que las pensiones anuales de los gobernadores en la década de 1460 suponían aproximadamente un cuarto de los ingresos de la institución (entre el 13,4% y el

teriali per la storia dell'Ospedale Maggiore di Milano: le Ordinazioni capitolari degli anni 1456-1498», *Reti Medievali Rivista*, 12, 1 (2011), pp. 149-542, donde se publican las regestas de más de tres mil deliberaciones del gobierno hospitalario (AOM, «Ordinazioni capitolari», registros nn. 2-8). Finalmente, en el caso de Nápoles, la información sobre los gastos del hospital se ha recogido a través de las fuentes utilizadas en Colesanti, Gemma y Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», en Gazzini, M. y Olivieri, A. (eds.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, op. cit., pp. 309-344; sobre el personal socio-sanitario ha sido muy útil el informe de las visitas al hospital napolitano, hechas por López de Guzmán en los años 1581-1583 (Archivo General de Simancas, «Visitas de Italia», legajo 24, libro 3), en parte publicado por Salvemini, Raffaella, «Operatori economici, operatori sociali: gli enti di assistenza a Napoli in ancien régime», en Zamagni, N. (coord.), *Povertà e innovazioni istituzionali in Italia. Dal Medioevo ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 294-314.

35,1%). Si bien es cierto que a menudo dicha pensión servía también para costear los salarios de los *fratres* que trabajaban en aquellos espacios hospitalarios.⁴

La documentación administrativa y las ordenanzas dibujan una plantilla permanente del personal hospitalario que estaba constituida por al menos cincuenta personas, a las que se sumaban decenas de religiosos dedicados a la asistencia espiritual, decenas de voluntarios laicos, ayudantes y trabajadores ocasionales y centenares de nodrizas. Hemos identificado y agrupado en siete partidas presupuestarias las diferentes tareas y actividades profesionales.⁵

En la primera categoría encontramos los emolumentos y salarios de los miembros del gobierno central del hospital (conocidos, según el caso, como *administradors*, *deputati*, *magistri yconomi*). A ellos hemos de sumar quienes se dedicaban *in situ* a la administración jurídica y económica tanto de los hospitales menores incorporados, como del patrimonio del ente, situado en ocasiones lejos de la ciudad.⁶

Para que un hospital funcionara de manera eficiente se necesitaba de una completa estructura administrativa –hoy diríamos una organización burocrática– articulada en varios oficios y cargos dedicados a la tutela jurídica (abogados y *procuradors a plets*), a la gestión contable (*racional oydor de comptes*, *rationator* y *expeditor*, *negotiorum gestores*, *racionale*, etc.) y a la producción, expedición y conservación de la documentación (*scrivà de ració*, *conservatore delle scritture*).⁷

⁴ Los datos se refieren a cuatro hospitales menores incorporados en el hospital «Maggiore», por lo tanto, *cfr.* Gazzini, Marina, «Contare e proteggere le risorse dei poveri. Numeri e parole nei libri mastri dell'Ospedale Maggiore di Milano», en Gazzini, M. y Olivieri, A. (eds.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 220-221.

⁵ El cálculo sobre el número de personas que trabajaban en los hospitales se ha hecho comparando la documentación barcelonesa (1417-1505) con la milanesa (1456-1498) y la napolitana (1462-1575). En el apéndice de su estudio, Manuel Sánchez incluyó un elenco de las sesenta y una personas que percibieron sus retribuciones por parte del hospital barcelonés en 1430-1431, por tanto *cfr.* Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, pp. 207-209.

⁶ Como por ejemplo los *procuratores in loco* del hospital napolitano, quienes tenían la tarea de proteger y sobretodo explotar los bienes rurales del hospital diseminados en todas las provincias del reino continental; *cfr.* Colesanti, Gemma y Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», *op. cit.*, p. 322.

⁷ Por supuesto, esto implicaba un aumento en las expensas de personal, sin embargo fue uno de los principales efectos positivos de la reforma: controlar y racionalizar los recursos financieros, responsabilizando y acreciendo considerablemente el personal contable, y también optimizar los procesos de producción y conservación de toda la documentación, a través de la contratación de personal cualificado y especializado, como notarios, escribanos y archiveros.

Desde el punto de vista médico, sanitario y asistencial existió una primera división basada en la remuneración y la voluntariedad. Entre los primeros encontramos al personal contratado: médicos y cirujanos (*artium et medicine doctores, metges de física, barbers, barbitonsori, pratici fisici*), especieros o boticarios (*especiers, speziale, aromatario*) y enfermeros (*emfermers*). Aparecen documentados tanto en las ordenanzas como en los registros de contabilidad. Se añade el pago de centenares de nodrizas (*dides, nutrici*) que se dedicaban a la acogida, alimentación y educación de la infancia desamparada, tanto urbana como rural. Esta última partida suponía un ingente dispendio para las arcas de estas empresas de la caridad.⁸

Otras dos tipologías dentro del personal asalariado están constituidas, por un lado, por los eclesiásticos, quienes ofrecían consuelo y cuidado espiritual a los enfermos y sufragaban las misas de aniversario por las almas de quienes habían legado parte de sus bienes al hospital,⁹ y por otro, por los recaudadores de colectas que recogían de los bacines las limosnas de los fieles (*questores eleemosinarum, acptadors*).¹⁰

⁸ En Barcelona oscilaba entre un 7,7% (1427) y un 20,4% (1482); en el caso del hospital valenciano de en Clapers era de un 17,4% (siglo XIV), prácticamente la segunda gran partida de gastos generales. Los datos fueron analizado por Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, p. 205, y hacen referencia a los estudios de Vinyoles, Teresa y González, Margarita, «Els infants abandonats a les portes de l'Hospital de Barcelona (1426-1439)», en Riu, M. (coord.), *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña Medieval*, vol. II, Barcelona, CSIC, 1982, pp. 191-285, pp. 223-227, y de Rubio Vela, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, Institució Alfons el Magnànim, 1984, pp. 100-103. En Nápoles las expensas mensuales para las retribuciones de las nodrizas tenían que ser ingentes, ya que en 1474 el papa Sixto IV concedió indulgencia plenaria a quien hubiera socorrido con limosnas o amamantado a los setecientos niños alojados en el hospital de la ciudad. En julio de 1481, los gastos mensuales de las nodrizas alcanzaban los 69 ducados (AMN-RCSA, «Libro Maggiore B», f. 2r). Para la copia del privilegio de Sixto IV véase AMN-RCSA, «Pergamene», doc. n. 302: «*plures septingentes infantes expositi*».

⁹ En los años 1430-1431, el hospital barcelonés retribuía a cuatro eclesiásticos: un presbítero, antaño prior del hospital, un rector y dos asistentes; *cf.* Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, p. 208. El hospital milanés recompensaba con lautos sueldos, más comida y alojamiento, a sus capellanes internos y a los que trabajaban en los hospitales menores de la ciudad; *cf.* Albini, Giuliana y Gazzini, Marina, «Materiali per la storia dell'Ospedale Maggiore di Milano», *op. cit.*, docc. nn. 959, 1304, 1326, etc. En Nápoles, en torno a la mitad del siglo XVI, los eclesiásticos que prestaban servicio en el hospital eran 57 (34 sacerdotes, 21 diáconos, un fraile y un sacristán), quienes se alternaban, de día y de noche, para asistir a los enfermos; véase AMN-RCSA, «Libro primo degli appuntamenti», ff. 154r-155v.

¹⁰ Sobre los recaudadores de los tres hospitales analizados *cf.* Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, p. 198; Albini, Giuliana, «L'economia della

Finalmente, un hospital era también –y con mayor motivo en épocas de crisis– el principal comedor social de la ciudad. Por esa razón hombres y mujeres trabajaron aprovisionando las cocinas de la institución y preparando la comida para enfermos y trabajadores. Los puestos variaban desde quienes compraban al por mayor los productos alimenticios, los cocineros y sus ayudantes, los botelleros (encargados de las bebidas), los horneros y panaderos (*forner, panicer, prestinaio, panettiere*) y, por último, los escuderos, encargados de servir las raciones entre los enfermos y el pan y el vino entre los pobres.¹¹

La jerarquía salarial mensual del personal sanitario barcelonés situó a los especieros en las cúspide (36,5 sueldos), seguido de médicos y cirujanos (22 y 27 ss.), enfermeros (entre 18 y 27 ss.) y cuidadores de los pacientes (entre 8 y 9 ss.). En el *Ospedale Maggiore* de Milán sabemos que los oficiales con responsabilidad administrativa cobraban mensualmente entre 5 y 8 liras, los médicos en torno a 5 y los enfermeros 2,5 liras.¹²

Sabemos que el trabajo asalariado representaba solo una parte del personal con funciones de asistencia sanitaria. En estos grandes hospitales la asistencia de los centenares de enfermos se veía complementada con decenas de voluntarios (oblatos, viudas, beguinas) que vivían y trabajaban cotidianamente con el resto del personal. Aunque no recibieran un sueldo mensual, estos voluntarios representaban cierto gasto para el hospital ya que eran alimentados y asistidos. En este sentido, el hospital fue una gran empresa que pudo funcionar gracias al fuerte sentimiento cívico y religioso de solidaridad mutua y de piedad cristiana.

carità e del perdono. Questue e indulgenze nella Lombardia bassomedievale», en Gazzini, M. y Olivieri, A. (eds.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze...*, *op. cit.*, pp. 155-188, p. 181; Colesanti, Gemma y Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», *op. cit.*, p. 326.

¹¹ Entre los tres mil documentos sobre la administración del hospital milanés, publicados por Albini, Giuliana y Gazzini, Marina, «Materiali per la storia dell'Ospedale Maggiore di Milano», *op. cit.*, se halla información sobre los contratos y salarios de cocineros y cocineras, de horneros y panaderos, los «prestini», proveedores y distribuidores de pan y vino, de carne y huevos, de verdura, etc. Sobre el personal de 'servicio' del hospital barcelonés véanse AHSCSP, «Libre d'ordinacions de l'hospital», ff. 14v-15r (comprador), ff. 15v-16r («panicer, boteller, reposter, museu de sobreadzembler»), f. 16v («coch»), f. 23r («porter»), f. 23v («escuders»).

¹² Para los datos de Barcelona *cf.* Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, pp. 207-209, mientras que para Milán *cf.* Ferrari, Margherita, «L'Ospedale Maggiore di Milano e l'assistenza ai poveri nella seconda metà del Quattrocento», *Studi di storia medioevale e di diplomatica*, 11 (1990), pp. 257-283, p. 267.

PROVISIÓN

Por lo que se refiere al avituallamiento, cabe decir que fue con diferencia la partida presupuestaria más importante del hospital renacentista. Los administradores del hospital de la *Santa Creu* de Barcelona usaron hasta un 70% de los recursos de la institución para la compra de alimentación y otros bienes consumibles en 1430-1431. El encargado de proveer al centro suministró cereal, carne, vino y aceite.¹³ Para la segunda mitad del siglo XV disponemos de mucha información gracias a las tres mil deliberaciones del gobierno del *Ospedale Maggiore* de Milán (1456-1498), que documentan a la perfección la extrema variedad de provisiones que necesitaba un nosocomio renacentista. Además del abastecimiento alimenticio, el hospital milanés se encargaba también del suministro de ropa y calzado para los pobres y los niños abandonados, de pañales para los recién nacidos y del vestuario de todos aquellos que vivían o trabajaban en los espacios hospitalarios (desde los zapatos del albañil al delantal de la cocinera). El cuidado de los más pequeños suponía una función vital para la ciudad, pero también costosa. Baste pensar que, solamente en el trienio de 1470-1472, los administradores lombardos compraron al menos 255 abrigo para niños (*pellucciotti per bambini*) de dos a seis años.¹⁴

En el propio recinto hospitalario o en sus inmediaciones trabajaban artesanos y obreros de todo tipo para múltiples tareas: desde sastres y zapateros que confeccionaban indumentaria y calzado para los menesterosos y los más pequeños, o tejedores que confeccionaban colchones, sábanas y toallas, hasta herreros, carpinteros y albañiles encargados del mantenimiento ordinario de toda la estructura arquitectónica y el mobiliario. En resumidas cuentas, un microcosmos laborioso y solidario que actuaba a la vez dentro y para la gran ciudad. No cabe duda de la caracterización de estos establecimientos como auténticas «empresas públicas» urbanas, debido a la cantidad de recursos humanos y financieros empleados y gestionados.¹⁵

¹³ Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, p. 193.

¹⁴ Albin, Giuliana y Gazzini, Marina, «Materiali per la storia dell'Ospedale Maggiore di Milano», *op. cit.*, pp. 149-542, docc. nn. 1232, 2485, 2708, 1155. Por lo que se refiere a la compra de 195 «*pellucciotti*» para los niños, entre 1470 y 1472, véanse docc. nn. 1156, 1158, 1252.

¹⁵ En el caso de Barcelona lo confirmaría el estudio de Manuel Sánchez, quien a través de la comparación de los presupuestos del año 1430 demostró que el del hospital representaba el 11,3% del presupuesto vigente de la ciudad, porcentaje que aumentaría al 18% en la revisión de aquel presupuesto en 1436; *cf.* Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, p. 206.

GASTOS DE VIAJE

Una parte del avituallamiento de alimentos, tejidos, materiales de construcción o leña para la cocina y la calefacción provenían de campos, bosques y granjas propiedad del hospital, en su mayoría dominios alejados de la ciudad. Aunque la disponibilidad de estos recursos supusiera un ahorro importante para los hospitales generales el desplazamiento implicaba determinadas expensas. Una vez transportadas las vituallas y el resto de enseres en carretas se guardaban en los almacenes del hospital, desde donde se repartían y entregaban a los hospitales menores urbanos. La labor la ejercía o bien el personal interno del hospital, o bien personal ajeno contratado. Por supuesto, no solo los bienes de consumo viajaban, también lo hacían los recaudadores de limosnas y los administradores del hospital, quienes inspeccionaban periódicamente las fincas urbanas y rurales del ente asistencial o solicitaban privilegios e indulgencias a reyes y pontífices.¹⁶

LIMOSNAS, DOTES Y OTRAS AYUDAS

Otra importante función del hospital renacentista fue la distribución diaria o semanal de subsidios monetarios a los pobres e indigentes de la ciudad, un gasto que podía variar mucho, según los años y las sucesivas crisis económicas. Además, el hospital financiaba las dotes de todas las niñas que había acogido (*filie hospitalis, exposite*) y que, una vez doncellas, necesitaban la ayuda para contraer matrimonio. En cambio, a algunos niños el centro les ofrecía la oportunidad de aprender a leer, escribir y hacer cuentas, mientras que a los demás los insertaba en el mundo laboral a través de contratos de aprendizaje y, en los casos más afortunados, una ayuda económica para costear un pequeño taller artesanal, una tienda, un negocio o cualquier otra actividad profesional.¹⁷

¹⁶ Sobre la gestión de las propiedades urbanas y rurales y el avituallamiento diario del hospital napolitano *cf.* Colesanti, Gemma y Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», *op. cit.*, pp. 320-323; mientras que, sobre los viajes a Roma de los administradores del hospital milanés para pedir indulgencias a los pontífices, *cf.* Albini, Giuliana, «L'economia della carità e del perdono...», *op. cit.*, pp. 181-182.

¹⁷ Las dotes para las niñas y los contratos de aprendizajes de los niños están analizados en los ensayos publicados en Rossi, M.^a Chiara y Garbellotti, Marina (coord.), *Adoption and Fosterage Practices in Late Medieval and Modern Age*, Roma, Viella 2015; para una comparación entre Barcelona y Nápoles *cf.* Marino, Salvatore «Pratiche di adozione e affidamento

GASTOS DERIVADOS POR HERENCIAS Y LEGADOS

Las herencias y los legados testamentarios *ad pias causas* representaban unos importantes ingresos para el hospital, pero a la vez podían generar determinados gastos. Solían existir gravámenes monetarios o compromisos relacionados con la sepultura, como la construcción de sepulcros en capillas, o el encargo de misas de aniversario.¹⁸

INVERSIONES INMOBILIARIAS Y FINANCIERAS

La administración de grandes patrimonios financieros e inmobiliarios podía revelarse para los hospitales tanto de forma positiva como nefasta, según la voluntad y las capacidades de sus administradores. La mala gestión económica de los recursos financieros de la institución podía causar simplemente daños económicos en la sociedad urbana, pero también podía suponer casos más graves de malversación, robo, fraudes y pésimas inversiones financieras e inmobiliarias. Las malas inversiones de los hospitales italianos han sido ya documentadas.¹⁹

MANTENIMIENTO DEL EDIFICIO, REFORMAS ARQUITECTÓNICAS Y OBRAS ARTÍSTICAS

Finalmente, los hospitales debían hacer frente a una serie de gastos para al buen funcionamiento y mantenimiento de los espacios hospitalarios, acometiendo constantemente ampliaciones y reformas corrientes o extraordinarias. La con-

nella Corona d'Aragona. Un'ipotesi di confronto tra Napoli e Barcellona (secoli XIV-XVI)», en Rossi, M. C., Garbellotti, M. y Pellegrini, M. (coord.), *Figli d'elezione. Adozione e affidamento dall'età antica all'età moderna*, Roma, Carocci 2014, pp. 219-242.

¹⁸ Entre 1430-1431, el hospital barcelonés gastó el 8,1% de su presupuesto en las expensas derivadas de legados, *cf.* Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval...», *op. cit.*, pp. 194, 199-200.

¹⁹ Sobre las malas inversiones de los hospitales en los siglos XIV-XVI, para el caso de Milán, *cf.* Gazzini, Marina, «Contare e proteggere le risorse dei poveri...», *op. cit.*, pp. 220-221; para el caso napolitano, *cf.* Marino, Salvatore, *Ospedali e città nel Regno di Napoli*, Florencia, Olschki, 2014, pp. 38-39.

servación y las pequeñas labores de mejora de los edificios representaban un gasto no muy conspicuo, pero constante en los presupuestos anuales. Todo lo contrario suponían las grandes obras, generalmente esporádicas, pero que podían durar decenios. Otro desembolso derivaba de la organización, con frecuencia anual, de fiestas y ceremonias cívico-religiosas, organizadas dentro y fuera del recinto hospitalario, ante la presencia de las autoridades reales, municipales y eclesiásticas. Servían también para distribuir limosnas entre los necesitados pero también para recaudar dinero. Más esporádicas eran las compras de arte sacro y otros elementos decorativos para la iglesia y capillas del hospital.²⁰

Agrupación por posibles partidas de gasto:

Personal asalariado

- Gobierno
- Oficios administrativos, contables y escribanías
- Asistencia sanitaria
- Nodrizas y otro personal dedicado a la asistencia de los expósitos
- Asistencia espiritual
- Recaudadores de limosnas
- Personal doméstico y de servicio

Provisión

- Compra de productos y sustancias alimenticias
- Compra de especias, instrumentos quirúrgicos y sanitarios
- Ropa y calzado para los pobres y los niños abandonados
- Compra o fabricación del mobiliario y de utensilios domésticos
- Iluminación de los espacios hospitalarios y religiosos
- Leña y otro material para la cocina y la calefacción de las habitaciones

²⁰ La bibliografía sobre los patrimonios artísticos de estos tres grandes hospitales en el siglo XV es muy amplia, aquí solo se citarán algunos trabajos recientes que hacen referencias a los gastos para obras arquitectónicas y artísticas y a la organización de fiestas y ceremonias. Castejón, Navitat, *Aproximació a l'estudi de l'hospital de la Santa Creu de Barcelona. Repertori documental del segle XV*, Barcelona, Fundació Noguera, 2007; Conejo, Antoni, «Llum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud». Los Hospitales y la renovada imagen de la ciudad bajo-medieval», en Huguet-Termes, T. *et al.* (coord.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo...*, *op. cit.*, pp. 415-445; Albini, Giuliana, «L'economia della carità e del perdono...», *op. cit.*, pp. 155-188; Gazzini, Marina, «Contare e proteggere le risorse dei poveri...», *op. cit.*, pp. 224, 226, 241.

Gastos de viaje
<ul style="list-style-type: none"> – Transporte de alimentos, animales, y otro material – Viajes de los administradores y recaudadores de limosnas
Limosnas, dotes y otras ayudas
<ul style="list-style-type: none"> – Limosnas a los pobres – Dotes a las expósitass – Educación y el aprendizaje de los expósitass
Gastos derivados por herencias y legados
<ul style="list-style-type: none"> – Funerales y misas de aniversario – Otros gastos administrativos derivados por herencias y legados
Inversiones inmobiliarias y financieras
<ul style="list-style-type: none"> – Compraventa de bienes inmuebles – Prestamos no devueltos – Impuestos sobre la propiedad de algunos bienes
Mantenimiento del edificio, reformas arquitectónicas y obras artísticas
<ul style="list-style-type: none"> – Mantenimiento ordinario de los edificios hospitalarios – Compra de material de construcción – Encargos de obras decorativas y objetos artísticos del hospital, iglesia y capillas – Fiestas, procesiones y otras ceremonias civiles y religiosas

Fig. 1. Tipologías de gastos de los hospitales en el siglo XV.

BIBLIOGRAFIA CONGIUNTA (M. GAZZINI, G. ALBINI E S. MARINO)

- ALBINI, Giuliana, «La ricchezza dell'ordine di S. Giovanni (secoli XII-XIV)», in Esposito, A. e Rehberg, A., (edd.), *Gli ordini ospedalieri tra centro e periferia*, Roma, Viella, 2007, pp. 101-136.
- , «El rostro asistencial de las ciudades: la Italia septentrional entre los siglos XIII y XV», in Huguet-Termes, T. *et al.* (edd.), *Ciudad y hospital en el Occidente Europeo. 1300-1700*, Lleida, Editorial Milenio, 2014, pp. 115-134.
- , «L'economia della carità e del perdono. Questue e indulgenza nella Lombardia bassomedievale», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture*

- e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), pp. 156-189.
- ALBINI, Giuliana e GAZZINI, Marina, «Materiali per la storia dell'Ospedale Maggiore di Milano: le Ordinazioni capitolarie degli anni 1456-1498», *Reti Medievali Rivista*, 12, 1 (2011), pp. 149-542.
- AMMANNATI, Francesco (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantatreesima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013.
- BECK, Patrice, «Le vocabulaire et la rhétorique des comptabilités médiévales. Modèles, innovations, formalisation. Propos d'orientation générale», *Revue d'histoire de comptabilités: le vocabulaire et la rhétorique des comptabilités médiévales, Comptabilité(s)*, 4 (2012) <comptabilites.revues.org/838>.
- BIANCHI, Francesco, «Il governo della carità. L'ospedale di San Francesco e il patriato di Padova nel XV secolo», in Maddalena, C., Rippa Bonati, M. e Silvano, G., (edd.), *Sanità, amministrazione e cura. La ricerca della salute a Padova tra pubblico e privato (sec. XV-XX)*, Milano, Franco Angeli, 2013, pp. 11-45.
- BIANCHI, Francesco e SŁON, Marek «Le riforme ospedaliere del Quattrocento in Italia e nell'Europa centrale», *Ricerche di storia sociale e religiosa*, 69 (2006), pp. 7-45.
- BOUCHERON, Patrick, «È possibile un finanziamento disinteressato? Alcune considerazioni sul finanziamento delle cattedrali nelle città dell'Italia centro-settentrionale alla fine del Medio Evo», *Lo sguardo della storia economica sull'edilizia urbana, Città e storia*, 4, 1 (2009), pp. 27-42.
- CASTEJÓN, Navitat, *Aproximació a l'estudi de l'hospital de la Santa Creu de Barcelona. Repertori documental del segle XV*, Barcelona, Fundació Noguera, 2007.
- CHITTOLINI, Giorgio, «Alle origini delle "grandi aziende" della bassa lombarda. L'agricoltura dell'irriguo fra XV e XVI secolo», *Quaderni storici*, XXXIX (1978), pp. 828-844.
- COLESANTI, Gemma e MARINO, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo medioevo», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), pp. 309-344.
- CONEJO, Antoni, «"Llum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud". Los Hospitales y la renovada imagen de la ciudad bajomedieval», in Huguet-Termes, T. et al. (coord.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 415-445.
- FERRARI, Margherita, «L'Ospedale Maggiore di Milano e l'assistenza ai poveri nella seconda metà del Quattrocento», *Studi di storia medioevale e di diplomatica*, 11 (1990), pp. 257-283.
- FRANK, Thomas, «Confraternite e assistenza», in Gazzini, M. (ed.), *Studi confraternali: orientamenti, problemi, testimonianze*, Firenze, Firenze University Press, 2015, pp. 217-238.
- GAZZINI, Marina, «Confraternite/corporazioni: i volti molteplici della "schola" medievale», in Gazzini, M., *Confraternite e società cittadina nel medioevo italiano*, Bologna, Clueb, 2006, pp. 59-83.

- , «La fraternita come luogo di economia. Osservazioni sulla gestione delle attività e dei beni di ospedali e confraternite nell'Italia tardo-medievale», in Ammannati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013, pp. 261-276.
- , «Contare e proteggere le risorse dei poveri. Numeri e parole nei libri mastri dell'Ospedale Maggiore di Milano», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), pp. 219-247.
- GAZZINI, Marina e OLIVIERI, Antonio (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo Medioevo, Reti Medievali Rivista*, 17/1 (2016), pp. 107-366 <www.rivista.retimedievali.it>.
- GOLDTHWAITE, Richard A., «The Practice and Culture of Accounting in Renaissance Florence», *Enterprise and Society*, 16/3 (2015), pp. 611-647.
- GRECI, Roberto (ed.), *L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma in età medievale*, Bologna, Clueb, 2004.
- GUENZA, Massimo, «La formazione della proprietà fondiaria dell'ospedale Rodolfo Tanzi», in Greci, R. (ed.), *L'ospedale Rodolfo Tanzi di Parma*, Bologna, Clueb, 2004, pp. 137-178.
- MARINO, Salvatore, *Ospedali e città nel Regno di Napoli. Le Annunziate: istituzioni, archivi e fonti (secc. XIV-XIX)*, Firenze, Olschki, 2014.
- , «Pratiche di adozione e affidamento nella Corona d'Aragona. Un'ipotesi di confronto tra Napoli e Barcellona (secoli XIV-XVI)», in Rossi, M.C., Garbellotti, M. e Pellegrini M., (edd.), *Figli d'elezione. Adozione e affidamento dall'età antica all'età moderna*, Roma, Carocci, 2014, pp. 219-242.
- NANNI, Paolo, «L'ultima impresa di Francesco Datini. Progettualità e realizzazione del "Ceppo pe' poveri di Cristo"», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), pp. 281-307.
- PALERMO, Luciano, «Gestione economica e contabilità negli enti assistenziali medievali», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), pp. 113-131.
- PASTORE, Alessandro e GARBELLOTTI, Marina (edd.), *L'uso del denaro: patrimoni e amministrazione nei luoghi pii e negli enti ecclesiastici in Italia: secoli XV-XVIII*, Bologna, Il Mulino, 2001.
- PICCINNI, Gabriella, «Gli ospedali come "imprese" della carità pubblica (Italia, XIII-XV secolo)», in Piccinni, G., *Il banco dell'Ospedale di Santa Maria della Scala e il mercato del denaro nella Siena del Trecento*, Pisa, Pacini, 2012, pp. 15-31.
- , «I modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa alla fine del Medioevo», in Caveró Domínguez, G. (ed.), *Civitas bendita: encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la Ciudad medieval*, León, Universidad de León, 2016, pp. 9-26.
- , «Ospedali, affari e credito prima del Monte di Pietà», in Gazzini, M. e Olivieri, A. (edd.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016), pp. 133-154.

- , «I grandi ospedali urbani dell'Italia medievale: all'origine del welfare», in Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'etad mitjana*, Lleida, Pagès editors, 2017, pp. 139-151.
- PINTO, Giuliano, «Formazione e gestione dei patrimoni fondiari degli istituti assistenziali cittadini (Italia, secolo XIII-XV)», in Ammannati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013, pp. 169-178.
- REHBERG, Andreas, «Nuntii, questuarii, falsarii: l'ospedale di S. Spirito in Sassia e la raccolta delle elemosine nel periodo avignonese», *Mélanges de l'Ecole française de Rome. Moyen Âge*, 115 (2003), pp. 41-132.
- ROSSI, M.^a Chiara e GARBELLOTTI, Marina (edd.), *Adoption and Fosterage Practices in Late Medieval and Modern Age*, Roma, Viella, 2015.
- RUBIO VELA, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, Institució Alfons el Magnànim, 1984.
- TODESCHINI, Giacomo, «Razionalismo e teologia della salvezza nell'economia assistenziale del basso medioevo», in Zamagni, V. (ed.), *Povertà e innovazioni istituzionali dal Medioevo ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 45-54.
- , *I mercanti e il tempio: la società cristiana e il circolo virtuoso della ricchezza fra Medioevo ed età moderna*, Bologna, Il Mulino, 2002.
- , *Ricchezza francescana. Dalla povertà volontaria alla società di mercato*, Bologna, Il Mulino, 2004.
- , *Come giuda. La gente comune e i giochi dell'economia all'inizio dell'epoca moderna*, Bologna, Il Mulino, 2011.
- SALVEMINI, Raffaella, «Operatori economici, operatori sociali: gli enti di assistenza a Napoli in ancien régime», in Zamagni, V. (ed.), *Povertà e innovazioni istituzionali dal Medioevo ad oggi*, Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 294-314.
- SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)», in Hugué-Termes, T. et al. (edd.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo (1300-1700)*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 177-209.
- VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl, «Política hospitalaria en los concejos aragoneses del Cuatrocientos», in Iradiel, P. et al. (edd.), *Identidades Urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, PUZ, 2016, pp. 163-176.
- VINYOLES, Teresa y GONZÁLEZ, Margarita, «Els infants abandonats a les portes de l'Hospital de Barcelona (1426-1439)», in Riu, M. (ed.), *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña Medieval*, vol. II, Barcelona, CSIC, 1982, pp. 191-285.

*AÇERCA DE LA ENFERMEDAT DE TENBLOR
DE LOS MYENBROS E MOLIÇIA: CONSIDERACIONES
MÉDICAS PARA GARCÍA ÁLVAREZ DE TOLEDO
A FINALES DEL SIGLO XV*

FERNANDO SERRANO LARRÁYOZ
Universidad de Alcalá

INTRODUCCIÓN

Hace aproximadamente cuatro lustros Luis García Ballester advirtió de unos textos que recogían algunos consejos médicos para el primer duque de Alba, García Álvarez de Toledo. Textos fechados en torno a 1486 y 1487 –poco antes de su muerte– y redactados por el licenciado Antonio, médico del duque de Bretaña, y durante un tiempo, *del muy yllustre e manífico señor duque de Alva, [y] vezino de la çibdad de Vitoria*.¹ Los escritos, publicados a finales de los años ochenta,² habían pasado desapercibidos hasta ese momento para los investigadores de la medicina medieval.³ En una breve referencia sobre estos documentos García Ballester comprobó que, pese a abordar un tema común, como era el tratamiento de la enfermedad del duque de Alba, no guardaban una estructura única. De hecho estableció tres tipos diferentes de textos según su tipología: el primero corresponde a un *consilium*, redactado a petición del hijo del duque, Gutiérrez Álvarez de Toledo, por aquel entonces maestrescuela de la Universidad de Salamanca; le sigue un *regimen sanitatis*, en el que se abordan aspectos relacionados con el aire y el ambiente, el modo de regir el sueño, recomendaciones para hacer ejercicio y unas concisas referencias sobre cuestiones alimentarias; el

¹ Archivo de la Fundación Casa de Alba (=ADA), c. 62-69, fol. 2r.

² Vaca, Ángel; Bonilla, José A., *Salamanca en la documentación medieval de la Casa de Alba*, Salamanca, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca, 1989, pp. 288-313. Tras la lectura del texto publicado se ha podido comprobar algunos errores en la transcripción, por lo que seguimos la transcripción revisada que ha realizado para mí Erika López Gómez.

³ No así para los estudiosos de la lengua, véase Pensado, José L., «Anotaciones marginales a “Salamanca en la documentación medieval de la Casa de Alba”», *Studia historica. Historia medieval*, 10 (1992), pp. 193-200.

tercer documento corresponde a un verdadero tratado de cocina desde un punto de vista médico, escrito a petición del propio García Álvarez de Toledo.⁴

El lenguaje en que están redactados es el castellano, no en latín como era lo más habitual en este tipo de textos de carácter médico. Esto se debe a la petición del hijo del duque de Alba de un tratamiento en *lengua castellana porque algunos destes señores maestros [médicos] ayan estudiado en otra lengua que la latyna*. La finalidad no era otra que facilitar su comprensión a los médicos judíos que atendían a su padre. El médico del duque de Bretaña cumplió su cometido no sin antes excusarse —*sy mi estilo romançado non fuere commo fuera la lengua latyna o galicana*— por la falta de costumbre en escribir en castellano.⁵ El motivo de utilizar esta última lengua, y no el latín o el francés con los que se desenvuelve con mayor fluidez, viene dado por la obediencia a quien ha solicitado su opinión. Desde un punto de vista cronológico los textos del médico del duque de Alba se enmarcan a finales del siglo XV, periodo de desarrollo de las lenguas vulgares en los tratados científicos. Un hecho estrechamente relacionado con el aumento de personas alfabetizadas poco familiarizadas con las lenguas clásicas pero que necesitaban de estos conocimientos para la autoayuda doméstica o bien debido a su práctica profesional,⁶ como es el caso del colectivo médico judío que atendía

⁴ García Ballester, Luis, *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Barcelona, Península, 2001, pp. 357-360.

⁵ ADA, c. 62-69, fol. 2r.

⁶ Una visión general del tema de la vernacularización de la ciencia durante la Edad Media, en Beaujouan, Guy, *La science en Espagne aux XIVe et XVe siècles*, París, Les Conférences du Palais de la Découverte, 1967, pp. 5-45; y Cifuentes i Comamala, Lluís, «La ciencia en vulgar y las élites laicas de la Edad Media al Renacimiento», en Serrano Larráyo, F. (coord.), [Juan Vallés] *Regalo de la vida humana*, Pamplona-Viena, Gobierno de Navarra-Österreichische Nationalbibliothek, vol. 2, 2008, pp. 123-135. Para el caso concreto del catalán, Cifuentes i Comamala, Lluís, *La ciencia en català a l'Edat Mitjana i el Renaixement*, Barcelona-Palma de Mallorca, Universitat de Barcelona-Universitat de les Illes Balears, 2006 (2ª ed. revisada y ampliada), pp. 25-52. Respecto a la difusión del castellano en la literatura científica, véase Gutiérrez Rodilla, Bertha M., «Los textos romances de medicina en la España del Renacimiento», en García Hourcade, J. L. y Moreno Yuste, J. M. (coords.), *Andrés Laguna: humanismo, ciencia y política en la Europa renacentista. Congreso Internacional, Segovia, 22-26 de noviembre de 1999*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 2001, pp. 529-538. Algunas cuestiones más concretas sobre los recetarios en castellano, aspecto que aquí compete, en Gutiérrez Rodilla, Bertha M., *La esforzada reelaboración del saber. Repertorios médicos de interés lexicográfico anteriores a la imprenta*, San Millán de la Cogolla, Cilengua, 2007, pp. 273-274; y Solomon, Michael, *Fictions of Well-Being. Sickly Readers and Vernacular Medical Writing in Late Medieval and Early Modern Spain*, Philadelphia-Oxford, University of Pennsylvania Press, 2010, pp. 16-70.

al duque, de buena formación pero cuyos conocimientos generalmente eran adquiridos en hebreo. Apuntar que las explicaciones por parte del licenciado Antonio pudieron servir también de excusa ante posibles críticas de colegas de profesión, favorables al uso del latín como lengua de transmisión médica.⁷

La figura de García Álvarez de Toledo estuvo vinculada al despegue político de la Casa de Alba. Personaje de gran ambición, su política estuvo orientada en mantener su poder en un periodo de gran convulsión nobiliaria en Castilla. Unas veces vinculado al bando realista de Enrique IV, otras practicando una neutralidad interesada y otras apoyando a la facción del marques de Villena para integrarse finalmente en el partido del monarca castellano; entre las numerosas mercedes que recibió por su fidelidad al rey fue la concesión, probablemente a finales de 1472 del ducado de Alba. Partidario de la opción de los príncipes Isabel y Fernando participó de manera activa frente al interés de Alfonso V de Portugal por reivindicar los derechos a la corona castellana de su sobrina Juana, lo que no quita para que al poco tiempo de asentados en el trono Isabel y Fernando las relaciones con los nuevos monarcas se volvieran ciertamente tensas hasta su participación, a través de su primogénito, Fadrique de Toledo, en la Guerra de Granada, en torno al año 1484.⁸

El duque de Alba ya tenía por esa fecha una avanzada edad y era fruto de numerosos achaques de salud. La documentación relativa a la organización de su casa recoge los distintos practicantes sanitarios que le atendieron a él y a su entorno a partir del segundo tercio del siglo XV. Hasta 1485 existe un predominio casi absoluto de médicos de origen judío. A partir de esa fecha, en la que ya debía aquejar al duque la larga enfermedad objeto del tratamiento que se aborda en este trabajo,⁹ se empieza a comprobar la presencia de galenos cristia-

⁷ Sobre esto, véase Gutiérrez Rodilla, Bertha M. y Chabás Bergón, José, «El lenguaje científico en los primeros impresos de carácter astronómico y médico en castellano», en Chabás, J., Gaser, R. y Vanin, J. R. (eds.), *Traslating Science. Proceedings 2nd International Conference on Specialized Translation. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 28 February-2 March, 2002*, Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2002, p. 248.

⁸ Calderón Ortega, José M., *El ducado de Alba. La evolución histórica, el gobierno y la hacienda de un estado señorial (siglos XIV-XVI)*, Madrid, Dykinson, 2005, pp. 89-123.

⁹ Algunos de los síntomas de la enfermedad que aquejaba a García Álvarez de Toledo podrían remontarse, al menos, hasta septiembre de 1484, fecha en que su secretario Rodrigo Alcocer y su contador García de Vergas anotan en un documento que *el duque nuestro señor se syente enojado e su señoría está en la cama* (Calderón Ortega, José M., *El ducado de Alba...*, op. cit., p. 529).

nos, como el caso del doctor Negrillo y el aludido licenciado Antonio, profesionales de reconocido prestigio que recibieron ingresos muy elevados en comparación con el resto de médicos que también le trataron.¹⁰

La dolencia de García Álvarez de Toledo, aludida como *temblor de los myembros e molícia o pasyón e temblor e molícia*, es el eje sobre el cual se van a desarrollar los planteamientos sanadores del licenciado Antonio. Un médico de buena fama, requerido expresamente porque aquellos que atendían al enfermo no daban con la solución adecuada, pese a que la enfermedad que aquejaba al duque era conocida. En todo momento la actitud del galeno resulta modesta frente a los médicos que lo atienden personalmente. Parece interesado en evitar cualquier tipo de suspicacias entre sus colegas que son, al fin y al cabo, quienes requieren su opinión.¹¹ En este sentido, al final del *consilium* además de aludir a la gracia divina para que el enfermo recobre la salud también encomienda *a los médicos de su señoría gracia de abrir sus entendimientos para escoger y obrar lo que a su salud conveniente sea*.¹²

UN CONSILIUM PARA GARCÍA ÁLVAREZ DE TOLEDO

Los *consilia* o consejos pertenecen a un género de literatura médica en el que se ofrece asesoría a los destinatarios de las más variadas materias, entre las que pre-

¹⁰ *Ibidem*, p. 268. El licenciado Antonio parece corresponder con Antonio de Tornay (Tournai?), médico de la ciudad de Vitoria desde al menos 1483 hasta mediados de 1493. Tradicionalmente se ha considerado a este personaje un judío converso (Díaz de Durana Ortiz de Urbina, José R., «Judíos y cristianos en Vitoria durante la Edad Media», en *Los judíos*, Vitoria, Fundación Sancho el Sabio, 1992, pp. 202 y 216; González Mínguez, Cesar y Bazán Díaz, Iñaki, «La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición», en Ramos Calvo, P. M. (dir.), *Historia de la medicina en Álava*, Vitoria/Gasteiz, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, 1997, pp. 86-88). No obstante parece ser un error; estudios más recientes ni siquiera lo citan entre los médicos judíos de Vitoria (García Fernández, Ernesto, «Náufragos en el mar de la intolerancia: judíos, conversos y herejes en el País Vasco (Siglos XIV-XV)», en Sabaté, F. (dir.), *L'espai del mal. Reunió científica IX Curs d'Estiu Comtat d'Urgell (Balaguer, 7, 8 i 9 de juliol de 2004)*, Lleida, Pagés, 2005, pp. 47-86). Su condición de licenciado implica su paso por las aulas universitarias, algo poco probable sino imposible para un judío o un converso. ¿Pudiera ser este licenciado Antonio quien en 1498, ya como vecino de Bilbao, y junto al médico Martín de Vitoria, vecino de Vitoria, denunciaron a Jerónimo de Cartagena (rabí Vidal), médico de Bilbao, como falso converso? (García Fernández, Ernesto, «Náufragos en el mar...», *op. cit.*, p. 74).

¹¹ ADA, c. 62-69, fol. 2; ADA, c. 62-69, fol. 6r.

¹² *Ibidem*, fol. 5v. Del mismo modo, al inicio del régimen de sanidad vuelve a alabar a los *letrados médicos* del duque sometiéndose a su corrección (*Ibidem*, fol. 6r.).

dominan desde aspectos estrictamente terapéuticos hasta aquellos de clara intención diagnóstica. El documento estudiado responde a un conjunto de consejos plenamente personalizados. En general este tipo de textos suelen estar redactados según el modelo epistolar y divididos en tres secciones: la primera el *casus*, donde el médico trata la enfermedad de un paciente en particular; a veces se ofrecen algunos detalles, la descripción más o menos extensa del doliente y en ocasiones los síntomas de la dolencia y la identificación de las causas. La segunda, la *dieta*, incluye sugerencias para el régimen apropiado del convaleciente, no centrándose tanto en la dieta en sentido estricto sino en el estilo de vida más adecuado basado en el uso correcto de las seis *res non naturales*,¹³ para terminar con la *cura* basada en una farmacopea particular.¹⁴ En este caso, a petición de los médicos que atendían al duque de Alba, se requieren al licenciado Antonio sus opiniones y métodos para atender al enfermo. No obstante, con posterioridad, por propio deseo, no dudó en enviar un régimen de salud con el fin de complementar su escrito inicial.¹⁵

Los tratamientos de la enfermedad del duque de Alba, manifestada por los temblores y la poca fuerza –*moliçia*– de sus miembros, son divididos a partir de dos pautas a seguir claramente diferenciadas: una de carácter externa o –*de fuera*– y otra interna.¹⁶ En la primera de ellas el médico del duque se hace eco de los planteamientos de Johannitius (Juaniçio) acerca de los beneficios

¹³ Factores agrupados en seis unidades (aire y ambiente, comida y bebida, sueño y vigilia, movimiento y reposo, excreciones y secreciones, y accidentes o movimientos del alma) que aunque no constituían la naturaleza individual de cada persona, como las *res naturales*, contribuían a un mejor mantenimiento de la salud.

¹⁴ Crisciani, Chiara, «Consilia, responsi, consulti: i pareri del medico tra insegnamento e professione», en Casagrande, C., Crisciani, C. y Vecchio, S. (eds.), *Consilium: teorie e pratiche del consigliare nella cultura medievale*, Florencia, SISMEL-Edizioni del Galluzzo, 2004, p. 263; y Nicoud, Marilyn, *Les régimes de santé au Moyen Âge. Naissance et diffusion d'une écriture médicale (XIIIe-XVe siècle)*, Roma, École Française de Rome, vol. 1, 2007, pp. 314-315. Respecto a la definición y la evolución del género de los *consilia* medievales, véase Agrimi, Jole y Crisciani, Chiara, *Les consilia médicaux*, Turnhout, Brepols, 1994. Más reciente, en la misma línea que el trabajo anterior, para el periodo medieval y renacentista, véase Laín Entralgo, Pedro, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Tricastela, 1998 (3.^a ed.), pp. 68-136.

¹⁵ García Ballester, Luis, *La búsqueda de la salud...*, *op. cit.* p. 357. Parece que el licenciado Antonio visitó personalmente al enfermo, aunque la redacción de la mayor parte de los textos debió de hacerla en Vitoria. No resulta infrecuente durante el siglo XV la redacción de textos *in absentia* (Agrimi, Jole y Crisciani, Chiara, *Les consilia...*, *op. cit.*, pp. 57-58).

¹⁶ ADA, c. 62-69, fol. 4v.

del baño¹⁷ y aconseja la utilización de *baños secos, syn agua*, es decir, baños de estufa seca. Para finales del siglo XV la doctrina médica hipocrático-galénica ya había introducido hacía tiempo la cultura del baño, poniendo el énfasis en sus propiedades evacuantes y en su uso preventivo y terapéutico,¹⁸ conviviendo los baños de estufa seca (o de calor seco) o húmeda (o de vapor) con los de agua, tanto fríos como calientes. El autor del *consilium* recurre al *evangelista Mesué* como autoridad al recomendar que los enfermos deben sudar tras ser cubiertos con arena y ceniza calientes.¹⁹

¹⁷ *La Isagoge ad Tegni Galieni* (o *Isagoge Johannitii*) es una adaptación latina, probablemente efectuada por Constantino el Africano (m. c. 1087), de la introducción de Hunayn ibn Ishāq (Johannitius) al *Tegni* o *Ars medica* de Galeno (*Masāʿil fī l-Aibb li-l-mutaʿallimīn* o '*Cuestiones sobre la medicina para estudiantes*'), edición en Maurach, Gregor, «Johannicius, Isagoge ad Techne Galieni», *Sudhoffs Archiv*, 62/2, 1978, pp. 148-174. Las acciones del baño se sintetizan al final de la 'tercera partícula' (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», en García Ballester, L. et al. (eds.), [Arnaldi de Villanova] *Regimen sanitatis ad regem Aragonum*, en García Ballester, L. et al. (eds.), *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, Vol. X.1, Barcelona, Universitat de Barcelona-Fundació Noguera, 1996, pp. 493 y 636). La recomendación de los baños secos por parte de medico del duque de Alba y la cita de autores que realiza pretende ir de lo general (la *Isagoge* es un resumen de la medicina muy general y muy valorado por los estudiantes y por los extrauniversitarios, médicos y profanos) a lo particular. Otra edición al castellano actual pero a partir de ediciones impresas renacentistas, en Gracia, Diego y Vidal, José L., «La *Isagoge* de Johannitius: introducción, edición, traducción y notas», *Asclepio*, 26-27 (1974-1975), pp. 267-382.

¹⁸ Cifuentes, Lluís y Carré, Antònia, «Práctica social, saber médico y reflejo literario de la cultura del baño en el contexto catalán medieval», *Anuario de Estudios Medievales*, 39/1 (2009), p. 210.

¹⁹ ADA, c. 62-69, fol. 2v. En Occidente latino circuló, a partir del siglo XIII, una compilación de farmacología práctica (*Opera*) a nombre de Mesué ('Eben Mesué' o 'Johannes Mesué'), que no puede atribuirse al autor nestoriano del siglo VIII-IX Yuhanna ibn Māsawaih porque se citan autores posteriores, como Al-Razi (c. 864 - c. 925), Ibn Sina/Avicena (c. 980 a 1037) o Ibn al-azzār (c. 898 - c. 980). León el Africano (*Libellus de viris quibusdam illustribus apud Arabes*, Roma, 1527) publicó una detallada biografía ('Mesuach'), en la que lo hace originario de la ciudad de Mardin (Sureste de la actual Turquía), y dice que se habría formado en Bagdad y habría servido el califa fatimí de El Cairo al-Hakim hasta su muerte, en 1016. Esta biografía, que actualmente se tiene por fantasmiosa, ha conducido a algunos historiadores a dar vida a un pretendido Māsawaih al-Mārdīnī o Mesué el Joven. Por otra parte, uno y otro eran confundidos a veces con el autor eclesiástico Juan de Damasco (Johannes Damascenus), de los siglos VII-VIII. La obra es un tratado de farmacología organizado, que sigue el modelo del *Canon de medicina* de Ibn Sina. Contiene una introducción a la farmacología (*Canones universales*), un *Antidotarium* (o *medicinarum universalium*) muy extenso (571 fórmulas) y una sección sobre la terapéutica medicamentosa de las enfermedades desde la cabeza hasta los pies (*Practica* o *Grabadin medicinarum particularium*), partes a las que a menudo se añade la obra de al-

La propuesta de baños de calor seco para tratar algunas enfermedades no resulta infrecuente en la literatura médica medieval. En este caso concreto se ordena construir una estufa artificial en el lugar que más convenga al enfermo para hacerle sudar. Mandato en consonancia con los sugeridos por otros tratados.²⁰ El autor recurre a Jacques Despars (Jacobus de Partibus) para avalar el uso de este tipo de baños, muy favorables *por la retardança de la senitud y confortamiento de los miembros ynteriores y exteriores*.²¹ En época de frío y humedad se permite al enfermo atemperar el calor de la estancia. Planteamiento afín con el discurso de Jacques Despars, que se queja del contraste existente entre donde se realiza el baño y el resto de habitaciones. Según este último el paso de las habitaciones frías, donde se desnuda el paciente, a la estufa y a la inversa, una vez finalizado el baño, provoca más problemas que soluciones.²²

La sequedad y el calor proporcionado por la estufa seca buscan abrir los poros del paciente con el fin de consumir *parte de la materia reumática*. El enfermo debe sudar cuanto más pueda *porque la sola yntençión es escalentar y desecar*. Probablemente estos planteamientos tengan que ver con el propósito de reducir la masa corporal del enfermo, es decir, la denominada *materia reumática*,²³ con el fin de evitar los temblores que sufre el paciente. La necesidad de iniciar el tratamiento una vez que el enfermo evacue las superfluidades²⁴ y la posibilidad de

Kindī, *De gradibus*, y unas indicaciones de metrología farmacéutica. En las fuentes medievales, *Antidotarium* y *Grabadin* son denominaciones que también designan todo el conjunto. Al desarrollarse la botica, la obra, concebida para los médicos y comentada por destacados maestros universitarios, alcanzó un gran éxito entre los boticarios (que llamaron ‘divino’ y ‘evangelista de los boticarios’ al anónimo autor) (Sciència.cat DB nom1088 <<http://www.sciencia.cat/db/cercador.htm?nom=1088>> [consulta: 23/09/2016]).

²⁰ Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 633-636.

²¹ ADA, c. 62-69, fol. 3r. Sobre las referencias que Jacques Despars hace de las estructuras de las estufas y de la utilización de este tipo de baños en su comentario al *Canon* de Avicena, acabado en 1453, véase Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 634-635. Sobre su persona, obra y trayectoria profesional, véase Jacquart, Danielle, «Le regard d'un médecin sur son temps: Jacques Despars (1380?-1458)», *Bibliothèque de l'École des Chartes*, 138/1 (1980), pp. 35-86.

²² Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 634.

²³ ADA, c. 62-69, fol. 2v.

²⁴ La expulsión de los desechos procedentes de las tres digestiones era necesaria para que el sujeto se mantuviera sano. Las heces, procedentes de la primera digestión; la orina, de la segunda; y el sudor, lágrimas de los ojos, mocos de las narices y esputos, entre otros, de la tercera debían eliminarse a diario (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 754-760).

utilizar *fricaciones y aplicaciones convenientes*²⁵ fueron medidas utilizadas, según algunos tratadistas médicos, para lograr una reducción de peso de los enfermos.²⁶

En caso de que el método de la estufa seca no fuera suficiente para aliviar al enfermo se propone *husar por otra manera más exçesyba (...) que es por vía evaporatoria», es decir, mediante estufa húmeda o baño de vapor.* En un lugar preparado a tal efecto se debía disponer un agujero de *longor y latitud conveniente y en profunditat de una mano* en el que quemar una gran cantidad de huesos. Una vez calcinados los huesos debían rociarse con vino para enfriarlos. Sobre ellos había que colocar distintas hierbas –ruda, salvia, hierba de parálisis, romero y otras yerbas que tengan propiedad–,²⁷ extenderlo todo y cubrirlo con una sábana. El enfermo debía tumbarse vestido sobre dicha sábana y esperar a sudar.²⁸

El tratamiento del vapor había que complementarlo con masajes en los que aplicar licores y bálsamos artificiales *destilados por modo filosofal*,²⁹ es decir, obtenidos a través de la práctica alquímica. El médico del duque alude al *Liber de turba [philosophorum]*, un conocido tratado alquímico,³⁰ como referencia del *licor más ygnea, que pone Hermes [Trismegisto]*.³¹ Su base es la trementina, aceites de euforbio y ruda, azufre, amoniaco y bedelio, todo mezclado y fermentado. De este libro y de *otros sabios filósofos* el licenciado Antonio afirma que el pseudo-Mesué extrajo la manera de preparar el *olio de los filósofos*, llamado también *olio venedito* u *olyo santo*. Para elaborar este aceite recomienda utilizar fragmentos no muy grandes de tejas y ponerlos en el fuego hasta que estén al rojo vivo. Posteriormente hay que introducirlos en aceite muy viejo para enfriarlos. Una prác-

²⁵ ADA, c. 62-69, fol. 3r. La principal utilidad de los masajes, friegas o fricciones responde a su capacidad de eliminar los residuos de la tercera digestión. Estaban indicados para aquellos enfermos de cuerpo débil (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 626-628). Los propuestos por el licenciado Antonio responderían a los denominados masajes suaves con el fin de expulsar las superfluidades acompañados de aceites para mitigar los posibles dolores.

²⁶ *Ibidem*, p. 640.

²⁷ ADA, c. 62-69, fol. 3r.

²⁸ A través de los poros no solo se expulsaba el sudor sino también una serie de «vapores imperceptibles» según afirma Maino de Maineri en el siglo XIV. En algunas fuentes se alude al «vapor de humo» del cual se generan los pelos. De un humo más grueso y terrestre se producen las uñas (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 757-758).

²⁹ ADA, c. 62-69, fol. 3r.

³⁰ Plessner, Martin, «The Place of the *Turba Philosophorum* in the Development of Alchemy», *Isis*, 45/4 (1954), pp. 331-338.

³¹ ADA, c. 62-69, fol. 4r.

tica que hay que realizar tres o cuatro veces antes de pulverizar los trozos y *por majysterio* sacar el licor y aceite.³²

Otro remedio que formula es el llamado bálsamo de filósofos, compuesto por gomas sin especificar, amoniaco, serapino, bedelio, goma de hiedra, goma arábica, trementina y aguardiente. Esta última elaborada con hierba de parálisis, salvia, granos y madero de bálsamo, azafrán, mirra, incienso y goma de ruda, en distintas cantidades. Los ingredientes solidos deben pulverizarse y mezclarse con los líquidos en vasos de vidrio, dejarlos fermentar y por último destilar. Se aconseja añadir a la preparación media libra de miel y seis onzas de estoraque líquido. Otro bálsamo, este de su invención, se prepara añadiendo a la receta anterior lináloe, sándalos blancos, rojos y cetrinos, cubeba, cedoaria, galanga, ruda, flor de romero y salvia. Una vez conseguida la fermentación, como en el ejemplo anterior, el producto final debe destilarse.³³

Otra aplicación externa que el médico del duque da por buena es la procedente del *capítulo de la perlesya*, de Guy de Chauliac. Un bálsamo *mucho maravylloso y por él muy loado y por my muchas vezes experimentado* compuesto de mirra, aloes hepáticos, espicanardo, sangre de dragón, incienso, mumia, opopónaco, bedelio, carpobálsamo, *syloválsamo açáfico*, goma arábica, almástiga, goma de hiedra, estoraque líquido, estoraque rojo, musco fino y trementina. Con una pequeña cantidad de aguardiente se disuelve la trementina y se incorporan el resto de elementos, dejándose fermentar, para después destilar *fasta que reçiba ynpresyón ygnea sotil y penetrable*.³⁴

³² *Ibidem*, fol. 4r. En el *Vergel de señores*, manuscrito fechado a finales del siglo XV, el capítulo XL del segundo libro hace referencia a la receta del *azeite de ladrillos o filósofos ques bálsamo artificial* (Biblioteca Nacional de España=BNE, Ms. 8565, fols. 109-110r). Algo más tardía, de mediados del XVI, es la versión de Juan Vallés, que en el capítulo LV del libro tercero de su *Regalo de la vida humana* recoge: *Cómo se haze el azeite de ladrillos o de filósofos* (Vallés, Juan, *Regalo de la vida humana. Estudios y transcripción*, en Serrano Larráyo, F. (coord.), Pamplona-Viena, Gobierno de Navarra-Österreichische Nationalbibliothek, vol. 2, 2008, pp. 416-417). En ambos manuscritos se confirman las tres denominaciones que el licenciado Antonio utiliza para referirse al mencionado aceite.

³³ ADA, c. 62-69, fol. 4r.

³⁴ *Ibidem*, fol. 3v. En la versión editada por Edouard Nicaise se recoge: *myrre eslite, aloës hepatic, spicanard, sang dragon, encens, mumie, opopanax, bdellion, carpobalsame, saffran, mastic, gomme arabique, stirax íquide, stirax rouge, de cahcun deux drachmes et demie: musc, demy drachme: threbentine, au poix tout le reste* (*Le Grande Chirurgie de Guy de Chauliac...*, París, 1890, p. 223).

Por lo que respecta a las pautas internas, el licenciado Antonio aconseja la elaboración de un electuario, a tomar por la mañana y por la noche, atribuido a Jacques Despars *en su práctica*,³⁵ al que añade algunos ingredientes de su cosecha. Los componentes son variados: raíz de ácoro, flor de esticados, canela, galanga, lináloe, clavos de giroflé, ciperó, jengibre, nuez moscada, espodio, pimienta blanca y negra, rubíes, jacintos granates, coral rojo, seda cruda quemada, almizcle fino y rosas secas entre otros. Ingredientes que deben ser pulverizados para formar, junto con jarabe de raíz de ácoro y flor de esticados, un electuario en forma de tableta y con tonalidades doradas. Para lograr esa coloración hay que añadir a la preparación pan de oro y plata. Existe, no obstante, la posibilidad de probar esta elaboración en opiata. Otro de los tratamientos propuestos es un purgante hecho a la *manera de dátyles dorados*.³⁶ Los ingredientes que lo componen son: trementina, higos gruesos, cártamo, agárico fino, azúcar y penidie. En caso de quedar escasa la cantidad preparada se propone incluir agárico y jengibre. Una elaboración esta última recomendada para *las pasyones de los nervios*.³⁷

El interés del licenciado Antonio por la alquimia y los medicamentos elaborados con las *quintas esençias* no pasa desapercibido. Su conocimiento de los tratados, reales o atribuidos, de Hermes Trismegisto, de Moriano, del pseudo Arnau *libro de sus vytas*,³⁸ de Ramón Llull o de Juanes Osportalis,³⁹ que alaban las virtudes de la *quinta exsençia de la çeledonia e de su oro potable, que más es divino que non umano*⁴⁰ resulta evidente. No obstante, debido a su complicada

³⁵ Hace referencia a la obra *Expositio interlinearis in practicam Alex Tralliani*.

³⁶ ADA, c. 62-69, fol. 4v.

³⁷ *Ibidem*, fol. 5r. Las alteraciones de los nervios tenían como origen desencadenante según el *Commentum super Regimen sanitatis Salernitanum*, la manifestación de un exceso de humedades que provocaba su flojedad, haciéndolos poco aptos para la transmisión de los espíritus animales hacia los miembros (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 743).

³⁸ ADA, c. 62-69, fol. 5r. Se refiere al *De vita philosophorum*, que trata de la revelación del elixir como remedio universal de fabricación alquímica capaz de restablecer el equilibrio de la complejión humana (Arnau DB. Corpus digital d'Arnau de Vilanova <<http://grupsderecerca.uab.cat/arnau/es/arnaudb>> [consulta: 28/09/2016]). Sobre este y otros tratados semejantes, Crisciani, Chiara, «Elixir di lunga vita (secoli XIV e XV)», *Aion (filol)*, 36 (2014), p. 84.

³⁹ ¿Johannes de Rupescissa (Juan de Rocatalhada, en francés Jean de Roquetaillade)? Los dos principales tratados sobre la quinta esencia del vino son los de Rupescissa y el del pseudo-Ramon Llull, uno fuente del otro (Cifuentes i Comamala, Lluís, *La ciencia en català...*, *op. cit.*, pp. 246-249).

⁴⁰ El elixir de la vida u oro potable era considerado por los alquimistas como la panacea universal. Un manuscrito castellano del siglo XV recoge: *como tu deues fazer el verdadero oro potable, aquel que se guaresçe todas enfermedades et tiene los cuerpos en prosperidad... el quoyal en*

elaboración, su larga preparación y no poder permanecer por mucho tiempo en Alba de Tormes, lugar donde atiende al duque, se compromete a dar su parecer y el modo de prepararla a sus médicos, *sy a ellos tal pareçiere se debe hazer*.⁴¹

Finaliza el *consilium* sin tratar las *seys cosas no naturales*, aunque más adelante no dudará en elaborar un régimen de salud complementario. No olvida rogar a los médicos del duque que si la terapia que ha propuesto fallara en algo o surgieran dudas sobre su práctica *lo quieran poner en escrito para satisfazer a sus yntençiones*.⁴²

*Y PORQUE NON QUEDE DESNUDA ESA MI HABLA E PROMESA, AQUÍ,
SEÑOR PRESENTO A VUESTRA REVERENÇIA EN BREVE ESCRIPTURA:
EL REGIMEN SANITATIS*

Desconozco cuanto tiempo tardó el licenciado Antonio en enviar su régimen de sanidad al duque, pero no debió pasar mucho tiempo. Estructurado según las pautas ya aludidas de las seis *res non naturales* quedan reflejados los aspectos relacionados con el aire y el ambiente en el que debe desenvolverse el enfermo, el modo de cómo debe regir el sueño, cuestiones destinadas al ejercicio físico y algunas recomendaciones generales sobre la comida y la bebida.⁴³

Según la doctrina hipocrático-galénica el aire ejercía, por un lado, la refrigeración del calor innato, imposibilitando que se consumiera la humedad radical esencial para mantener la vida;⁴⁴ y la purificación, por otro, al despejar los humos

un momento guaresçe todos dolores et todas dolencias, Deo gracias (BNE, Ms. 10163, fols. 3 v-8r).

⁴¹ ADA, c. 62-69, fol. 5r. Luis García Ballester considera que la alusión a la alquimia en un escrito tan personalizado indica cierto grado de complicidad entre el licenciado Antonio y quienes rodeaban al duque de Alba, como familiares, médicos (judíos y cristianos) e incluso el propio enfermo (García Ballester, Luis, *La búsqueda de la salud...*, *op. cit.*, p. 358). Este autor apunta un posible origen italiano del médico del duque de Alba, pero, según lo visto hasta el momento, parece confirmarse su procedencia francesa.

⁴² ADA, c. 62-69, fol. 5.

⁴³ García Ballester, Luis, *La búsqueda de la salud...*, *op. cit.*, p. 358.

⁴⁴ El concepto de *humiditas* está asociado al proceso de envejecimiento. Avicena explica este proceso por una combustión del calor natural y por la capacidad de restaurar la «humedad radical». La proporción de calor y de humedad determina la duración de la vida y la llegada de la muerte. Existen un total de tres humedades en el cuerpo, una denominada *continuans*, otra *nutrimentale* y la tercera *radical* (Nicoud, Marilyn, *Les régimes de santé au Moyen Âge...*, *op. cit.*, p. 192). La concepción de una *humiditas* particular, asociada a la generación de lí-

producidos en las combustiones fisiológicas.⁴⁵ Así, se recomienda que el aire que respira el enfermo sea templado, tendente a cierta sequedad en épocas de calor, con el fin de no quitarle *la virtud penetratyva a los miembros*.⁴⁶ Del mismo modo, el paciente debe evitar el aire *nubloso y grueso y úmido, commo lluvia y semejable*. En estos casos se le aconseja quedarse en casa junto a una hoguera, en la que deben arder maderas, si las hay, de enebro y romero; también se ofrece la posibilidad de utilizar leña de espliego, de sarmientos o de laurel.⁴⁷

El uso de perfumes resulta corriente en los tratados de salud medievales. En este caso se sugiere utilizarlos dependiendo de la estación del año (verano o invierno),⁴⁸ aunque no queda clara la diferencia. Propone elaborar trociscos con incienso, cortezas de cidra, canela, rosas, sándalos cetrinos, macis, nuez moscada, clavos de giroflé, lináloe, ámbar, almizcle y trementina. Una vez preparados, de un grosor como piñones, deben colocarse tres o cuatro de ellos sobre brasas o cenizas calientes. El uso de estos perfumes queda recomendado a los momentos en que el duque se viste, guarda cama por la enfermedad o se va a trasladar a sus aposentos. En este último caso, antes que la habitación sea ocupada, se ordena cerrar las puertas y ventanas para realizar, por las tardes, las *sufumigaciones*.⁴⁹

quidos, que aparecen en el cuerpo a través del semen, procede del *Canon* de Avicena. Un estudio reciente sobre la humedad radical, en Criscinai, Chiara y Ferrari, Giovanna, «Estudi introductorii», en McVaugh, M. R., Crisciani, C. y Ferrari, G. (eds.), [Arnaldi de Villanova] *Tractatus de humido radicali*, en McVaugh, M. R., Crisciani, C. y Ferrari, G. (eds.), *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, vol. 2, Barcelona, Universitat de Barcelona-Fundació Noguera, 2011, pp. 15-265.

⁴⁵ Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 572.

⁴⁶ ADA, c. 62-69, fol. 6r. El aire frío como el excesivamente caliente eran considerados dañinos para el organismo (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 580). Se aconseja incluso que la ventana de la habitación (cámara) del duque se oriente *al oriente, sy ser podiere; y quando esto non fuere, sea a medio día* (ADA, c. 62-69, fol. 6r). La orientación de las ventanas resultaba vital para la aireación de las casas. En general, los tratados aconsejan que por la mañana se abran las que miran hacia levante, mientras que por las tardes las que miran hacia el oeste. La finalidad era que los rayos del sol entraran en las habitaciones y renovaran el aire temperándolo (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 583).

⁴⁷ ADA, c. 62-69, fol. 6. La práctica de quemar en el fuego algunas sustancias para reducir las cualidades frías del aire era habitual (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 580).

⁴⁸ No son iguales las precauciones a tomar en las distintas estaciones del año. Así, el calor del verano hace que los cuerpos se vuelvan más calientes y secos de lo que son en primavera o invierno debido a la temperatura que se generan en el aire. De hecho, cada régimen depende principalmente de la complejión del cuerpo del paciente variando con las estaciones (*Ibidem*, p. 590).

⁴⁹ ADA, c. 62-69, fol. 6v.

En otro orden de cosas se recomienda al duque no residir mucho tiempo en casas nuevas, a las que se les atribuye una excesiva humedad.⁵⁰

El aire recomendado por los médicos es, en general, aquel en que no predomina ninguna de las cuatro cualidades complejionales: humedad, sequedad, frialdad y calor. Son los vientos de dirección norte-este los considerados más sanos, pero hay excepciones, como cuando hacia el norte se encuentra el mar o alguna zona lacustre.⁵¹ En nuestro caso concreto se aconseja al duque guardarse del viento boreal si procede de la parte austral. Termina recomendado al enfermo que se guarde *de non estar debaxo de los rayos de la luna*. Entiendo que se refiere a evitar quedarse por la noche a la intemperie.⁵²

En el apartado dedicado al sueño el licenciado Antonio aconseja al enfermo que duerma al menos siete horas. Consideración que viene dada por los síntomas clínicos de su paciente, puesto que tras ese periodo de descanso *la vigilia mucho resuelve de los espíritus*. En caso de no poder conciliar el sueño el duque debe permanecer en la cama buscando cualquier tipo de entretenimiento.⁵³ El momento más conveniente para dormir es por la noche, al menos dos horas después de haber ingerido alimento, pero si no puede hacerlo debe intentarlo de día en lugar oscuro, esperando también dos horas desde la última comida. Se aconseja al enfermo que duerma cubierto, con la cabeza un poco en alto, y en tiempo frío se le apliquen en los pies paños calentados con el fuego procedente de la hoguera preparada con las maderas aludidas anteriormente para purificar el aire. Basándose en la filosofía natural de raíz aristotélica el médico considera que estas aplicaciones favorecían la digestión.⁵⁴

⁵⁰ La prevención sobre las casas recién construidas está presente en los tratados de Maino de Maineri, Gerardo de Solo y Ángel de Aquila. La humedad cercana a los lugares de habitación también es rechazada por algunos tratadistas (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 591).

⁵¹ *Ibidem*, pp. 575-578.

⁵² ADA, c. 62-69, fol. 6v. Los regímenes de salud desaconsejan dormir con luz, especialmente con la diurna (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 741). Era creencia que los rayos de la luna llena atraían a los líquidos.

⁵³ La alusión a cualquier tipo de entretenimiento para conciliar el sueño hace referencia a la sexta cosa no natural del galenismo, que son los accidentes del alma, las emociones. Los regímenes de salud aconsejan, como en el de Barnaba de Regio, frotar el cuerpo y las extremidades suavemente y aplicar lociones de compuestos fríos o bañarse (*Ibidem*, pp. 752 y 803-827).

⁵⁴ El consejo de dormir con la cabeza algo elevada es citado en la mayoría de textos higiénicos estudiados. El motivo era el miedo a posibles regurgitaciones que dañaran el estómago (*Ibidem*, p. 747).

Se recomienda, siguiendo a Avicena *en sus cántycas*,⁵⁵ un uso moderado del sueño ya que el exceso *retyene las [ev]acuaciones de las superfluydades e a los cuerpos ometese (humedece)*.⁵⁶ De hecho, las superfluydades producidas de la digestión debían dirigirse hacia las partes inferiores del cuerpo, no a la cabeza.⁵⁷ Los textos que sirven para justificar esta decisión proceden de Galeno, *en el segundo del rregimiento de las agudas*⁵⁸ y de *la trezena fen, capítulo del asma* de Avicena.⁵⁹ Una vez despierto el paciente se le recomienda el uso de friegas en los pies y pantorrillas, de rodillas abajo, con paños calientes perfumados. De hecho, los masajes propuestos en el *consilium* anteriormente descrito, están recomendados para abrir las porosidades de los miembros y endurecerlos.⁶⁰

La práctica del ejercicio fue un aspecto fundamental en los tratados para conservar la salud. El licenciado Antonio alude a una cita de Bernardo de Gordon (Gordonio) *en su tratado de regimiento de la sanidad* como ejemplo de la importancia de esta rutina:

el exercicio es de la umana vida conservación, de calor natural livera, e esytación de natura durmiente, e aguijón suyo. De todas superfluydades consumiento, de los mienbros conso-

⁵⁵ Hace referencia a su *Cántica* o *Poema didáctico sobre Medicina*, un resumen en verso del *Canon*, traducido al latín por Armengol Blasi a finales del siglo XIII. Respecto a la finalidad didáctica de esta obra para la enseñanza de la medicina y su traducción latina, véase Coullaut Cordero, Jaime y Vázquez de Benito, Concepción, «Un ejemplo de literalismo en las traducciones científicas medievales: la traducción latina del *Poema de medicina* de Avicena», *Helmantica: revista de filología clásica y hebrea*, 65/194, 2014, pp. 111-121.

⁵⁶ ADA, c. 62-69, fol. 7r.

⁵⁷ Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 747.

⁵⁸ ADA, c. 62-69, fol. 7r. Al final del libro II del *Regimen acutorum* (texto 54 en la versión del *Articella* de 1523), Hipócrates trata del efecto de la vigilia en la digestión y también se hace referencia al comentario de Galeno. En ese pasaje se alude sobre el efecto del sueño sobre la digestión: *de aptitudine vero somni est ut digerat et humectet loca intrinseca corporis et prohibet spiritum et quod currit in corpori a motu. Et propter hoc oportet ut multiplicentur in corpore eius qui dormit somno multo plus quam fuit consuetudo superfluitatis vaporose quare fit eius corpus per illam causam mollificatum sicut illud quod coquitur (Articella nouissime per... Hieronymum de Saliis Fauentinum...*, Venecia, 1523, texto 54, fol. 20r).

⁵⁹ ADA, c. 62-69, fol. 7r. *De asthmate*: Libro III, fen X, tractatus I, cap. 38 (*Auicennae Liber canonis...*, 1562, Venecia, fol. 261r). La cita aportada por el licenciado Antonio es incompleta.

⁶⁰ ADA, c. 62-69, fol. 7r. Maino de Maineri considera que tras el masaje «la materia de los miembros se sutiliza, los poros se abren y el calor en los miembros se ve confortado». Advierte igualmente que «por los masajes los miembros malos se espesan y los espesos se rarifican, los duros se ablandan y los blandos se endurecen» (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 626).

*lidaçión, muerte de las enfermedades, fuga de los vicios, medeçina de los langores, ganancia de tiempo, debda de la joventud, de la senitud grand gozo, ayudador de la salud, corruçión de todos los males, enemigo de toda oçiosidad; aquel solo del exerçicio se aparte que non quiere gozar de la senectud.*⁶¹

En consonancia con otros autores conocidos plantea que el ejercicio se practique de forma moderada antes de comer. El motivo es que realizándolo previamente aviva el calor natural, lo que agiliza la digestión no solo en los miembros sino también en el estómago y el hígado. Del mismo modo, la eliminación de las superfluidades causadas durante las digestiones permite al nuevo alimento encontrar más fácilmente su recorrido hacia los miembros en los que va a ser transformado.⁶² Se aconseja que el ejercicio mañanero sea precedido por la eliminación de los desechos de los restos de la primera digestión, la del estómago, y de la segunda, la de los riñones: las heces y la orina. En caso de tener algún problema para llevarla a cabo aconseja, con una finalidad purgante, tomar un *arteçiço de mechán de miel* o de raíz de acelgas con *una poca de mistura de azeyte de aneldo*.⁶³

El rechazo a realizar ejercicio después de ingerir alimento queda expresado en el presente régimen. Se establece en seis horas las necesarias para poder hacer algún tipo de gimnasia después de comer, porque antes *non está hecha la dygistiòn del estómago y parte de la del hígado*. La moderación es la regla principal: *non debe ser muy laborioso, asý de la mañana commo de la tarde, non ha de ser furioso, antes ha de ser muy moderado*. El licenciado Antonio finaliza esta parte reconociendo que la actividad física más apropiada es caminar, pero ofrece otras alternativas como cabalgar o pasear en carretón.⁶⁴ En el caso de que el duque se encuentre imposibilitado para estas prácticas se le recomienda nuevamente recibir friegas de pan-torrillas abajo, por la espalda y brazos, es decir, por los miembros enfermos.⁶⁵

⁶¹ ADA, c. 62-69, fol. 7. En su *Régimen sanitatis* Bernardo de Gordon considera que «el ejercicio es una de las cosas mejores que pueden aplicarse al cuerpo humano, en el régimen de su salud y en la prolongación de la vida», y resalta la noción de intencionalidad del ejercicio, es decir, que debe realizarse ex profeso para que sea saludable (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 601 y 604).

⁶² *Ibidem*, p. 613.

⁶³ ADA, c. 62-69, fol. 7v.

⁶⁴ *Ibidem*, fol. 7v. Sobre los diversos ejercicios propuestos en los tratados de salud medievales, véase Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 618-625.

⁶⁵ ADA, c. 62-69, fol. 8r. Véase nota 25.

Respecto a la ingesta de alimentos el médico propone una dieta sobria, aconsejando que la cena sea *más ligera que non los comeres de la mañana*. No se considera dañino un breve ayuno tras una evacuación realizada mediante purgantes, según los consejos de Avicena. Comer antes de la evacuación se supone perjudicial. Las comidas deben realizarse en un entorno agradable en el que el enfermo pueda *oír cosas alegres y traer piedras preciosas que tengan virtud de confortar*, como rubíes, esmeraldas o jacintos, tal y como *lo dize el Trotónico en su libro de los minerales*.⁶⁶ La búsqueda de la alegría es uno de los accidentes del alma más valorados por los médicos ya que provoca la salida expansiva del calor natural y de los espíritus vitales.⁶⁷ Del mismo modo se le recomienda no recibir disgustos ni ningún tipo de daño moral en periodo de ayuno.⁶⁸

Las características complejionales del enfermo influyeron necesariamente en la elección de las viandas aconsejadas. Estas debían ser de fácil digestión y de *mucha e buena sangre, generatyvas [nutritivas], aparejadas e adereçadas*.⁶⁹ No se extiende demasiado el autor en este apartado porque sobre estas cuestiones va a tratar en un libro que él mismo denomina *Opúsculo de cozinhas*, redactado a petición del propio García Álvarez de Toledo.⁷⁰ En esa obra el licenciado Antonio afirma que va a tratar de los pescados, las salsas que los debían acompañar, *y otras todas cosas vigetables, commo yerbas, frutas, flores e sus partes (...) [y] de otras cosas, commo de turmas y setas de la tierra, porque me fue demandado, y otras cosas mostruosas*.⁷¹ Lamentablemente, de las cinco partes proyectadas solo se ha conservado la primera.⁷²

⁶⁶ ADA, c. 62-69, fol. 8r. Hace referencia a Albertus Magnus, *Book of Minerals*, translated by Dorothy Wyckoff, Oxford, Clarendon Press, 1967, pp. 76-78, 97-98 (*De mineralibus*: Libro II, tractatus II, cap. 2 y 8).

⁶⁷ Entre los consejos que dan los regímenes de salud para provocar alegría están el fomentar las relaciones sociales, disfrutar de lo agradable de la vida que puede condicionar la posición social del individuo, admirar los colores, ir bien vestido y también, además de consumir alimentos convenientes, admirar las formas de las piedras preciosas (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 817-819). Sobre las teorías del alma y sus facultades, incluidas las emociones, véase Cohen-Hanegbi, Naama, «A Moving Soul: Emotions in Late Medieval Medicine», *Osiris*, 31, 2016, pp. 46-66.

⁶⁸ ADA, c. 62-69, fol. 8r.

⁶⁹ *Ibidem*, fol. 8r.

⁷⁰ Este libro es un tratado sobre el arte de la cocina basado en la «ciencia médica» (García Ballester, Luis, *La búsqueda de la salud...*, *op. cit.*, p. 359). Su extensión, pese a conservarse incompleto, así como su peculiaridad si se compara con los textos estudiados en este trabajo, aconseja enfocarlos por separado.

⁷¹ ADA, c. 62-69, fol. 9r.

⁷² *Ibidem*, fols. 10r-26v.

Con todo, entre los alimentos aconsejados en el *regimen* se encuentra el pan de trigo bien fermentado, cocido de uno o dos días, en el que se invita a espolvorear laurel en la harina.⁷³ Entre las carnes se alude primero a las aves: perdices, faisanes, francolines, palominos y capones jóvenes, tórtolas, pollos e *su lymaje*, algunos pájaros como *malvizes, estorneles e semejables*, codornices y gallinas gordas. Para los problemas de ijada del duque se recomiendan unos pequeños pájaros llamados *aves trémulas o engañapastores*. Del mismo modo se advierte que los sesos de todas las aves son muy provechosos. No son tan recomendables las *aves de ribera*, es decir, las acuáticas migratorias, aunque se las puede permitir ocasionalmente.⁷⁴ Carnes, las de aves, consideradas menos nutritivas que las de los cuadrúpedos pero mucho más digeribles. Entre estos últimos se alude al carnero castrado de uno hasta tres años; al cabrito, especialmente las mandíbulas y los sesos; y a la liebre de caza, de la que *nuestros doctores y sabios médicos loan mucho el seso (...) e cabeça*.⁷⁵ Puede comprobarse el aprecio por las entrañas, como los *genetyvos* de gallo, los hígados de las aves gordas y, sobre todo, los sesos de las aves salvajes.⁷⁶ Los huevos de gallinas gordas y jóvenes también son bien considerados puesto que son de fácil digestión, especialmente los blandos y frescos. Se basa en Alberto Magno para distinguirlos, destacando que sean pequeños y largos. Rechaza los huevos de ánsares, ánades domésticos y salvajes, *commo de otras muchas aves*.⁷⁷

Poco se dice de los pescados. Se da el visto bueno a las truchas no mayores de un palmo de tamaño, a algunos peces *bermejuelos*, a alguna merluza fresca y a *algunos cancotos*. Los pescados sin escamas, como las anguilas y la lamprea, los pulpos y *semejables* son considerados perjudiciales.⁷⁸ Pese a la poca información

⁷³ *Ibidem*, fol. 8v. La recomendación de pan bien fermentado y bien cocido es habitual en los tratados de salud. Algunos recomiendan añadir a la masa agua de rosas, de limón, o esencia de hierbas como la buglosa o melisa (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 674 y 677).

⁷⁴ ADA, c. 62-69, fol. 8v. Por lo general las aves acuáticas migratorias son desechadas para su consumo, siendo el invierno el periodo más habitual de caza (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 693-694).

⁷⁵ ADA, c. 62-69, fol. 8.

⁷⁶ *Ibidem*, fol. 9r.

⁷⁷ *Ibidem*, fol. 9r. Albertus Magnus, *De animalibus libri XXVI, nach der Kölner Urschrift. Mit unterstützung der Kgl. Bayerischen Akademie der Wissenschaften zu München, der Görresgesellschaft und der Rheinischen Gesellschaft für Wissenschaftliche Forschung*, herausgegeben Hermann Stadler, Münster, Aschendorff, 1920, p. 1497 (*De animalibus*: Lib. XXIII, tractatus I, cap. 24).

⁷⁸ ADA, c. 62-69, fol. 9.

ofrecida, los planteamientos del licenciado Antonio son los propios de la mayoría de los médicos de la época. Es decir, se tiene preferencia por los pescados con escamas frente a los que no las tienen y por los procedentes de agua salada frente a los de agua dulce.⁷⁹

Finaliza el régimen aconsejando al paciente beber vino tinto aguada en las horas de comer, *comme fasta agora su señoría ha usado*. Se aconseja el consumo de aguas medicinales compuestas de miel de salvia y *azerada*.⁸⁰

CONSIDERACIONES FINALES

El valor de los documentos estudiados queda reflejado por su utilidad para conocer la práctica real de los fundamentos teóricos de la medicina universitaria y el galenismo en personajes concretos. Textos que muestran el interés del ámbito médico y de los sectores privilegiados por acomodar e individualizar los conocimientos propios de los manuales especializados en el cuidado de la salud. En concreto, los tratados citados por el médico del duque de Alba referentes a Galeno, Avicena, Alberto Magno, Bernardo Gordon, Jacques Despars, Guy de Chauliac, Moriano y Ramón Llull, entre otros, eran de conocimiento muy general por los médicos de la época.

Según Gil-Sotres, a finales de la Edad Media los regímenes tardíos de breve extensión reúnen una serie de peculiaridades. Alude a la tendencia al esquematismo, lo que incide de manera negativa «sobre los contenidos, quedando reducidos muchas veces a una lista de productos que se deben consumir o que se deben evitar y a una serie de consejos en los que prima el sentido común», además de desaparecer las alusiones a las autoridades médicas o limitarse a referencias testimoniales.⁸¹ En el caso del médico del duque de Alba las alusiones a las autoridades médicas no son infrecuentes y generalmente bien referenciadas, aportándose planteamientos médicos que van más allá del simple sentido

⁷⁹ No obstante las opiniones de los médicos sobre las distintas variedades de pescado suelen diferir (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, pp. 695-699).

⁸⁰ ADA, c. 62-69, fol. 9v. Entre las contraindicaciones de beber agua en las comidas destaca la propuesta por Bernardo de Gordon, que considera que el agua impide hacer la primera digestión adecuadamente porque los alimentos flotan dificultando el contacto de estos con las paredes del estómago (Gil-Sotres, Pedro, «Introducción», *op. cit.*, p. 715).

⁸¹ *Ibidem*, p. 546.

común, y, como como no podía ser de otro modo, adaptándose a las circunstancias personales de su paciente.

Se ofrece así una visión personalizada de la enfermedad y su tratamiento, a diferencia de las generalizaciones propias de los regímenes de sanidad divulgados durante la Baja Edad Media. Pese a las diferencias que pueda tener con otros textos ya publicados existe toda una serie de coincidencias de carácter práctico con ellos. La moderación en las comidas, las similares variedades de carnes recomendadas, el escaso aprecio que suscita el pescado salvo excepciones, la importancia de los baños y masajes con el fin de expulsar las superfluidades, la trascendencia del aire y del ambiente, del sueño y la vigilia o la práctica de ejercicio son algunos ejemplos. Como en otros casos, se comprueba aquí una perfecta trasposición práctica de lo aconsejado en los tratados médicos doctrinales al uso, y la plena vigencia, a finales del siglo XV, de la doctrina hipocrático-galénica recuperada en la plena Edad Media.

No hay duda de la utilidad que los textos estudiados debieron de tener para los médicos del duque que solicitaron su redacción con el fin de orientar su práctica médica, pese a que el enfermo falleciera al poco tiempo. Reseñar también que la lengua utilizada en las prescripciones es el castellano y no en latín, idioma universal del saber europeo hasta ese momento. Particularidad por otra parte nada desdeñable, pero que está justificada porque los escritos van dirigidos a médicos judíos que no conocen el latín. Circunstancia que constata también la importancia que van adquiriendo las lenguas vulgares entre las élites ilustradas a la hora de la transmisión de los conocimientos médicos.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se inscribe en el proyecto de investigación del MINECO «Ciencia vernácula en la Corona de Aragón y en su contexto románico (siglos XIII-XVI)» (FFI2014-53050-C5-3-P, 2015-2018), que participa en la red temática «Lengua y ciencia» (FFI2015-68705-REDT, 2016-2017). Agradezco los comentarios y sugerencias a Lluís Cifuentes i Comamala, Michael McVaugh, Montserrat Cabré i Pairet, Francisco de Paula Cañas Gálvez, Antònia Carré-Pons, Jon Andoni Larrea Rojas, Ernesto García Fernández e Iñaki Bazán Díaz. Del mismo modo agradecer a José Manuel Calderón Ortega las facilidades para acceder a la documentación original del Archivo de la Fundación Casa de Alba.

BIBLIOGRAFÍA

- AGRIMI, Jole y CRISCIANI, Chiara, *Les consilia médicaux*, Turnhout, Brepols, 1994.
- ALBERTUS Magnus, *Book of Minerals*, translated by Dorothy Wyckoff, Oxford, Clarendon Press, 1967.
- , *De animalibus libri XXVI, nach der Cölner Urschrift. Mit unterstützung der Kgl. Bayerischen Akademie der Wissenschaften zu München, der Görres-gesellschaft und der Rheinischen Gesellschaft für Wissenschaftliche Forschung*, herausgegeben Hermann Stadler, Münster, Aschendorff, 1920.
- Articella nouissime per... Hieronymum de Saliis Fauentinum...*, Venecia, 1523.
- AVICENA, *Auicennae Liber canonis...*, Venecia, 1562.
- BEAUJOUAN, Guy, *La science en Espagne aux XIVe et XVe siècles*, París, Les Conférences du Palais de la Découverte, 1967.
- CALDERÓN ORTEGA, José M., *El ducado de Alba. La evolución histórica, el gobierno y la hacienda de un estado señorial (siglos XIV-XVI)*, Madrid, Dykinson, 2005.
- CIFUENTES I COMAMALA, Lluís, «La ciencia en vulgar y las élites laicas de la Edad Media al Renacimiento», en Serrano Larráyo, F. (coord.), [Juan Vallés] *Regalo de la vida humana*, Pamplona-Viena, Gobierno de Navarra-Österreichische Nationalbibliothek, vol. 2, 2008, pp. 123-148.
- , *La ciencia en català a l'Edat Mitjana i el Renaixement*, Barcelona-Palma de Mallorca, Universitat de Barcelona-Universitat de les Illes Balears, 2006 (2ª ed. revisada y ampliada).
- CIFUENTES, Lluís y CARRÉ, Antònia, «Práctica social, saber médico y reflejo literario de la cultura del baño en el contexto catalán medieval», *Anuario de Estudios Medievales*, 39/1 (2009), pp. 203-222.
- COHEN-HANEGBI, Naama, «A Moving Soul: Emotions in Late Medieval Medicine», *Osiris*, 31 (2016), pp. 46-66.
- COULLAUT CORDERO, Jaime y VÁZQUEZ DE BENITO, Concepción, «Un ejemplo de literalismo en las traducciones científicas medievales: la traducción latina del *Poema de medicina* de Avicena», *Helmantica: revista de filología clásica y hebrea*, 65/194 (2014), pp. 111-121.
- CRISCIANI, Chiara, «Consilia, responsi, consulti: i pareri del medico tra insegnamento e professione», en Casagrande, C., Crisciani, C. y Vecchio, S. (eds.), *Consilium: teorie e pratiche del consigliare nella cultura medievale*, Florencia, SISMEL-Edizioni del Galluzzo, 2004, pp. 259-280.
- , «Elixir di lunga vita (secoli XIV e XV)», *Aion (filol)*, 36 (2014), pp. 81-97.
- CRISCIANI, Chiara y FERRARI, Giovanna, «Estudi introductorii», en McVaugh, M. R., Crisciani, C. y Ferrari, G. (eds.) [Arnaldi de Villanova] *Tractatus de humido radicali*, en McVaugh, M. R., Crisciani, C. y Ferrari, G. (eds.), *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, vol. 2, Barcelona, Universitat de Barcelona-Fundació Noguera, 2011, pp. 15-269.
- DÍAZ DE DURANA ORTIZ DE URBINA, José R., «Judíos y cristianos en Vitoria durante la Edad Media», en *Los judíos*, Vitoria, Fundación Sancho el Sabio, 1992, pp. 191-218.

- GARCÍA BALLESTER, Luis, *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*, Barcelona, Península, 2001.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, Ernesto, «Náufragos en el mar de la intolerancia: judíos, conversos y herejes en el País Vasco (Siglos XIV-XV)», en Sabaté, F. (dir.), *L'espai del mal. Reunió científica IX Curs d'Estiu Comtat d'Urgell (Balaguer, 7, 8 i 9 de juliol de 2004)*, Lleida, Pagés, 2005, pp. 47-86.
- GIL-SOTRES, Pedro, «Introducción», en García Ballester, L., McVaugh, M. R., Gil-Sotres, P. y Paniagua, J. A. (eds.), [Arnaldi de Villanova] *Regimen sanitatis ad regem Aragonum*, en García Ballester, L., McVaugh, M. R., Gil-Sotres, P. y Paniagua, J. A. (eds.), *Arnaldi de Villanova Opera Medica Omnia*, Vol. X.1, Barcelona, Universitat de Barcelona-Fundació Noguera, 1996, pp. 471-885.
- GONZÁLEZ MINGUEZ, César y BAZÁN DÍAZ, Iñaki, «La medicina en la Álava medieval. Entre la metafísica y la superstición», en RAMOS CALVO, P. M. (dir.), *Historia de la medicina en Álava*, Vitoria/Gasteiz, Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, 1997, pp. 79-164.
- GRACIA, Diego y VIDAL, José L., «La *Isagoge* de Johannitius: introducción, edición, traducción y notas», *Asclepio*, 26-27 (1974-1975), pp. 267-382.
- GUTIÉRREZ RODILLA, Bertha M., «Los textos romances de medicina en la España del Renacimiento», en GARCÍA HOURCADE, J. L. y Moreno Yuste, J. M. (coords.), *Andrés Laguna: humanismo, ciencia y política en la Europa renacentista. Congreso Internacional, Segovia, 22-26 de noviembre de 1999*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 2001, pp. 529-538.
- , *La esforzada reelaboración del saber. Repertorios médicos de interés lexicográfico anteriores a la imprenta*, San Millán de la Cogolla, Cilengua, 2007.
- GUTIÉRREZ RODILLA, Bertha M. y CHABÁS BERGÓN, José, «El lenguaje científico en los primeros impresos de carácter astronómico y médico en castellano», en Chabás, J., Gaser, R. y Vanin, J. R. (eds.), *Traslating Science. Proceedings 2nd International Conference on Specialized Translation. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 28 February-2 March, 2002*, Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2002, pp. 239-250.
- JACQUART, Danielle, «Le regard d'un médecin sur son temps: Jacques Despars (1380?-1458)», *Bibliothèque de l'École des Chartes*, 138/1 (1980), pp. 35-86.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Tricastela, 1998 (3ª ed.).
- MAURACH, Gregor, «Johannicius, Isagoge ad Techne Galieni», *Sudhoff's Archiv*, 62/2 (1978), pp. 148-174.
- NICAISE, Edouard, *Le Grande Chirurgie de Guy de Chauliac...*, París, 1890.
- NICOUD, Marilyn, *Les régimes de santé au Moyen Âge. Naissance et diffusion d'une écriture médicale (XIIIe-XVe siècle)*, Roma, École Française de Rome, 2 vols., 2007.
- PENSADO, José L., «Anotaciones marginales a "Salamanca en la documentación medieval de la Casa de Alba"», *Studia historica. Historia medieval*, 10 (1992), pp. 187-200.
- PLESSNER, Martin, «The Place of the *Turba Philosophorum* in the Development of Alchemy», *Isis*, 45/4 (1954), pp. 331-338.

-
- SOLOMON, Michael, *Fictions of Well-Being. Sickly Readers and Vernacular Medical Writing in Late Medieval and Early Modern Spain*, Philadelphia-Oxford, University of Pennsylvania Press, 2010.
- VACA, Ángel y BONILLA, José A., *Salamanca en la documentación medieval de la Casa de Alba*, Salamanca, Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca, 1989.
- VALLÉS, Juan, *Regalo de la vida humana. Estudios y transcripción*, en Serrano Larráyo, F. (coord.), «Transcripción», Pamplona-Viena, Gobierno de Navarra-Österreichische Nationalbibliothek, vol. 2, 2008, pp. 261-756.

LA ASISTENCIA A LAS VIUDAS EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ DE BARCELONA Y EL HOSPITAL DE LOS POBRES DE SAN JUAN DE PERPIÑÁN EN EL SIGLO XV*

MIREIA COMAS VIA
Universidad de Barcelona

EN UNA FECHA INDETERMINADA ENTRE 1463 Y 1472, en el marco del conflicto remensa, Sança Ximenis de Cabrera, viuda de Arquimbau de Foix, señora de Novalles, escribió una carta al rey Juan II de Aragón para que interviniera en su feudo del valle de Osor (Girona), que había sido confiscado por el líder de los remensas, Francesc de Verntallat. A causa de esta situación, Sança no había recibido las rentas de su feudo en dos años y, por esta razón, no contaba con los recursos suficientes para mantenerse. Así pues, la señora de Noalles, a la edad de setenta años y después de una larga viudedad, suplicaba al rey que tomara partido en el asunto, porque, en caso contrario, especificaba, se vería obligada a *anar al spital com ja no tingue res*.¹

Esta carta de Sança Ximenis me hizo reflexionar precisamente sobre la eventualidad de que una viuda contemplara la posibilidad de terminar sus días en

* Esta investigación se ha llevado a cabo dentro del proyecto «El notariado en Cataluña, siglos XIII-XIV: práctica y actividad (NOTCAT) (HAR2015-65146-P)», financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

¹ ACB, Miscel·lània 52, doc. 60 [1463-1472]. Documento publicado por Vinyoles Vidal, Teresa, «Unes cartes de dones del segle XV. Notes sobre la crisi feudal», *Acta historica et archaeologica mediaevalia*, 25, (2003-2004), pp. 459-460. No es el único testimonio que disponemos en este sentido. Otro ejemplo es el de Violante de Torrellas, señora de Puibolea (Huesca), quien después de renunciar a su viudedad foral, se empobreció de tal manera que no veía otra salida que acudir a la beneficencia: «Et no res menos li fizieron fer ciertas obligaciones en proveyto d'ellos et danyo de la dita duenya, de manera que se fagan et sían senyores del [roto] de la dita duenya et ella vayya por espitales». García Herrero, M.^a Carmen, «La violencia contra ciertas nobles viudas y el amparo de la reina en el Aragón del siglo XV», en Fuente Pérez, M. J. y Morán Martín, R. (coords.), *Raíces profundas: la violencia contra las mujeres (Antigüedad y Edad Media)*, Madrid, Polifemo, 2011, p. 316.

un hospital, a pesar de toda la retórica que conlleva esta carta. En trabajos anteriores, apuntaba que el número de mujeres acogidas en el Hospital de Barcelona eran muy pocas, y aun menos las viudas, y señalaba que este número tan reducido se podía deber al hecho de que las mujeres optarían mayormente por recorrer a la ayuda que podían recibir de las redes de apoyo social en caso de dificultad o enfermedad.²

Posteriormente, Teresa Vinyoles,³ también insistía en esta idea y añadía, además, la posibilidad de que la inferioridad de mujeres que ingresaban en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona podía deberse al hecho de que, en primer lugar, la vida de las mujeres era más estable y más sedentaria que la de los hombres, por lo que las hacía menos propensas a padecer cierto tipo de enfermedades o accidentes; y, en segundo lugar, las mujeres contaban con unos determinados conocimientos médicos que les permitía resolver ciertos problemas de salud en el hogar, gracias a los remedios caseros.⁴

Pero, en cierto modo, nos movíamos en el campo de las hipótesis, por lo que era necesario profundizar más sobre esta cuestión. En este sentido, en una primera fase de un proyecto más amplio,⁵ hemos empezado a analizar los registros de entrada de enfermos para identificar quienes eran las viudas que acudían a las instituciones hospitalarias. Cabe decir que la viudedad significaba para muchas mujeres medievales la pérdida de su estatus económico y, en más de una circunstancia, situarse en el umbral de la pobreza. En algunas ocasiones, ni la dote, ni los legados maritales ni el trabajo eran suficientes para poderse mantener, por lo que la viuda para poder sobrevivir tenía que acudir a la caridad, ya fuera institucional o informal. A pesar de que mi propuesta inicial solo contemplaba el estudio del Hospital de la Santa Cruz, se incluyeron también en esta investigación los fondos del Hospital de pobres de San Juan de Perpiñán. No pretendo hacer un estudio comparativo, pero sí aportar luz sobre la cuestión que nos ocupa a partir del análisis de estas dos instituciones hospitalarias.

² Comas Via, Mireia, *Les dones soles a la Baixa Edat Mitjana: una lectura sobre la viduïtat*, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Departament de Història Medieval, Paleografia i Diplomàtica, 2012, <<http://hdl.handle.net/10803/82146>, [13/09/2017]>.

³ Vinyoles Vidal, Teresa, «El rastre dels més desvalguts entre els papers de l'Hospital de Barcelona», *SVMMMA*, 2 (2013), pp. 77-101.

⁴ Cabré, Montserrat y Ortiz, Teresa (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, 2001, pp. 637-657.

⁵ Se trata de un proyecto de investigación postdoctoral financiado por la Universidad de Barcelona con el título *L'assistència a les vídues a la Barcelona baixmedieval* (2015-2018).

HOSPITALES PARA VIUDAS EN EUROPA

Para paliar la difícil situación en que se encontraban las viudas, en más de una ciudad europea se fundaron a lo largo de la Edad Media hospitales con la expresa intención de acoger a las más necesitadas. Para P. J. P. Goldberg, esta circunstancia, es decir, la creación de hospitales exclusivamente femeninos, puede ser uno de los claros identificativos de la feminización de la pobreza.⁶ Ejemplo de ello son los hospitales de Sainte Avoye y el de las Haudriettes de París o el hospital de Orbatello de Florencia.

El primero, el de Saint Avoye, fue fundado en 1283 por una rica viuda parisina con la intención de dar refugio a cuarenta viudas pobres de edad avanzada. Unos años más tarde, en la misma ciudad de París, el matrimonio Haudry fundó una casa para albergar treinta y dos viudas. Esta institución fue conocida, con el tiempo, como el hospital de las Haudriettes.⁷ En cuanto a Florencia, las viudas podían encontrar asilo en el hospital de Orbatello, que fue fundado en el 1372 por el rico mercader Niccolò degli Alberti. Esta institución podía llegar a acoger hasta a doscientas mujeres, mayoritariamente ancianas, pero también daba acogida a viudas con hijos.⁸ Sin embargo, no se documenta ni en Barcelona ni en el resto de Cataluña ningún hospital exclusivamente para mujeres y, aun menos, para viudas, a pesar de que la ciudad y el principado, como es bien sabido, contaron con una importante red hospitalaria durante la Edad Media.⁹

⁶ Goldberg, Peter J. P., *Women in England c. 1275-1525. Documentary sources*, Manchester, Manchester University Press, 1995, p. 23.

⁷ Farmer, Sharon, «Down and Out and Female in Thirteenth-Century Paris», *The American Historical Review*, 103, 2 (1998), p. 359.

⁸ Roberts, Anna, «Helpful widows, virgins in distress: women's friendship in French romance of the thirteenth and fourteenth centuries», en Carlson, C. L. y Weisl, A. J. (eds.), *Constructions of widowhood and virginity in the Middle Ages*, New York, St. Martin's Press, 1999, p. 35. En esta misma ciudad, en 1455, Annalena Malatesta, quien enviudó a la edad de quince años ya madre de un hijo, fundó un convento de dominicas terciarias para la protección y la educación tanto de viudas jóvenes como de vírgenes. El origen de esta casa fue la comunidad de mujeres piadosas que se creó alrededor de Annalena hacia 1450. Con la ayuda de la familia Medici, Annalena Malatesta recuperó su propia casa, que había sido confiscada junto con el resto de los bienes de su marido, y allí fundó el convento. Coonin, A. Victor, «Documents concerning Desiderio da Settignano and Annalena Malatesta», *The Burlington Magazine*, 137 (1. 113) (1995), p. 793.

⁹ En relación a los hospitales de la Cataluña medieval, véanse los siguientes trabajos: Brodman, James, *Charity and Welfare: Hospitals and the Poor in Medieval Catalonia*, Philadelphia, University

LAS FUENTES: LOS LIBROS DE ENTRADA DE ENFERMOS

Las fuentes utilizadas para realizar este estudio han sido los registros de entradas de enfermos tanto del hospital barcelonés, conservados en la Biblioteca de Cataluña,¹⁰ como del de Perpiñán, conservados en el Archivo Departamental de los Pirineos Orientales, que reciben el nombre de *Libros del enfermero*.¹¹ En ambos casos, los libros presentan una estructura muy similar a la hora de registrar la entrada de la persona que ingresaba en el hospital. Así, en cada asentamiento, se consignaba determinada información como: el grado de pobreza, el sexo, la profesión, la edad de muchos de ellos, la procedencia, la descripción de todos, o mejor dicho, de los pocos bienes que poseían, de las monedas que llevaban encima y si tenían deudas pendientes por cobrar o por pagar.

A diferencia de los registros del Hospital de la Santa Cruz, además de esta información, el enfermero del hospital perpiñanés también apuntaba otros datos en el libro referentes a la administración del día a día de la institución: las cantidades recolectadas en las diferentes cuestaciones que se llevaban a cabo a lo largo del año por toda la villa; las cuentas relativas a la venta de ropas; los beneficios de la vendimia, la colecta de cereal, las sumas del dinero poseídos por los enfermos que morían en el hospital, listados de trabajadores de la institución, etc. Toda esta información no sigue ningún orden concreto en el interior del libro ni tampoco esta sistematizada. Más bien, se trataría un aprovechamiento de las páginas en blanco del volumen, cosa que es aún más cierto en el primer libro de este tipo que se conserva del Hospital de los pobres de San Juan.

of Pennsylvania Press, 1998 y Conejo, Antoni, *Assistència i hospitalitat a l'edat mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: del gòtic al primer renaixement*, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Departament d'Història de l'Art, 2002, <<http://www.tdx.cat/TDX-0505103121113>>, [13/09/2017].

¹⁰ Hemos consultado los *Llibre d'entrades de malalts* siguientes: Biblioteca de Cataluña (BC), AH 1 (1457); BC, AH 2 (1473-1479), BC, AH 3 (1480-1483); BC, AH 4 (1484-1492) y BC, AH 5 (1497-1501).

¹¹ Se trata de los siguientes libros: Archives Départementales des Pyrénées-Orientales (ADPO), 2 Hdpt 499 (1489-1496); ADPO, 2 Hdpt 500 (1501-1502); ADPO, 2 Hdpt 501 (1503-1504) y ADPO, 2 Hdpt 502 (1505). Sobre la documentación del Hospital de Perpiñán, véase Fontaine, Denis y Rieu, Magali, «Au fil des inventaires: les archives de l'hôpital Saint-Jean et l'hospice de la Miséricorde de Perpignan aux archives départementales des Pyrénées-Orientales», *Perpignan, l'histoire de l'hôpital dans la ville (1116-2016)*, Perpignan, Collection Perpignan Archives-Histoire, 2018, pp. 13-39. Agradezco a sus autores haberme facilitado el texto antes de su publicación.

LAS VIUDAS ACOGIDAS EN EL HOSPITAL

Si nos fijamos en los registros de entrada de enfermos, tanto del Hospital de la Santa Cruz, como del Hospital de Sant Joan, observamos que las viudas representaban un porcentaje muy pequeño en relación al resto de mujeres. Y, a su vez, el número de mujeres acogidas en estas instituciones era muy menor respecto al número de hombres, tal como pasaba en otros lugares de Europa.¹² Se trata, sin duda, de cifras muy pequeñas y poco significativas. Por ejemplo, en el *Llibre d'entrades de malalts* de 1457 del Hospital de la Santa Cruz, de 365 asentamientos, 19 son de mujeres y, de estas, tan solo 2 las podemos identificar como viudas. En el caso del Hospital de San Juan, hemos identificado únicamente una viuda en cada libro. Así las cosas, en el primer libro que se conserva, se inscribieron a 141 personas, de las cuales 20 eran mujeres y solamente una de ellas la podemos identificar como viuda.¹³ Ciertamente, es difícil afirmar que solo las mujeres referidas como viudas en estos registros fueran las únicas viudas entre las mujeres, puesto que algunos elementos nos pueden hacer pensar que el número era mayor, pero solo lo podemos afirmar en estos casos.

A modo de ejemplo, nos centraremos en las cuatro viudas ingresadas en el hospital de San Juan de los pobres de Perpiñán para poder analizar las circunstancias de su paso por esta institución. Si bien en el caso de la mayoría de mujeres que llegaban al hospital eran forasteras, con procedencias muy diversas, des de Sevilla al norte de Francia, por lo que respecta a las viudas, estas procedían de la misma villa de Perpiñán o de pueblos vecinos. Solo en dos de las entradas se especifica la edad: Bernada, viuda de Joan, tenía entre 50 y 60 años,¹⁴ y Elicsén, viuda del tejedor Arnau Benet, tenía 70.¹⁵

Sólo en uno de los casos se especifica que está enferma y se añade que es «mig innocent», es decir, que no estaba en su pleno juicio. Se trata de la mencionada Elicsén, que a su vez era tía del procurador del hospital, el mismo que se había preocupado de que la viuda ingresara en la institución. La tercera viuda identificada es Caterina Guilona, viuda de n'Aguiló, el cual murió también en el hospital. Llevaba consigo ropas de poco valor, pero también un cofre con

¹² Brodman, James, «Unequal in charity? Women and Hospitals in Medieval Catalonia», *Medieval Encounters*, 12, 1 (2006), pp. 26-36.

¹³ ADPO, 2 Hdtp 499 (1489-1496).

¹⁴ ADPO, 2 Hdtp 499 (1489-1496), f. 10v.

¹⁵ ADPO, 2 Hdtp 500 (1501-1502), f. 18r.

telas, vestidos y otros objetos, como una virgen de yeso. Murió una semana después de entrar en el hospital, a finales de diciembre de 1503.¹⁶ Pocos datos más podemos añadir de estas cuatro viudas. Ciertamente, aunque llevaban ropas de poco valor –como la viuda registrada en el último libro de nombre Margarida–,¹⁷ no se encuentran estas mujeres entre las más pobres que pidieron auxilio a esta institución. La mencionada viuda del tejedor disponía de algún bien inmueble¹⁸ y Bernarda llevaba consigo 14 sueldos, que le fueron restituídos cuando abandonó el hospital.¹⁹

En relación al Hospital de la Santa Cruz, el número de viudas ingresadas fue mayor al de Perpiñán y el porcentaje aumentó con el paso de los años. Podemos decir que eran mujeres enfermas de las clases populares, que llegaban al hospital con la esperanza de curarse. Eran mujeres tanto de la ciudad como de zonas rurales del interior de Cataluña (Orcau, Llagostera, Olot, Rupit, etc.). Sin duda, documentamos alguna extranjera, pero en el caso de las viudas son muy minoritarias. Son viudas de agricultores, pescadores, zapateros, jornaleros, panaderos, pero también mujeres de notarios y mercaderes. Claramente eran mujeres pobres, tal como se desprende de la descripción de la ropa que llevaban y la mayoría no llevaban dinero encima.

No podemos afirmar que en todos los casos se trate de mujeres sin ningún tipo de arraigo. Ciertamente, en el caso de Barcelona, el número de viudas de fuera de la ciudad es considerable, pero también es cierto que es similar al número de mujeres procedentes de la misma ciudad. Son viudas mayoritariamente pobres, algunas de ellas venidas a menos, probablemente debido a su viudedad, que buscaban curarse de su enfermedad, a pesar de que un gran número de ellas morían al cabo de unos días de ingresar al hospital. Por otro lado, en el Hospital de San Juan de Perpiñán, se acogía tanto a personas enfermas, como a pobres sin cobijo y desemparados.²⁰

¹⁶ ADPO, 2 Hdpt 501 (1503-1504), f. 22v.

¹⁷ *Porta buna gram[all]a ne gonella tarrada, camissa, sabates*. ADPO, 2 Hdpt 502 (1505), f. 2r.

¹⁸ ADPO, 2 Hdtp 500 (1501-1502), f. 18r.

¹⁹ ADPO, 2 Hdtp 499 (1489-1496), f. 10v.

²⁰ En este caso eran albergados en la nave de los *belitres* (vagabundos mendicantes). Sobre la organización del hospital de Perpiñán, véase Catafau, Aymat, «L'hôpital Saint-Jean de Perpignan au Moyen Âge», *Perpignan, l'histoire de l'hôpital dans la ville (1116-2016)*, Perpignan, Collection Perpignan Archives-Histoire, 2018, pp. 69-86. Agradezco a su autor haberme facilitado el texto antes de su publicación.

Me parece, sin embargo, que la cuestión significativa, más allá de quien eran estas mujeres, es el número reducido de viudas. Hemos constatado que acudir al hospital era una opción plausible para las viudas que habitaban, tanto en Barcelona como en Perpiñán, con el fin de evitar de acabar sus días en la calle enfermas. Pero nos decantamos por pensar que las mujeres acudían sobre todo a la caridad informal, es decir, a las redes de solidaridad familiares o vecinales. Ciertamente, tenían alternativas. Nos preguntamos si las viudas de la ciudad de Barcelona o de Perpiñán de finales de la Edad Media optaron mayormente por ser cuidadas por otras mujeres. Pero las fuentes hospitalarias no son suficientes para responder a esta pregunta.

Por otro lado, al iniciar nuestra argumentación, nos preguntábamos por la inexistencia de instituciones específicas para acoger las viudas más necesitadas. No las hemos documentado, ni en Barcelona ni tampoco en Perpiñán, cosa que nos hace pensar que no eran del todo necesarias, puesto que esta carencia se podía suplir, no solo con el hospital, sino también con acciones de caridad informal, con la ayuda prestada por familiares y amigos y por otras mujeres que se encontraban en circunstancias similares.

En los libros de 1441 y 1447 del Plato de los pobres vergonzantes de la parroquia de Santa Maria del Pi de Barcelona, estudiados por Jordina Camarasa, se intuyen precisamente este tipo de relaciones, en que se acogen mujeres enfermas en casa de otras mujeres. Solo podemos documentar a dos viudas entre todas estas mujeres, de las cuales a penas sabemos nada, puesto que la mayoría de ellas aparecen citadas bajo el nombre genérico de «mujer enferma» o «mujer pobre». Como ejemplo, solo citar un caso que aparece en los dos libros, que es precisamente el de la señora de Novalles, es decir la mencionada Sança Ximenis de Cabrera, que aparece acogiendo a dos mujeres. En 1441 *una dona pobra* recibía 2,5 sueldos en su casa y, en el año 1447, una mujer de nombre Rosa, que vivía en el almacén de la citada dama, recibía una limosna de 1,5 sueldos.²¹

En definitiva, se trata de mujeres asistidas en casa de otras mujeres, de las cuales poco sabemos, porque la información que se apuntaba en los libros del Plato de los pobres vergonzantes es aun más escasa que la que encontramos en los libros de entradas de enfermos, de manera que ignoramos si estas mujeres eran sirvientas o eran acogidas por caridad de los amos por ser familiares, amis-

²¹ Camarasa, Jordina, *Les dones en la documentació del Bací dels Pobres Vergonyants de la Parròquia de Santa Maria del Pi de Barcelona. Estudi i edició dels llibres dels anys 1441 i 1447*, Treball final de màster, Universitat de Barcelona, 2016, p. 44.

tades, vecinas o conocidas. Pero nos decantamos a pensar que, sobre todo, parte de estas mujeres eran acogidas por estar enfermas. Acudir a las redes de solidaridad era una opción especialmente para las viudas que contaban con un entorno en el que apoyarse, pero, si está condición no existía, podían ser acogidas, sin duda, por el hospital de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- BRODMAN, James, *Charity and Welfare: Hospitals and the Poor in Medieval Catalonia*, Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 1998.
- , «Unequal in charity? Women and Hospitals in Medieval Catalonia», *Medieval Encounters*, 12, 1 (2006), pp. 26-36.
- CABRÉ, Montserrat y ORTIZ, Teresa (eds.), *Sanadoras, matronas y médicas en Europa, siglos XII-XX*, Barcelona, Icaria, 2001.
- CAMARASA, Jordina, *Les dones en la documentació del Bací dels Pobres Vergonyants de la Parròquia de Santa Maria del Pi de Barcelona. Estudi i edició dels llibres dels anys 1441 i 1447*, Treball final de màster, Universitat de Barcelona, 2016.
- CATAFAU, Aymat, «L'hôpital Saint-Jean de Perpignan au Moyen Âge», *Perpignan, l'histoire de l'hôpital dans la ville (1116-2016)*, Perpignan, Collection Perpignan Archives-Histoire, 2018, pp. 69-86.
- CLARAMUNT, Salvador, «L'ajut mutu. L'assistència a la Barcelona del segle XV», *Revista d'etnologia de Catalunya*, 11 (1997), pp. 44-51.
- COMAS VIA, Mireia, *Les dones soles a la Baixa Edat Mitjana: una lectura sobre la viduïtat*, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Departament de Història Medieval, Paleografia i Diplomàtica, 2012, <<http://hdl.handle.net/10803/82146>>, [13/09/2017].
- CONEJO, Antoni, *Assistència i hospitalitat a l'Edat Mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: Del gòtic al primer renaixement*, Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, Departament d'Història de l'Art, 2002, <<http://www.tdx.cat/TDX-0505103121113>>, [13/09/2017].
- COONIN, A. Victor, «Documents concerning Desiderio da Settignano and Annalena Malatesta», *The Burlington Magazine*, 137 (1. 113) (1995), pp. 792-799.
- FARMER, Sharon, «Down and Out and Female in Thirteenth-Century Paris», *The American Historical Review*, 103, 2 (1998), pp. 345-372.
- FONTAINE, Denis y RIEU, Magali, «Au fil des inventaires: les archives de l'hôpital Saint-Jean et l'hospice de la Miséricorde de Perpignan aux archives départementales des Pyrénées-Orientales», *Perpignan, l'histoire de l'hôpital dans la ville (1116-2016)*, Perpignan, Collection Perpignan Archives-Histoire, 2018, pp. 13-39.
- GARCÍA HERRERO, M.^a Carmen, «La violencia contra ciertas nobles viudas y el amparo de la

reina en el Aragón del siglo XV», en Fuente Pérez, M. J. y Morán Martín, R. (coords.), *Raíces profundas: la violencia contra las mujeres (Antigüedad y Edad Media)*, Madrid, Polifemo, 2011, pp. 305-326.

GOLDBERG, Peter J. P., *Women in England c. 1275-1525. Documentary sources*, Manchester, Manchester University Press, 1995.

ROBERTS, Anna, «Helpful widows, virgins in distress: women's friendship in French romance of the thirteenth and fourteenth centuries», en Carlson, C. L. y Weisl, A. J. (eds.), *Constructions of widowhood and virginity in the Middle Ages*, New York, St. Martin's Press, 1999, pp. 26-47.

VINYOLES VIDAL, Teresa, «Unes cartes de dones del segle XV. Notes sobre la crisi feudal», *Acta historica et archaeologica mediaevalia*, 25, (2003-2004), pp. 445-460.

—, «El rastre dels més desvalguts entre els papers de l'Hospital de Barcelona», *SVMMMA*, 2 (2013), pp. 77-101.

LOS ADMINISTRADORES SECULARES DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ DE BARCELONA EN EL SIGLO XV: UN PERFIL SOCIAL Y POLÍTICO

POL BRIDGEWATER MATEU

Universidad de Barcelona

LOS ADMINISTRADORES SECULARES DEL HOSPITAL SEGÚN SUS TEXTOS NORMATIVOS

Las primeras referencias al sistema de administración del Hospital de la Santa Cruz se encuentran en los acuerdos fundacionales entre el cabildo catedralicio y el Consejo de Ciento, recogidos y ratificados en una bula papal del aviñonés Benedicto XIII del 4 de setiembre de 1401.¹ En estos acuerdos se especificaba que la administración sería compartida en perpetuidad por el obispo y el cabildo por una parte y el gobierno municipal por otra, por medio de «*quatuor notabiles et ydoneas personas*».² Dos de éstas habían de ser elegidas por el obispo y el cabildo y dos por los *consellers* y prohombres de Barcelona. El cargo tenía que durar dos años, eligiéndose dos administradores anualmente –un canónico y un secular– en la fiesta de la Santa Cruz de mayo, a tal efecto que dos administradores veteranos compartieran la administración con dos administradores noveles.

El sistema obedecía a la diferente titularidad, municipal o eclesiástica, de las distintas fundaciones hospitalarias involucradas en el proceso de unificación del 1401, y fue ratificado por diversos privilegios reales y, finalmente, recogido y ampliado en los estatutos de 1417. El reglamento interno, promovido por los propios administradores, les exigía la defensa del hospital, de sus derechos y sus bienes, y explicitaba su potestad sobre los diversos oficiales, trabajadores y es-

¹ Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (AHHSCSP), *Llibre de privilegis de l'Hospital*, ff. 11r-18v.

² AHHSCSP, *Llibre de privilegis de l'Hospital*, f. 13r.

clavos de la institución asistencial.³ En los segundos estatutos, de 1487, se especificaba que los administradores debían jurar su cargo ante notario y sobre los mismos estatutos, y reafirmaban su control sobre los oficiales.⁴

Por lo que se refiere a los procesos de elección, los textos normativos ofrecen referencias relativamente sucintas, que dejaban un elevado grado de autonomía al cabildo y a la ciudad. En el caso de los administradores seculares, la elección se regulaba según unas ordenanzas municipales del 1448, que establecían que el proceso debía llevarse a cabo en enero por los consejeros de la ciudad auxiliados por una comisión de 12 prohombres escogidos en el mismo mes.⁵ Encontramos una descripción detallada del proceso en unas actas de deliberación del consejo del mayo del 1455. Según el documento, se debía presentar un memorial con los candidatos a ocupar el cargo, que habían de ser sometidos a votación por los consejeros y prohombres: «ço és, quescú dels dits honorables consellers, e de tots los altres, singularment apert scriviren lurs vots en sengles ceduletes de paper, ço és, los noms d'aquells dos del dit memorial que·ls plaguen».⁶

LA PRÁCTICA DE LA ADMINISTRACIÓN: LA GESTIÓN PATRIMONIAL Y ASISTENCIAL

Si bien los estatutos y los acuerdos fundacionales ofrecen una imagen algo vaga de las funciones de los administradores del Hospital de la Santa Cruz, no cabe duda de que su responsabilidad principal era la defensa de la institución y, especialmente, de su patrimonio. En este sentido, la documentación notarial, que es la principal ventana a la realidad de la gestión hospitalaria para el siglo XV, muestra a los administradores como representantes públicos del hospital, intercediendo en su favor ante particulares, diferentes instituciones religiosas o civiles o la misma monarquía.⁷ Encontramos uno de los ejemplos más claros de esta función de representación y defensa en el conflicto que enfrentó al obispo de

³ Roca, Josep M.^a (ed.), *Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona (any MCCCCXVII)*, Barcelona, Fidel Giró, impressor, 1920.

⁴ AHHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'Hospital*, ff. 29-30.

⁵ Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona (AHCB), *Deliberacions* 1B. II-4, f. 113.

⁶ AHCB, *Deliberacions* 1B. II-9, ff. 131v-132.

⁷ AHHSCSP, *Manual quint de Joan Torró*, f. 25r; AHHSCSP, *Herències, llegats*. Vol. VIII. Inv. 1. Carpeta 77/5.

Barcelona Simó Salvador y a la administración. Al parecer, Salvador, a pesar de su corresponsabilidad con el hospital, pretendía quedarse parte de sus rentas.⁸ Ante esta situación, los administradores, tanto seculares como eclesiásticos, defendieron la integridad patrimonial de la institución con el apoyo de la ciudad: el gobierno municipal llegó a pedir la destitución del obispo al rey y al concilio de Basilea, sin resultados.⁹

En lo que se refiere a la gestión del patrimonio, esclarecer el grado de intervención real de los administradores resulta algo más complicado. Según Uta Lindgren, los administradores se limitaban a supervisar la actividad de los diferentes oficiales, sin actuar, habitualmente, como promotores de iniciativas específicas.¹⁰ Estas apreciaciones son, quizás, demasiado simplificadoras. Los manuales notariales muestran los administradores intercediendo en la incorporación, cesión o gestión de posesiones urbanas y rurales, esclavos y censales, así como en el nombramiento de procuradores. Es cierto que se trata de una actividad irregular, que parece variar entre diversas administraciones.

Más allá de la gestión patrimonial, la intervención de los administradores en las prácticas asistenciales es aún más difícil de determinar. Evidentemente, el contacto directo con los pobres enfermos, dementes y expósitos recaía sobre los oficiales específicamente dispuestos para ello. Excepcionalmente, los administradores aparecen en algunos contratos de *afermament* de expósitos.¹¹ Asimismo, diversas notas que acompañaban a muchos de estos niños en el momento de abandono apelaban directamente a los administradores.¹² Ya en el siglo XVI, los libros de actas de los administradores contienen referencias directas a pacientes concretos y a sus circunstancias. La implicación de los administradores con la dimensión asistencial del hospital debía ser, pues, mucho más intensa que lo que las fuentes disponibles para el siglo XV dejan entrever.

⁸ AHCB, *Deliberacions* 1B. II-2, f. 113.

⁹ AHCB, *Lletres closes* 1B. VI-9 f. 57r; *Lletres comunes originals* 1B. X-12, f. 24r.

¹⁰ Lindgren, Uta, *Bedürftigkeit, Armut, Not. Studien zur spätmittelalterlichen Sozialgeschichte Barcelonas*, Münster Westfalen, Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung, 1980, p. 77.

¹¹ AHHCSP, *Manual primer de Joan Torró*, f. 11v-bis; *Manual quint de Joan Torró*, f. 6v.

¹² Vinyoles, Teresa y González, Margarida, «Els infants abandonats a les portes del Hospital de Barcelona (1426-1439)», en Riu, M. (ed.), *La pobreza y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval. Vol. 2*, Barcelona, CSIC, 1982, pp. 256-285.

LA PRÁCTICA DE LA ADMINISTRACIÓN: LOS PROCESOS DE ELECCIÓN

Sin lugar a duda, los procesos de elección de los administradores recogen el mayor número de irregularidades detectadas. De hecho, en las citadas ordenanzas municipales del 1448 se explicitaba la necesidad de regular con mayor intensidad el sistema de elección, «*car moltes vegades los honorables consellers, pus hi avia administradors, no curaven de elegir-ne altres*».¹³ Efectivamente, los casos en los que algún administrador alargaba su cargo más allá de los dos años previstos en los textos normativos son frecuentes. Ya en 1410, solamente 9 años después de la fundación del hospital, el administrador Ramon Desvall alargó su cargo tres años, superando así la limitación bianual.¹⁴ Desvall no sería el último: hasta 13 administradores seculares incumplen la duración de sus mandatos en el siglo XV. Entre estos, encontramos casos tan excepcionales como los de Miquel de Montjuïc, ciudadano que ocupó el cargo de administrador durante siete años ininterrumpidos entre 1438 y 1445, o el del mercader Francesc Sescorts, que lo ocupó durante cinco años entre 1459 y 1464.¹⁵ Asimismo, diversas elecciones no se llevaron a cabo durante la fiesta de la Santa Cruz de mayo, tal y como establecían los estatutos.

Estas infracciones dejan muy poca huella en la documentación conservada y no resulta sencillo revelar sus motivos y circunstancias. A pesar de esto, la documentación generada por el municipio contiene algunas excepciones de interés, como las ya citadas ordenanzas del 1448 que intentan regular las elecciones de los administradores poco después del larguísimo mandato de Miquel de Montjuïc. El caso más relevante es, seguramente, el del administrador Jaume Sapila. En el 1453, en el marco de los conflictos entre la *Busca* y la *Biga* en Barcelona, Sapila renovó su cargo por cuarto año consecutivo, aduciendo la continuidad de unas obras iniciadas bajo su supervisión. En cambio, Bertran Torró, escogido administrador el año anterior y dirigente del bando popular, fue sustituido antes de completar su mandato por el *biga* Pere Sastrada.¹⁶ Un año después, con los *buscaires* ya asentados en el poder, la *Conselleria* y los 12 prohombres establecidos revocaron a Sapila y a Sastrada, alegando el incumplimiento de los estatutos y,

¹³ AHCB, *Deliberacions* 1B. II-4, f. 113.

¹⁴ AHHSCSP, *Manual terç de Joan Torró*, f. 2v; *Manual quart de Joan Torró*, f. 3v.

¹⁵ AHHSCSP, *Manual novè de Joan Torró*, f. 3v; f. 104v. Lindgren, Uta, *Bedürftigkeit, Armut...*, op. cit., tabla 25.

¹⁶ AHCB, *Deliberacions* VII, f. 98.

significativamente, que la sustitución de Torró por Sastrada fue una maniobra de la oligarquía *biga* para echar del hospital a dos oficiales, uno de la cuales era un destacado miembro de la *Busca*.¹⁷

El episodio es especialmente relevante porque añade un importante significado a los procesos de elección antiordinacionales: el control de la institución sería algo tan deseable, y especialmente en un contexto de crisis política, que justificaría el incumplimiento de los textos normativos. En efecto, los relevos de los *biga* Sapila y Sastrada fueron el mercader Jofre Sirvent y el ciudadano Miquel Desplà, ambos próximos, en menor o mayor grado, a la *Busca*. A pesar de la retórica legitimista del proceso, la voluntad de controlar el hospital emergió de nuevo. El nuevo gobierno *buscaire* estableció que Sirvent había de ocupar la administración durante cuatro años y Desplà durante tres, una maniobra antiordinacional que, seguramente, buscaba asegurar la ascendencia de la *Busca* y de los nuevos administradores sobre la institución asistencial.¹⁸

PERFIL SOCIAL Y POLÍTICO

Tal como prescribían los textos fundacionales o las ordenanzas municipales del 1448, la elección de los administradores seculares recaía, principalmente, en los cinco *consellers* que ocupaban la más alta magistratura del gobierno barcelonés. En consecuencia, la suerte de los administradores seculares estaba íntimamente ligada a las dinámicas de la política municipal. Durante la primera mitad del siglo XV, el hospital de la Santa Cruz de Barcelona fue patrimonio casi exclusivo de la oligarquía urbana. Eran las grandes familias de la ciudad, un conjunto muy emparentado que detentaba la cúspide del poder local y que, durante la baja edad media, desarrolló un fuerte sentido de identidad grupal, con denominaciones propias como *burguesos* en Perpiñán, *ciutadans* en Gerona o *ciutadans honrats* en Lérida y en la misma Barcelona.¹⁹ Se trataba, pues, de los Bussot, Dusay, Ferrer, Marimon, Fivaller, Santcliment o Marquet que, desde el siglo XIV, ocupaban el poder en el *Consell*.²⁰ Su dominio del gobierno municipal iba

¹⁷ AHCB, *Deliberacions* 1B. II-9, f. 30v.

¹⁸ AHCB, *Deliberacions* 1B. II-7, f. 186v., 187.

¹⁹ Sabaté, Flocel, «Ejes vertebradores de la oligarquía urbana en Cataluña», *Revista d'història medieval*, 9 (1998), p. 138.

²⁰ Ferrer Mallol, M.^a Teresa, «Altres famílies i membres de l'oligarquia barcelonina», en Batlle, C. et al., *El «Llibre del Consell»...*, pp. 272-346.

estrechamente asociado a un auténtico monopolio sobre la mayoría de los oficios, o al menos sobre los más lucrativos, generados durante los siglos XIV y XV,²¹ incluyendo el de administrador del Hospital *d'en Pere Desvilar*.²² A partir de su fundación, el hospital de la Santa Cruz se incorporaría a este entramado de oficios: de los 41 administradores identificados para el periodo de 1401-1454, 38 son ciudadanos honrados y tan solo tres (Guillem Colom, Joan Boscà y Betran Torró) forman parte del estamento de los mercaderes.

El férreo control del hospital general barcelonés por parte de la oligarquía terminó con las reformas del gobierno municipal del 1453, impulsadas por Alfonso el Magnánimo. Con el fin del monopolio de los *honrats* sobre la *Conselleria*, el número de mercaderes entre los administradores aumentó de forma muy significativa. Si en el periodo anterior se encontraban en clara minoría, a partir del acceso de las manos mediana e inferior al gobierno, los mercaderes llegaron a superar a los ciudadanos: de los 37 administradores identificados para el periodo de 1454-1498, 20 son mercaderes, siendo el resto ciudadanos. De hecho, se percibe claramente una tendencia según la cual un ciudadano honrado y un mercader compartían la administración, con algunas excepciones concentradas en los periodos de conflictividad entre la *Busca* y la *Biga*.²³ Artistas y menestrales, incluidos en la reforma del Magnánimo, restaron excluidos: el hospital seguía siendo un coto privado de los ricos y poderosos de la sociedad barcelonesa, a pesar de la relativa apertura propiciada en 1453.²⁴

Los cambios estructurales en el gobierno municipal tendrían, pues, un efecto determinante en la gestión del hospital. La inclusión de los mercaderes en la política hospitalaria aún dejaba sitio para los representantes de las viejas familias

²¹ Ortí, Pere, «El Consell de Cent durant l'Edat Mitjana», *Barcelona Quaderns d'Història*, 4 (2001), p. 28.

²² Batlle, Carme, *La crisis social y económica de Barcelona a mediados del siglo XV*, vol. I, Barcelona, CSIC, 1973, p. 80.

²³ Lindgren, Uta, *Bedürftigkeit, Armut...*, *op. cit.*, tabla 25.

²⁴ No resulta sencillo establecer con precisión los límites entre los ciudadanos honrados y los mercaderes más prestigiosos y acaudalados, por lo menos hasta la elaboración de las matrículas de ciudadanos y mercaderes, ya a finales del siglo XV. En muchas ocasiones, los mercaderes más ricos se perciben a ellos mismos como iguales a los *honrats*. Sin lugar a dudas, la élite de la Barcelona bajomedieval iba mucho más allá del estamento superior de los ciudadanos honrados. Batlle, Carme, «Estudi històric», en Batlle, C. *et al.*, *El «Llibre del Consell»...*, pp. 36-38; Palos, Josep L., «L'èlite social de Barcelona al començament de l'Època Moderna», *Pedralbes. Revista d'Història Moderna*, 11 (1991), p. 68.

de la oligarquía, como los Gualbes, Marquet o Carbó, pero a partir del 1454 habían de compartirla con los *homines novi* de la política barcelonesa, como el mercader Jofre Sirvent o Lluís Setantí. El caso de este último refleja muy bien la profunda interacción entre la política municipal y la administración del hospital. Setantí era miembro de una familia de mercaderes de origen italiano que, durante el siglo XV, fue ascendiendo social y económicamente en Barcelona.²⁵ Por su apoyo a la *Biga*, obtuvo el ascenso a la categoría de ciudadano honrado, el acceso a la *Conselleria* en 1460 y en 1461 el cargo de administrador del hospital, siendo *conseller*: significativamente, su entrada en la administración hospitalaria coincidió con la recuperación progresiva del poder municipal por parte de la oligarquía en los años inmediatamente anteriores a la guerra civil catalana.

El cargo de administrador se encontraba, pues, plenamente integrado en las estructuras de la política urbana barcelonesa. En este sentido, la administración pasó a formar parte del *cursus honorum* urbano, un cargo más en el extenso panorama de oficios que generó el proceso de consolidación del municipio autónomo. Al contrario que otros cargos, como el de obrero, diferentes elementos parecen indicar que se trataba de una posición de madurez.²⁶ En muchos casos los administradores contaban con una dilatada carrera política en el municipio, habiendo ejercido ya como *consellers* en una o diversas ocasiones, y, en consecuencia, con una edad más o menos avanzada: el mismo Setantí nació en el 1417, accediendo a la administración con 44 años. El citado Sirvent, su rival político, aparece activo en la vida pública de la ciudad desde los años 30 y accede a la administración en 1454 y en 1458, en ambos casos siendo *conseller*, y en 1467, ya como anciano.²⁷

Un elemento de gran interés es el de la transformación del rol del Hospital *d'en Pere Desvilar* en el *cursus honorum* urbano a partir de la fundación del hospital de la Santa Cruz. Durante el siglo XIV, como ya se ha comentado, la oligarquía barcelonesa ocupó buena parte las plazas de administrador, escogidas anualmente en diciembre. Efectivamente, entre los nombres de los administradores del hospital se encuentran los ya conocidos Marquet, Carbó o Serra, con la inclusión más o menos esporádica de mercaderes. Poco después de la fundación del Hospital de la Santa Cruz, y de forma clara a partir de los años 20 del siglo XV, la composición social de los administradores del Hospital *d'en Pere Desvilar*

²⁵ Batlle, Carme, *La crisis social y económica de Barcelona...*, op.cit., pp. 211 y 351.

²⁶ Batlle, Carme, «Estudi històric», en Batlle, C. et al., *El «Llibre del Consell»...*, p. 35.

²⁷ Batlle, Carme, *La crisis social y económica de Barcelona...*, op.cit., pp. 139-141.

cambió de forma crucial: del monopolio oligárquico se pasó a la presencia sistemática de un artista y un menestral.²⁸ Una concesión a las clases populares en un contexto de creciente tensión política que no se puede entender sin la entrada en juego del gran hospital general de la Santa Cruz: el nuevo hospital, más grande, más rico, más honorable, proveía de nuevas oportunidades a una élite enfrascada en dinámicas de competición y colaboración por los oficios municipales. Sin duda, con los apetitos de la oligarquía ya satisfechos, las capas inferiores podían quedarse con las migajas de la política hospitalaria de Barcelona.

CONCLUSIONES

«...*Que quatre persones notables e de virtuosa vida (...) regesquen principalment segons és ja acostumat e adminisren, procuren e defenen lo dit hospital e casa de Santa Creu e tots los universals bens e drets de aquell*». ²⁹ Así enunciaban las ordenanzas del 1417 las responsabilidades de los administradores. ¿Hasta qué punto la práctica de la administración se ajustaba a los requerimientos cívicos recogidos en los textos normativos? Carme Batlle, en sus imprescindibles trabajos sobre la vida pública de la Barcelona medieval, presenta un retrato muy duro de la oligarquía, casi como un grupo de arribistas que se arrapan al gobierno municipal en aras de su engrandecimiento personal.³⁰ No es una apreciación sin fundamento. En relación con el hospital, encontramos varios casos en los que la correcta administración de la institución aparece subordinada a intereses políticos o económicos diversos. En un espíritu similar, se podrían asociar los numerosos incumplimientos de los textos normativos con un desinterés de los administradores hacia el cargo. Asimismo, las ordenanzas del 1448 se pueden interpretar como un intento del municipio para poner remedio a una cierta in-

²⁸ Batlle data este fenómeno con unas ordenanzas municipales del 1439. Las ordenanzas parecen recoger una práctica que ya se pueda observar en la documentación municipal a partir del 1423. Batlle, Carme, *La crisis social y económica de Barcelona...*, *op.cit.*, p. 150. Schwartz i Luna, Frederic y Carreras Candi, Francesc (eds.), *Manual de Novells Ardits. Volum I*, Barcelona, Impremta de Henrich y Companyia, 1892, p. 233.

²⁹ Roca, Josep M. (ed.), *Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona (any MCCCCXVII)*, Barcelona, Fidel Giró, impressor, 1920.

³⁰ En diversas ocasiones Batlle cualifica el gobierno de los ciudadanos honrados como «egoísta», que asimilaba los intereses del país con los propios. Batlle, Carme, *La crisis social y económica de Barcelona...*, *op.cit.*, pp. 87, 131.

diferencia hacia el buen gobierno del hospital, después de un largo período de administraciones extraordinariamente largas. Otro ejemplo: el ciudadano Guillem Oliver fue escogido administrador, pero nunca desempeñó el cargo, ocupado en otra responsabilidad pública que sin duda consideraba más beneficiosa para el bien común o para su bien particular.³¹ Casos como este pueden incluso sugerir que el cargo de administrador no era ni tan si quiera demasiado deseable para los prohombres barceloneses.

Algunos elementos, pero, parecen desmentir, o al menos mitigar, estas interpretaciones. Por un lado, el citado enfrentamiento entre el obispo y la ciudad muestra una evidente preocupación por parte de los administradores y el gobierno municipal hacia las rentas y el buen hacer del hospital. Por otro, los duros conflictos entre la *Busca* y la *Biga* por el control del hospital invitan a reivindicar la importancia de la institución y, por ende, del cargo de administrador. Incluso se percibe tímidamente en la documentación la existencia de estrategias de acceso a la administración. No es de extrañar: el hospital era una institución grande, rica y bien integrada en la política urbana, y la administración suponía participar del control de numerosas rentas y oficios, elementos clave en la vida pública de la ciudad medieval.³²

¿Bien común res-publicano o una elite avariciosa de dinero y poder? Profundizar en las dinámicas políticas y públicas de los hospitales bajomedievales no acepta respuestas maniqueas. La relación de la élite barcelonesa con el hospital de la ciudad se debe entender, pues, desde la cultura política propia de esta misma élite. Una élite con una concepción corporativista del poder, pero tam-

³¹ Guillem Oliver, escogido administrador en mayo del 1415 aparece, en el mes de junio del mismo año, como «*in certa rem publicam ocupatis*», el noviembre ja se hace explícito la falta de voluntad del administrador para desempeñar su cargo: «*administracionem ipsius hospitalis intendere non valentes*» AHHSCSP, *Manual quint de Joan Torró*, f. 17v, 29v.

³² El año 1431 el hospital gestionaba una suma cercana a los 100.000 sueldos, una cantidad nada menospreciable. Sánchez-Martínez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)», en Huguet-Termes, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*. Lleida, Milenio (2014), pp. 178-179. Como comparación, el presupuesto anual de la *taula de canvi* aprobado por el gobierno de Barcelona para el año 1436 era de 27.075 libras, esto es, 541.500 sueldos y, a finales del siglo XIV, el Hospital *d'en Clapers*, una fundación burguesa en la ciudad de Valencia contaba con unos 10.000 sueldos anuales. Rubio Vela, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*. Valencia, Institució Alfons el Magnànim, 1984: pp. 91-92; Ortí, Pere, «Les finances municipals de la Barcelona dels segles XIV i XV: del censal a la Taula de Canvi», *Barcelona Quaderns d'Història*, 13 (2007), p. 275, tabla 3.

bién participe de unos ideales cívicos de bien público sin los cuales no se pueden entender los procesos de transformación que protagonizó el paisaje hospitalario barcelonés entre los siglos XIV y XV.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- BATLLE, Carme, *La crisis social y económica de Barcelona a mediados del siglo XV*, Barcelona, CSIC, 1973.
- , «Estudi històric», en Batlle, C. *et al.*, *El «Llibre del Consell» de la ciutat de Barcelona. Segle XIV: les eleccions municipals*, Barcelona, CSIC, 2007, pp. 11-49.
- FERRER MALLOL, M.^a Teresa, «Altres famílies i membres de l'oligarquia barcelonina», en Batlle, C. *et al.*, *El «Llibre del Consell» de la ciutat de Barcelona. Segle XIV: les eleccions municipals*, Barcelona, CSIC, 2007, pp. 269-344.
- LINDGREN, Uta, *Bedürftigkeit, Armut, Not. Studien zur spätmittelalterlichen Sozialgeschichte Barcelonas*, Münster Westfalen, Aschendorffsche Verlagsbuchhandlung, 1980.
- ORTÍ, Pere, «El Consell de Cent durant l'Edat Mitjana», *Barcelona Quaderns d'Història*, 4 (2001), pp. 21-48.
- , «Les finances municipals de la Barcelona dels segles XIV i XV: del censal a la Taula de Canvi», *Barcelona Quaderns d'Història*, 13 (2007), pp. 257-282.
- PALOS, Josep L., «L'èlite social de Barcelona al començament de l'Època Moderna», *Pedralbes. Revista d'Història Moderna*, 11 (1991), pp. 67-78.
- ROCA, Josep M.^a (ed.), *Ordinacions del Hospital General de la Santa Creu de Barcelona (any MCCCCXVII)*, Barcelona, Fidel Giró, impressor, 1920.
- RUBIO VELA, Agustín, *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Valencia, Institució Alfons el Magnànim, 1984.
- SABATÉ, Flocel, «Ejes vertebradores de la oligarquía urbana en Cataluña», *Revista d'història medieval*, 9 (1998), pp. 127-150.
- SÁNCHEZ-MARTÍNEZ, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)», en Huguet-Termes, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 177-211.
- SCHWARTZ I LUNA, Frederic y CARRERAS CANDI, Francesc (eds.), *Manual de Novells i Ardits. Volum I*, Barcelona, Impremta de Henrich y Companyia, 1892.
- VINYOLES, Teresa y GONZÁLEZ, Margarida, «Els infants abandonats a les portes del Hospital de Barcelona (1426-1439)», en Riu, M. (ed.), *La pobresa y la asistencia a los pobres en la Cataluña medieval. Vol. 2*, Barcelona, CSIC, 1982, pp. 191-285.

ALS HOSPITALS DE VALÈNCIA: ANALFABETISME I ALFABETITZACIÓ (1450-1518)

ALFREDO GARCÍA FEMENIA

Universitat de València

UN ENCONTRE NECESSARI

Els llibres d'albarans examinats a l'Arxiu Històric Municipal de València i a l'Arxiu de la Diputació Provincial de València¹ ens possibiliten mostrar la relació dels alfabetitzats i els analfabets amb l'administració dels hospitals, especialment com aquests últims salvaven l'obstacle del desconeixement de l'escriptura per a dur a terme l'acció administrativa² en unes institucions regides per una «burgèsia» urbana lletrada.

Cauríem en l'equívoc si pensàrem que l'analfabet és simplement aquell que no té la capacitat de llegir i/o escriure. L'albarà està elaborat en un context i per a una raó molt ben definits: la justificació d'un acte administratiu. Podem afirmar que aquells que no saben redactar-lo/interpretar-lo són alfabetitzats, i aquells que no poden són analfabets? Ens tornàrem a equivocar. Hauríem de tindre present el context socioprofessional de l'autor material de la font, la seua procedència geogràfica i altres diversos factors per a considerar a algú d'alfabetitzat/analfabet, doncs depenent de les necessitats de cada individu, es tindria o no la capacitat per a desxifrar un tipus de text o altre, poder realitzar comptes, saber llegir/escriure un tipus d'escriptura o altra, etc. Per comoditat, i sense deixar de banda el que acabem de

¹ AHMV i ADPV, respectivament. Les referències d'aquest últim són del fons de l'*Hospital General*, secció *Llibres de conte i raó*.

² Els hospitals havien de rendir comptes a les autoritats municipals, per això realitzaven llibres administratius amb els quals justificar l'exercici econòmic. En aquests llibres, a l'apartat de les *dates* –despeses–, hom pot trobar els albarans on l'individu interessat en rebre el salari corresponent per la venda d'un be o la realització d'un servei escrivia que aquesta acció s'havia efectuat correctament.

dir, emprarem els termes alfabetitzat/analfabet per a diferenciar els que saben o no escriure els albarans, doncs és en el context de la seua elaboració per a la gestió administrativa on pretenem analitzar els distints nivells d'alfabetització de la societat valenciana dels albars del Renaixement.

L'analfabet emprà l'escriptura —eina essencial que les administracions necessitaven per al seu correcte funcionament— amb l'ajuda dels alfabetitzats, provocant relacions de dependència.³ Aquests il·letrats hauran de fer ús de l'escriptura quan l'administrador de l'hospital els demane realitzar un albarà, és a dir, un «rebut justificatiu del pagament efectuat per una entitat determinada a algú que havia dut a terme algun treball per a ella».⁴ Per què l'albarà com a font d'estudi? Són molts els treballs que han demostrat la importància d'aquesta font documental per a l'estudi de l'alfabetització, doncs «ens permeten conèixer una situació particular i comuna a totes les societats pretèrites: el moment d'encontre, inclús seria millor dir de xoc, entre dos sistemes culturals oposats, l'oralitat i l'escriptura»,⁵ degut a que es tracta de documentació de caràcter autògraf o pel fet de reflectir la incapacitat o absència de l'interessat, el qual ha d'acudir a algú per a que li redacte el rebut en el seu nom.

QUOM YO NO SÉ ESCRIURE...

Aquest albarà, doncs, havia de ser redactat per l'interessat, però com l'analfabet no podia escriure *manu propria* dit document, necessitava d'altres individus, als quals localitzava al petit cercle dels alfabetitzats, creant el que es coneix com a *delega grafica*.⁶ Els albarans estudiats presenten tres situacions distintes en les què aquells incapaços d'escriure reconeixen el seu impediment i deleguen la redacció del rebut a una altra persona. Un exemple de la primera situació la veiem en un albarà manat escriure al prevere Joan Boix pels llauradors Domingo Gombau i Jaume Llopis:

³ Gimeno Blay, Francisco M., «Los analfabetos y la administración. Notas sobre sus relaciones a través de la escritura», *Scripta manent: de las ciencias auxiliares a la historia de la cultura escrita*, Granada, Universidad de Granada, 2008, p. 154.

⁴ *Ibidem*, pp. 154-155.

⁵ *Ibidem*, p. 153.

⁶ Petrucci, Armando, «Scrittura, alfabetismo ed educazione grafica nella Roma del primo Cinquecento: da un libretto di conti di Maddalena Pizzicarola in Trastevere», *Scrittura e Civiltà*, II (1978), pp. 181-183.

*E com és ver, de voluntat nostra, per quant no sabem escriure, avem fet fer lo present albarà a Johan Boix, prevere, a VII de jener any Mil CCCCLXXX sis.*⁷

La segona situació continua mostrant-nos el desconeixement escriptorari per part d'un sastre il·letrat, *Daniel Eximénez*:

*Fas vos fer lo albarà scrit de mà de Bernat Tàrega, a XVIII de noembre any 1455.*⁸

En aquest exemple, el suposat analfabet no declara explícitament que no sap escriure. Aquest dubte es resol cercant al personatge en altres albarans i veient si continua actuant com a autor jurídic reiterant la *delega grafica* o com a escriptor del rebut; d'aquesta manera, podem situar-lo en el grup d'alfabetitzats o, per contra, en el dels analfabets.

Açò ens duu a l'última situació, la qual s'ha de tindre present a pesar de no estar sempre citada a la documentació: l'absència física de l'interessat o l'impediment físic en el moment de la redacció:

*E per estar lo dit Gesmundo enpedit de la mà [...] fer lo present de voluntat sua, de mà mia, any e dia sobrescrits.*⁹

Desconeixement de l'escriptura, absència o impediment físic són, doncs, les tres situacions per les què es produeix la *delega grafica* a la baixa Edat Mitjana i al Renaixement. La documentació ens mostra una sèrie de tòpics entre aquells marginats i exclosos de la cultura escrita que acudeixen a aquests escriptors delegats: llauradors, musulmans i dones. Entre aquestes últimes són nombroses les dides, encarregades d'al·letar als expòsits i a les què l'hospital pagava per aquesta tasca:

*Yo, Johan Sentfeliu, notari, faç testimoni a vos [...] haveu donat e pagat a na Caterina, muller d'En Francesch Pérez, laurador de València [...] per nodere e criar Johana pobra...*¹⁰

Gimeno Blay va poder comprovar com el 100% de les dides de l'Hospital General eren analfabetes –hem pogut constatar que entre 1450 i 1518¹¹ no hi ha cap dida que sàpiga escriure– i que, per a poder trobar alguna dona amb coneixements escriptoraris, va acudir als llibres administratius de monestirs valen-

⁷ ADPV. V-1/68, *Llibre d'albarans*.

⁸ AHMV. *Hospitals*, 349 (3), núm. 11 (*albarà solt*).

⁹ ADPV. V-1/102, f. 42v.

¹⁰ AHMV. *Hospitals*, 350 (3), núm. 8 (*albarà solt*).

¹¹ Dates extremes de l'empresa administrativa de Jaume Roig –autor de l'*Espill*– i del seu fill, Gaspar Jeroni.

cians.¹² Per tant, no resulta sorprenent que els únics autògrafs femenins que hem trobat a la documentació siguin d'una dona benestant i d'una religiosa del convent de la Saïdia.¹³

A pesar de ser molts els musulmans que han delegat la funció escripturària, la recerca ens ha proporcionat dos albarans inèdits escrits en grafies àrabs –Fig. 1 a i b–, un d'ells relacionat amb la producció de draps i l'altre amb la venda d'oli.¹⁴ Hem de pensar que, de la mateixa forma que ocorria en la societat cristiana, la gran majoria dels musulmans eren llauradors, i que sols una petita minoria podia adquirir els coneixements lecto-escripturaris necessaris, cosa que podem confirmar perquè sols hem pogut localitzar a aquests dos musulmans –Ahmed Samaja i Alí Azakar– que sabien escriure entre els 251 que ens apareixen als rebuts administratius.

Aquests il·lustrats deixen constància de la seua procedència social i geogràfica en moltes ocasions. La primera d'elles ens ajuda a relacionar el coneixement –o no– escripturari amb el grup social al què pertany –quasi sempre coincideixen les esferes socials inferiors amb els analfabets–, mentre que la segona, si es redactava a l'albarà, ens permet realitzar –amb precaucions– una geografia de l'analfabetisme. La principal zona «emigratòria» la trobem a la pròpia ciutat de València i a la seua horta, d'on arriben els proveïdors de productes artesanals i els treballadors de l'hospital; de la Ribera del Xúquer, de l'horta de Gandia i de les vall d'Alfandech i d'Uixó, s'apropen els musulmans per a vendre productes tan bàsics com són gallines, pollastres i ous; per últim, de la zona de Xelva, als Serrans, s'acosta gran quantitat de dides. Els analfabets els trobem, *ergo*, a les zones agrícoles i rurals.

PREGÀ A MI, DAMUNT DIT, QUE LI ESCRIVÍS LO DIT ALBARÀ

Amb la *delega grafica*, doncs, s'aproparà l'escriptura a aquells que no poden o no saben emprar-la. Sobre qui recau la *delega grafica*? L'analfabet troba moltes

¹² Gimeno Blay, Francisco M., «Analfabetismo e alfabetizzazione femminili nella Valencia del Cinquecento», *Annali della Scuola Normale Superiore di Pisa*, III, vol. XXIII, 2 (1993), pp. 573-574.

¹³ Joana Martorella –ACV. *Lligalls*, 1292, f. 15r; any 1517– i Catalina Muñoz, monja del monestir de la Saïdia –ARV. *Clergat*, *Llibres 3116, 4142 i 4144*.

¹⁴ Les transcripcions he d'agrair-li-les a la catedràtica Carmen Torres Barceló: a) *Jo, Ahmed Samaja, reconec que t'he venut a tu, senyor Çaera, tres fardellets per cent i seixanta-sis sous. He rebut cent seixanta-cinc sous. 165*; b) *Jo, Alí Azakar, de Castellón, he rebut d'oli dos i [sic] i trenta*.

solucions, algunes de les quals les fa a través, per exemple, del seu fill, com l'hospitaler *Johan Valero* –*E per què yo no sé escriure fas fer lo present de voluntat mia a mon fil, Jaume Valero, lo primer de janer D y huyit*–,¹⁵ d'un professional de l'escriptura, com el *mestre Balaguer*, que el *XVI de març any mil cinch-cents e dos* acudeix a *Johan Serra, notari*,¹⁶ dels eclesiàstics –el *VI de març any mil CCCCLXXXVI, Francesch Lop, perayre*, acudí a *Johan Boix, prevere*–¹⁷ o de treballadors de l'hospital, com *Johan Maria*, que fa *testimoni com lo magnífic mossén Jeroni Roig... a paguat Çat Toret, moro de Carlet*.¹⁸

Al ser tants els casos de *delega grafica*, amb oficis que van des dels apotecaris fins als escolans, no podem establir quins criteris de selecció emprarien els analfabets. Tal vegada, fer ús d'un fragment del *Quijote* ens oferisca informació d'aquests criteris:

El Bachiller se ofreció de escribir las cartas a Teresa de la respuesta; pero ella no quiso que el Bachiller se metiese en sus cosas, que le tenía por algo burlón, y así dio un bollo y dos huevos a un monacillo que sabía escribir, el cual le escribió dos cartas...¹⁹

És possible que la raó per la què l'analfabet acudia a una persona o altra fóra la confiança, tant en familiars o amics com en persones el càrrec de les quals els atorgava cert crèdit i mai mentirien o ocultarien res a l'analfabet que els busqués, com els homes d'església o els notaris.²⁰ El recompte dels oficis esmentats als 2.795 albarans que han sigut escrits per a altres²¹ ens aporta una informació molt valuosa: 1.198 els han redactat vuitanta-set eclesiàstics;²² els segueix el per-

¹⁵ ADPV. V-1/88 (*albarà solt*).

¹⁶ ADPV. V-1/83, *Llibre d'albarans*. Són pocs els casos de notaris que escriuen en nom d'altres, suposem que es deuria a que els analfabets s'estalviarien pagar el salari al notari acudint a familiars o veïns. En Gimeno Blay, Francisco M., «Los analfabetos y la administración. Notas sobre sus relaciones a través de la escritura», *op. cit.*, p. 159.

¹⁷ ADPV. V-1/68, *Llibre d'albarans*.

¹⁸ ADPV. V-1/102, f. 1r.

¹⁹ Cervantes Saavedra, Miguel de, *El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha*, dirigida per Francisco Rico, Barcelona, II, cap. L, 2004, p. 1140.

²⁰ Gimeno Blay, Francisco M., «Analfabetismo e alfabetizzazione femminili nella Valencia del Cinquecento», *op. cit.*, p. 578.

²¹ El total d'albarans estudiats relatiu als hospitals ascendeix a 4.448. D'aquests, 1.653 els escrigué l'alfabetitzat per a si mateix.

²² Frares, escolans i preveres, entre altres. El 75% dels albarans escrits per aquests, els redactaren Miquel Palós –465–, Joan Abat –cent seixanta-un– i Bernat Vidal –setanta-nou.

sonal vinculat a l'hospital –administradors, hospitalers i treballadors en general–, setze individus que redacten 733 albarans;²³ els professionals de l'escriptura –trenta-set notaris i escrivans–, es veuen poc representats, doncs sols intervenen en noranta-cinc ocasions;²⁴ seguidament tenim als proveïdors del centre –vint-i-huit formenters, oliers, vinaters...–, que escriuen noranta-dos albarans;²⁵ i, per últim, els treballadors relacionats amb la medicina –quinze apotecaris, barbers, cirurgians, infermers i metges–, redacten huitanta-un rebuts.²⁶ La resta d'oficis intervinents en la confecció d'albarans per als analfabets ho fan mínimament.²⁷ Front a totes aquestes professions esmentades se'ns presenten fins a cent quatre persones sense ofici, tal vegada per no tindre'n o degut a que eren jornalers amb diverses feines. Cap sector professional, doncs, es manté completament apartat de la cultura escrita.

Aleshores, el raonament de Teresa és prou versemblant si ho comparem amb els resultats citats. Aquesta es decanta per una persona a la què el seu càrrec li atorga confiança més enllà del seu cercle familiar o veïnal. Els homes d'església, llavors, com el «monacillo», se'ns presenten com als grans depositaris de la confiança a l'hora de cercar escrivents delegats.

Una vegada analitzades les causes per les què els analfabets acudien a uns i no a altres, i qui és a qui més es dirigien, correspon estudiar paleogràficament les mans que intervenen als albarans. Depenent de l'habilitat escripturària de cada escrivent,²⁸ podem conèixer l'educació gràfica que aconseguí, de normal vinculada al seu grup social, encara que sempre trobem excepcions.

El context social i les situacions vitals dels intervinents gràfics implicaran un major o menor ús de l'escriptura per a finalitats administratives. Els albarans

²³ Joan Maria, hospitaler del centre, redacta dos-cents setanta albarans, i Miquel Daroqui, també hospitaler, n'escriu noranta-vuit.

²⁴ Lluís Adzuara, notari i escrivà del nosocomi, escriu un total de trenta-dos, seguit de Bertran Baiona amb set i Jeroni Micó amb sis.

²⁵ D'aquests, qui més intervé és el vinater Lluís Estellés, trenta-tres vegades; la resta ho fa una o dues ocasions.

²⁶ L'infermer Lluís Alfonso redacta fins a cinquanta-tres d'aquests albarans.

²⁷ Trobem dues excepcions. L'obrer de vila Joan Ferrer s'encarrega de redactar tres-cents dos albarans per a altres persones; en cent set d'aquestes intervencions, a més d'escriure per a altres obrers, s'inclou a ell mateix. L'altre és el fuster Joan Perales, escrivint seixanta rebuts per a gent aliena i quaranta-sis per a si mateix i altres fusters.

²⁸ Les quatre categories esmentades les trobem en Petrucci, Armando, *Historia de la escritura e historia de la sociedad*, València, Universitat de València, 1998, pp. 13-14.

analitzats ens mostren diverses situacions d'alfabetització en quant al coneixement i ús de l'escriptura. Per a aquest estudi no sols podem fixar-nos en la tipologia i la tipicitat de les grafies, és a dir, les característiques formals que identifiquen les variants de l'escriptura manuscrita i la seua major o menor adhesió als models «normals» i canònics; també hem de fixar-nos en l'habilitat que tenia l'escrivent en quant a l'execució, el control motriu de la mà i el control de la ploma, a més d'estudiar la presència d'elements d'ordenació i signes diacrítics, ús d'abreviatures, ortografia, característiques de la llengua, etc.²⁹

Sols un 16% dels alfabetitzats que hem estudiat –cent vint-i-una mans– coneixen l'escriptura de manera elemental, la qual cosa no els impedeix per a escriure, doncs el fet d'haver adquirit aquests coneixements, per mínims que siguen, els diferencia de la gran majoria analfabeta.³⁰ Integren aquest sector de població els mercaders i els corredors d'orella –Fig. 1 c. Manquen d'agilitat a l'hora d'escriure i, per falta de pràctica o de no saber/poder representar les grafies d'altra manera, presenten una cal·ligrafia amb traços lents, sense pràcticament lligams, i molts d'ells no arriben a tancar les lletres. Aquells que simplement firmen a la fi de l'assentament comptable –un total de cinc– també s'inclouen en aquest grup, demostrant que empren l'escriptura per a realitzar solament aquesta acció.

Entre aquells que redacten l'albarà per complet trobem diverses habilitats, però la que més predomina és l'usual. Aquest grup –cinc-centes cinquanta-cinc mans– està format principalment per eclesiàstics, però també trobem artesans i treballadors manuals molt acostumats a emprar l'escriptura per a realitzar les tasques administratives –Fig. 1 d. Una part de les mans, a pesar de tindre un bon control de la ploma, no empren els elements textuais de la mateixa manera, assemblant-se a la redacció dels textos més elementals –Fig. 2 a. Si tenim present que aquesta destresa és la més freqüent entre tots els sectors professionals i, especialment, en els grups socials mitjans i baixos, és lògic pensar que els analfabets, que pertanyien a aquestes col·lectivitats, acudirien a aquests i no a aquells amb unes capacitats escripturàries més elevades.

Entre els que presenten una execució pura, canònica, trobem gran varietat d'individus –Fig. 2 b–, sent nombrosos els preveres, escriptors i algun doctor

²⁹ Petrucci, Armando, «Scrittura, alfabetismo ed educazione grafica nella Roma del primo Cinquecento: da un libretto di conti di Maddalena Pizzicarola in Trastevere», *op. cit.*, pp. 166-168; Bartoli Langeli, Attilio. «Historia del alfabetismo y método cuantitativo», *Signo. Revista de Historia de la Cultura Escrita*, 3 (1996), p. 102.

³⁰ Gimeno Blay, Francisco M., «Los analfabetos y la administración. Notas sobre sus relaciones a través de la escritura», *op. cit.*, p. 154.

en lleis, però també observem gent més humil amb una educació gràfica polida. És lògic que els primers presenten aquesta habilitat per estar més en contacte amb documentació i amb l'escriptura, presentant, per això, una millor cal·ligrafia. Fins a trenta-dues mans les localitzem dintre d'aquesta categoria.

Els professionals de l'escriptura, els notaris, també hi deixen constància de la seua habilitat als diversos llibres, com és el cas de Joan Casanova –Fig. 1 c–, qui escriu amb una lletra molt curada i cursiva, típica d'aquesta professió. Degut a la rapidesa a l'hora d'escriure i a la cursivitat que d'ella es després, conseqüència de l'economia de l'escriptura, es provoca una deformació en les lletres realitzades per aquests professionals.

A excepció dels dos escriptors amb caràcters àrabs, a la València de finals del XV i d'inicis del XVI trobem dos pols d'atracció als què es poden apropar les grafies dels nostres escriptors: un d'ells és l'escriptura gòtica i l'altre la humanística. El 12% dels escriptors presenten una gòtica amb formes arrodonides de transició, corresponents, principalment, a la segona meitat del XV. S'ha observat que al llarg del segle «l'escriptura semigòtica evolucionà cap a formes híbrides gòtico-humanístiques pròximes a la itàlica», responent a «una nota estètica, què, com ocorria en el camp documental, trobava els seus models en la producció procedent d'Itàlia».³¹ Poc a poc, aquestes formes de transició, «de forma espontània o per influències exògenes, donà lloc a l'aparició d'unes formes arrodonides...»,³² provocant que el 88% restant empre una escriptura que s'aproxima a les formes italianes de la humanística, però amb influència de l'escriptura gòtica en molts casos.

Els percentatges d'ús de l'escriptura gòtica entre els diversos grups professionals oscil·len entre el 9% i el 20% en tots els grups analitzats, sent menor entre els mercaders i eclesiàstics, i major entre els artesans i els homes dedicats a la construcció; dades què no ens permeten vincular un tipus d'escriptura amb un sector professional.

³¹ Mandingorra Llavata, M.^a L., *La escritura humanística en Valencia: su introducción y difusión en el siglo XV*, València, Universitat de València, 1986, pp. 32-33.

³² Gimeno Blay, Francisco M., «De la “luxurians litera” a la “castigata et clara”. Del orden gráfico medieval al humanístico (siglos XV-XVI)», *Litterae Caelestes*, 2 (2007), pp. 10-11.

A MODE DE CONCLUSIÓ

Els resultats ens mostren una societat on el coneixement de l'escriptura és necessari per a realitzar accions tan bàsiques com redactar un albarà, provocant relacions de dependència entre aquells que no han adquirit aquest habilitat i els que sí que ho han fet. Aquests últims són la connexió entre la majoria analfabeta i el petit grup d'alfabetitzats, convertint-se en un sector de la població importantíssim per a apropar aquesta eina a la resta de la societat.

Els analfabets depositaran la seua confiança en familiars, companys de feina i eclesiàstics, normalment individus amb una escriptura com a mínim «usual», però també observem casos en què acudeixen a alfabetitzats amb una habilitat gràfica més elemental, individus que, a pesar d'esborrallar les grafies, són assidus en el món de la *delega grafica*. L'escassa capacitat a l'hora d'escriure en molts d'ells no els impedeix per a realitzar aquesta acció; ni ells es senten avergonyits de la seua manera de traçar les lletres ni els administradors els prohibeixen escriure als llibres de comptabilitat, doncs el fet de tindre aquests coneixements, per mínims que foren, ja era un signe distintiu en una societat majoritàriament analfabeta. No obstant això, aquests il·letrats saben de la importància de l'escriptura i, d'una manera o d'altra, aconsegueixen creuar la frontera, surten del seu ambient de confort, dominat per l'oralitat, per a endinsar-se en el món oposat, el de l'escripturalitat, imperant a l'administració hospitalària.

a

انا احمد سماحة شرف على تيسر عود
 معية اليك فليكن واسير لانا من فرد بيلا
 منى ما يتى شلة وا حنت وانيت شلة
 منى ما يتى شلة وا حنت وانيت شلة
 منى ما يتى شلة وا حنت وانيت شلة
 ١٥٤

b

الحق انك من كبريتش بيز وقتك ا شيت و
 وقتك

c

- yo alopo de ho cope de de opita
 Ven or do mel siloy lo par afo
 de pppuy paga pppuy m

d

yo plla munte fmo confes auer rebut de uos sempre en pare mati per
 huma post de pziuda fio plamo de las e doo de ample tra sou pe mes
 huma cura de esola dhuat plamo de las tra sou pe huma bara de
 cinquanta e fio plamo de las da munt lo portat nou sou pe alta
 bara de setenta i plamo de las tize fmo e fio dmeo ala mat de la cura
 e munta tot unte huit sou e fio dmeo e com el gri fmo lo present
 abara esent de la mya madquidre a unit chud del mes de decembre
 10 000000

Fig. 1 a i b, ADPV. V-1/82, Llibre d'albarans; c, ADPV. V-1/102, f. 17v; d, AHMV. Hospitals, 349 (3), núm. 9 (albarà solt).

a y defel: any o m d r e e b
 com colla i coltomes f a b i e s m
 om com p f e n s m l o m a c h m f
 ch en z a m e n b e r e n g e s a d e n a r
 an m a s y d y v i c a n o u l i z e s
 d o s b o n s o m y g p z a h o d e f i c a
 f i c o l e h i i a b a r d e l a d e f o r m e n t

Yo toban valero spitaler. del spital dela verge maria dels
 ignocens atozels hanez rebu de vos magnifics enffrances
 dalman entrada m a p o z d o m e n l o p r e s e n t a n y d e l d i r e s p u a l
 v i n t y f i n e l s d e c l o n g m o n s a l a s i o r d n a r i d e r o r l a n y . d . y
 l e s e p q u e y o n o s e s c i m m e f a s f e z l o p r e s e n t d e v o l u n t a t
 m y a a m o n f i l l j a n n e s v a l e r o l o p r i m e r d e l a n e z . d . y h u y s

A p o j d e a b r i l a n y d a m l e p r e s e n t r e b i . m o s p o d c a s t m o n a .
 u n t r y d e v o s m a g n i f i c e n f a m o b e r e n g e s m i n d d e v a l e n n o
 a m a m a r d o n d e l a r o s t d e v e r e m a n o d e l i g n o r e n s m a g n i
 e n l a n y p a s s a r m e r e b e r e s c i n q u a n t o p e s d u l y l e s
 l o s q u a l l m e s p u e n d a r p l o s a l a y e p l o s r e b a l l o s y m f e r e
 e n l o i e p h e g r e d e s r e n d e r l a n y d e n p o d d e p u n t d e l d i r
 a n y l e p e r e e y q u e s d e c u r r e f a r l o p r e s e n t e n l o s p e r e
 d i n s d i a c a m y .

Fig. 2 a, ADPV. V-1/76, Llibre d'albarans; b, ADPV. V-1/88 (albarà solt);
 c, ADPV. V-1/67, Llibre d'albarans.

BIBLIOGRAFÍA

- BARTOLI LANGELI, Attilio, «Historia del alfabetismo y método cuantitativo», *Signo. Revista de Historia de la Cultura Escrita*, 3 (1996), pp. 87-106.
- CERVANTES SAAVEDRA, Miguel de, *El ingenioso hidalgo don Quijote de la Mancha*, II, dirigida per Francisco Rico, Barcelona, Galaxia Gutenberg, 2004.
- GIMENO BLAY, Francisco M., «Analfabetismo e alfabetizzazione femminili nella Valencia del Cinquecento», *Annali della Scuola Normale Superiore di Pisa*, III, vol. XXIII, 2 (1993), pp. 563-609.
- , «De la “luxurians litera” a la “castigata et clara”. Del orden gráfico medieval al humanístico (siglos XV-XVI)», *Litterae Caelestes*, 2 (2007), pp. 151-177.
- , «Los analfabetos y la administración. Notas sobre sus relaciones a través de la escritura», *Scripta manent: de las ciencias auxiliares a la historia de la cultura escrita*, Granada, Universidad de Granada, 2008, pp. 153-160.
- MANDINGORRA LLAVATA, M.^a L., *La escritura humanística en Valencia: su introducción y difusión en el siglo XV*, València, Universitat de València, 1986.
- , «Escribir y administrar. La gestión hospitalaria y el recurso de la escritura», *Signo. Revista de Historia de la Cultura Escrita*, 1 (1994), pp. 91-111.
- PETRUCCI, ARMANDO, «Scrittura, alfabetismo ed educazione grafica nella Roma del primo Cinquecento: da un libretto di conti di Maddalena Pizzicarola in Trastevere», *Scrittura e Civiltà*, II (1978), pp. 163-207.
- , *Historia de la escritura e historia de la sociedad*, València, Universitat de València, 1998.

UN MODEL IDEAL D'ADMINISTRACIÓ HOSPITALÀRIA. LA GESTIÓ DOCUMENTAL SEGONS EL LLIBRE D'ORDINACIONS DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU DE BARCELONA

JAUME MARCÉ SÁNCHEZ
Universitat de Barcelona-IRCVM

EL PROBLEMA DE LA GESTIÓ HOSPITALÀRIA

La fundació de l'hospital de la Santa Creu l'any 1401 –fruit d'una conjectura particular anterior relacionada amb el desenvolupament socioeconòmic, l'augment demogràfic i la dignificació de diverses infraestructures urbanes– marcà un canvi de rumb en la institució de nous centres hospitalaris en els territoris de la Corona.¹ Certament, la unificació hospitalària no només l'hem d'entendre com la promoció d'un hospital general, que pretenia resoldre la ineficàcia dels petits hospitals de la ciutat davant la problemàtica assistencial, sinó també com la creació d'una nova infraestructura urbana que acabaria concentrant un enorme patrimoni i que, conseqüentment, requeria d'un model de govern i de gestió específic de manera imperiosa. De fet, entenent el nou hospital de la Santa Creu com una resposta cívica al fenomen de la pobresa, en aquest van convergir un seguit d'estratègies polítiques i dinàmiques de caire econòmic que ajudarien a validar el bon regiment de la ciutat. Dur a terme una gestió econòmica eficient repercutia de manera directa en la institució i, en conseqüència, en la salut pública

* Abreviatures utilitzades: AHCB = Arxiu Històric de la Ciutat de Barcelona; AHSCSP = Arxiu Històric de la Santa Creu i Sant Pau; BC AH = Biblioteca de Catalunya Arxiu de l'Hospital.

¹ En aquest sentit són exemplars l'hospital general de Mallorca, l'hospital general de València i l'hospital de Nuestra Señora de Gracia de Saragossa, els quals es van interessar pel model que es va implantar en l'hospital barceloní. Tot i això, la definició de l'hospital de la Santa Creu com a model hospitalari és quelcom que manca per fer. Si bé la seva difusió durant tot el segle XV és coneguda, manca definir quines van ser les dinàmiques que van propiciar aquesta situació i, sobretot, mesurar si la seva expansió fou deguda a la seva eficiència o bé a la necessitat d'instituir una peça fonamental per al bon ordenament públic de la ciutat.

ciutadana. No és anecdòtic, el debat generat dins el mateix Consell de la ciutat sobre la importància de mantenir el finançament d'alguns centres assistencials, doncs, tot i suposar una important despesa per la pròpia ciutat, la seva activitat repercutia directament en el bon funcionament de la mateixa.²

A ulls dels administradors de l'hospital, l'exigència que implicava el sosteniment de l'hospital de la Santa Creu tan sols podia resoldre's mitjançant la definició d'un reglament, encarregat d'ordenar totes i cadascuna de les pràctiques que es duïen a terme en nom de l'hospital pels seus oficials.³ I és que els administradors bé consideraven que l'escriptura, garant de la memòria, contribuïa a reforçar la responsabilitat i el contingut de les ordres i les relacions establertes entre un òrgan de poder i la resta d'individus que en depenien.⁴ Val a dir, però, que la institucionalització d'un aparell burocràtic no va ser un fenomen exclusiu de l'hospital de la Santa Creu, sinó que, realment, el desenvolupament de la producció escrita i la complexitat de les noves tècniques de registre que s'imposaren era una resposta al creixement de les activitats que desenvolupaven molts centres assistencials.⁵ Rere aquesta idea, però, també convé assenyalar que, si bé les ordinacions havien de ser el text normatiu a partir del qual s'ordenés –de nou–⁶ el funcionament intern de la institució, és important no desdir-se del fet

² AHCB, 1G, ms. 75, ff. 27r-28r.

³ «La indesposició del regiment del dit hospital freturant d'orde e ley necessaris [...] continua disminució i prejuhi al dit hospital e béns d'aquell, attés que era en mà francha llibertat dels dits oficials fer e cometre fraus.» AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, f. 1v.

⁴ Cfr. Goody, Jack, *La lògica de la escriptura y la organización de la Sociedad*, Madrid, Alianza, 1990, p. 117.

⁵ Frank, Thomas, «The lands of Saint Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti. Treviso, 15th-16th Century», dins Gazzini, M. i Olivieri, A. (eds.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo*, Firenze, Firenze University Press, 2016, p. 264; Piccinni, Gabriella, «I Modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa allà fine del medioevo», dins Cavero, G., Pellegrini, M. i Piccinni, G. (coords.), *Civitas bendita: encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, León, Universidad de León, 2016, pp. 13-14.

⁶ Parlar del *Llibre d'ordinacions de l'hospital* sense fer esment dels documents fundacionals anteriors seria quedar-se en l'epidermis d'aquesta anàlisi. Si bé l'extensió estricta d'aquest estudi no ens permet realitzar una comparació en profunditat de la normativa hospitalària des de la seva fundació, si que és precís assenyalar que tant l'escriptura de fundació com les posteriors eleccions d'alguns càrrecs de l'hospital també van servir per establir un ordenament de la institució. Lluny de poder-se comparar amb el dit *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, el què es va prescriure en aquells documents responia, sobretot, a esclarir aspectes de govern,

que mitjançant aquestes també es volia donar una imatge noble i virtuosa de la mateixa.⁷ Una representativitat que requeria, ineludiblement, l'establiment d'un reglament que ordenés l'estructura de govern de la institució, les funcions que haurien de dur a terme els seus treballadors, els suports materials que contribuirien a la preservació d'una memòria econòmica i patrimonial, la cura i el tractament dels acollits per l'hospital i el càstig que comportaria infringir totes les normes que s'havien disposat.

L'ESCRIVÀ I EL RACIONAL: DOS CÀRRECS PRESOS DE LA CORT DE PERE EL CERIMONIÓS

La necessitat de configurar un dispositiu documental, que permetés als administradors de l'hospital tenir un relació de les activitats econòmiques que es duïen a terme, va ser un dels motius que va justificar la redacció dels tres corpus reglamentaris que s'inclogueren en el *Llibre d'ordinacions de l'hospital*. Tot i això, convé remarcar que l'aparell documental que va quedar disposat en les ordinations compilades l'any 1417⁸ no va ser una invenció pròpia dels administradors

administració i, sobretot, de gestió econòmica i patrimonial, és a dir, allò que realment era necessari per aconseguir satisfactòriament amb la construcció de la institució. Per veure una transcripció del document fundacional remetem a l'apèndix documental de Castejón, Nativitat, *Aproximació a l'estudi de l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona: repertori documental del segle XV*, Barcelona, Fundació Noguera, 2007, pp. 143-152; pel que fa l'elecció de càrrecs, v. BC AH, *Pergamins* 77.

⁷ «Lo qual hospital és lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitut en la ciutat dessus dita, car en aquell són contínuament acullits, reebuts, sostenguts e alimentats nombres homens e dones...» AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, f. 1r. Cfr. Conejo, Antoni, «Lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud: los hospitales y la renovada imagen de la ciudad bajomedieval», dins Huguet-Termes, T. et al. (eds.) *Ciudad y hospital en el Occidente europeo. 1300-1700*, Lleida, Editorial Milenio, pp. 415-445; Conejo, Antoni, «En la present ciutat hun devot e solemne spital. Un estudi a quatre bandes sobre l'esplendor artística i arquitectònica dels hospitals baixmedievals», dins Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'edat mitjana*, Lleida, Pagès Editors, p. 100.

⁸ Arran de l'edició que va fer Josep Maria Roca l'any 1920 sobre el *Llibre d'ordinacions de l'hospital* la historiografia ha acceptat de manera unànime la data de 1417 com el moment en el que es va definir el model organitzatiu de l'hospital barceloní. No obstant això, algunes evidències en la documentació conservada anterior a 1417 mostren una pràctica prèvia d'allò que s'acabaria materialitzant amb les primeres ordinations entre els anys 1416 i 1417.

de la institució, sinó que, en alguns casos concrets, s'inspirà en el model encarregat per Pere el Cerimoniós en les ordinacions que va manar redactar per l'ordenament de la Cort.⁹ Aquest fet es va concretar en la còpia de les funcions atorgades a l'escrivà de ració i al mestre racional, l'aparell burocràtic dels quals mantenia una estreta relació amb el dels seus homòlegs en l'hospital.

Certament, si observem les ordinacions de la Cort de Pere el Cerimoniós veiem com aquest ordenà que la persona que ocupés el càrrec d'escrivà de ració hauria de ser un «hom bo, leal e vertader e diligent» que sàpigues comptar i escriure.¹⁰ Així mateix, hauria de tenir quatre llibres a la seva disposició: la *Carta de ració*, on hi hauria d'annotar els noms i salaris dels oficials de la casa, així com el nombre de bèsties que hi havia; el *Llibre de notaments*, en el qual haurien de quedar inventariats tots els aparells i objectes que es trobaven en les diverses estances de la Cort; el *Llibre de comptes* on, per Cap d'Any, hi escriuria la messió de la casa reial; finalment, el *Registre*, on s'hi anotarien tots els albarans de quitiació i els acorriments.¹¹

Seguint l'esquema definit per les ordinacions de Pere el Cerimoniós, en les primeres ordinacions de l'hospital de la Santa Creu es va establir que l'escrivà de ració, que havia de ser «una persona discreta, diligent e de bona fama»,¹² hauria de tenir quatre llibres: el *Llibre de notaments*, on, quinze dies abans de la festa de la Santa Creu de Maig, hi hauria d'annotar totes les robes i els béns de l'hospital; la *Carta de ració*, on hi apuntaria tots els oficials de l'hospital, el seu salari i el dia que l'havien de percebre; el *Registre*, on hi anotaria tots aquells albarans que, posteriorment, serien pagats pel rebedor i distribuïdor de les monedes; i el llibre anomenat *De la messió ordinària* on, cada dia, s'hi anotarien totes les compres que efectuessin els oficials de la casa, així com tots els àpats que es lliuraven en el menjador de l'hospital.¹³

Racional de tots els oficials i, quasi bé, general custodi de tota la casa. L'escrivà de ració era un dels principals puntals de la institució en la seva gestió econòmica. De fet, havia de desenvolupar dues funcions més per al bon ordre de

⁹ Gimeno, Francisco *et al.* (eds.), *Ordinacions de la Casa i Cort de Pere el Cerimoniós*, València, Acadèmia Valenciana de la Llengua, 2007. Per comprendre el paper que va tenir l'escriptura en l'acció de govern del monarca veure també: Gimeno, Francisco, *Escribir, reinar. La experiencia gráfico-textual de Pedro IV el Ceremonioso (1336-1387)*, Madrid, Abada Editores, 2006.

¹⁰ Gimeno, Francisco *et al.* (eds.), *Ordinacions de la Casa...*, *op. cit.*, p. 156.

¹¹ Gimeno, Francisco *et al.* (eds.), *Ordinacions de la Casa...*, *op. cit.*, pp. 156-157.

¹² AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, f. 11r.

¹³ AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 11r-20v.

l'hospital: anotar els béns i les propietats de tots aquells pacients que arribessin a l'hospital i registrar tots aquells infants que havien estat lliurats a l'hospital per tal que aquest se'n fes càrrec.

Més endavant, coincidint amb un moment d'ampliació de l'edifici, l'any 1505 es van redactar unes noves ordinacions per l'hospital de la Santa Creu. En aquest nou corpus legislatiu, que suposava una ampliació a les bases assentades gairebé un segle abans, s'observa un esclat de la burocràcia en la gestió hospitalària, on la presència de l'escrivà de ració tornà a ser ben notòria. En aquestes noves ordinacions es notifica que aquest oficial tenia en el seu poder un total de sis llibres: el *Llibre de la taula*, on hi anotava les entrades i sortides de l'hospital i que serviria perquè els administradors poguessin examinar els comptes de l'hospital; el *Levador e capbreu*, on hi anotaria tots els censals i rendes que es cobraven; el *Libre de notament de testaments*, on hi apuntaria totes les lleixes testamentàries en favor de l'edifici; el *Libre de la guarde-roba*, on hi escriuria les peces de roba portades pels malalts que arribaven a l'hospital i hi morien, a fi de tenir-ne constància quan aquestes fossin venudes a l'encant; el llibre anomenat *Dels crèdits*, on hi registraria tots els deutes que eren deguts a particulars; el *Llibre d'acaptiris*, on hi deixaria constància dels diners que eren portats pels baciners de l'hospital; i el *Llibre de caixa*, on, conjuntament amb el prior de l'hospital, hauria d'enregistrar tots aquells diners que entraven i sortien de la caixa forta que havia estat instituïda l'any 1428 en l'hospital.¹⁴

Seguint el model establert per Pere el Cerimoniós en les ordinacions de la seva Cort també van ser definides les funcions del racional o oïdor de comptes de l'hospital. Degut al seu caràcter organitzador, el monarca va requerir la presència d'un mestre racional pel bon servei de la cosa pública i per evitar qualsevol mena de frau o engany. Aquest oficial hauria de tenir tres llibres: el *Llibre de notaments comuns*, on hi anotaria totes aquelles rebudes pel tresorer i altres oficials; el *Libre d'albarans*, on hi escriuria tots els pagaments i rebuts dels comptes, així com el mètode de finançament i les èpoques i albarans efectuats; i el *Llibre ordinari*, en el qual hi enregistraria la suma de totes les entrades i sortides de diners. Una vegada hagués examinat els comptes, el mestre racional hauria de fer un albarà testimonial de compte acabat i un altre de les despeses pendents a pagar.¹⁵

¹⁴ AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 31v-37r. Sobre la institució de la caixa forta veure: AHSCP, *Capbreus*, not. Joan Torró, vol. XX, f. 9r. Cfr. Sánchez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)», dins Huguet, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital...*, *op. cit.*, pp. 177-209.

¹⁵ Gimeno, Francisco *et al.* (eds.), *Ordinacions de la Casa...*, *op. cit.*, pp. 147-152.

En el cas del racional de l'hospital aquest hauria de ser una persona lleial i experta, que s'encarregaria «d'oyr, examinar, impugnar, ruminar, discutir e liquidar, cloure e diffinir» els comptes de manera semestral o, a molt escurar, anualment. Tanmateix, i de forma anàloga a l'oficial de la Cort, hauria de tenir a la seva disposició tres llibres: el *Registre* o *Libre d'albarans*, on hi desaria els albarans que ell mateix apuntaria, tan els testimonials —que incloïen els ingressos, pagaments i possibles problemes ocorreguts als administradors de l'hospital— com els debeditoris; el *Libre de notaments comuns*, on deixaria constància d'aquelles quantitats rebudes pel rebedor i distribuïdor de les monedes o per altres oficials; i el *Capbreu*, el qual estaria dividit en dues parts, en la primera de les quals hi anotaria tots els censos i censals que l'hospital havia percebut i en la segona els pagaments que s'haurien realitzat, dels quals, a més a més, n'hauria de lliurar un trasllat a l'escrivà de ració.¹⁶

De la mateixa manera que va succeir amb l'escrivà de ració, les disposicions establertes en aquelles primeres ordinacions no van tornar a ser reformades fins l'any 1505. Val a dir, però, que en aquestes no es va definir l'aparell documental que tenia aquest oficial, sinó que únicament van quedar reglamentades les seves funcions. Així doncs, es va definir com, de manera semestral, els procuradors de l'hospital havien de lliurar al racional els seus *Llibres de recepció* i aquest, passats dos mesos, hauria de remetre els comptes examinats a l'escrivà de ració de la casa, per tal que pogués introduir-les en un compte on es recollirien els ingressos i les despeses anuals. Paral·lelament, va quedar reglamentat que, si transcorreguts sis dies després del termini fixat als procuradors aquests no havien entregat els comptes al racional, ell mateix tenia l'obligació de fer un requeriment per sol·licitar els comptes. Sis dies més tard d'aquesta petició, si els comptes no havien estat entregats pels procuradors, aquests podrien ser privats d'ofici per part dels administradors i, alhora, ser deutors d'aquella quantitat de diners que no havia estat declarada.¹⁷

DEL «REEBEDOR I DISTRIBUÏDOR GENERAL» ALS PROCURADORS. UN CÀRREC CONTROVERTIT

La gestió econòmica de l'hospital la completava un altre càrrec intermedi, que podríem dir que feia de pont entre l'escrivà de ració, els administradors de l'hospital i el seus treballadors. Pràcticament, des de la fundació de l'hospital

¹⁶ AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 21v-22v.

¹⁷ AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 31r-34r.

trobem el càrrec de *reebedor i distribuïdor general*,¹⁸ un tresorer que s'encarregava de gestionar i distribuir els diners de la institució sota l'autorització dels administradors. Amb les ordinacions de 1417 s'establí que aquest hauria de registrar en cinc llibres diferents els pagaments que efectuava, a fi que el racional de l'hospital pogués examinar i auditar els comptes de la institució; aquests eren: el *Libre del comú*, on hi anotaria els deutes que tenia l'hospital i els préstecs i acorriments fets al comprador i als servidors de l'hospital; el *Libre ordinari*, on hi registraria les entrades i les sortides que efectuava en nom de la institució; la *Cédula del comprador, de l'obrer, de l'especier e d'acorriments fets per pagar dides*, on, a dues mans, ell i el treballador corresponent hi anotaven el salari que s'havia entregat; el *Vademecum*, on hi descrivia a mode d'esborrany els pagaments i els rebuts que feia; i el *Manual*, on hi deixava constància de tots els testaments i inventaris de béns que havia rebut per herència l'hospital.¹⁹

La mala praxis d'alguns que van ocupar aquest càrrec va ser un dels principals motius pel qual l'any 1428 es va decretar la seva substitució per dos procuradors. Concretament, va ser el 8 d'octubre d'aquell mateix any quan Gaspar Olzina i Bernat Bonet van ser escollits com a nous procuradors *in simil*. Ambdós tindrien l'obligació de rebre i exigir totes aquelles quantitats que eren degudes a la institució, així com gestionar tots aquells deutes pendents i el pagament dels salaris dels oficials.²⁰ Les funcions d'aquests procuradors van quedar fixades en els seus corresponents actes de pressa de possessió i aquestes no van ser introduïdes en el corpus normatiu de l'hospital fins l'any 1487, quan es varen redactar unes segones ordinacions. Aparentment, sembla que es va voler distingir entre les obligacions que tindria cada procurador: un d'ells s'encarregaria de gestionar les entrades que rebia l'hospital i, dos mesos abans d'acabar l'any, hauria de lliurar els seus comptes per examinar-los; l'altre s'encarregaria d'efectuar els pagaments i n'hauria de passar comptes tres mesos abans d'acabar l'any. Val a dir, però, que aquesta sembla que no va ser una divisió clarament explícita, ja que sovint es

¹⁸ Durant els primers anys de vida de la institució, el càrrec de receptor i distribuïdor de les monedes va ser desenvolupat pel prior. v. AHCB, *Testaments dels Consellers*, 1C.XVII_02, 1402, f. 1v. No va ser fins entorn 1410 i 1412 que es va iniciar una atomització de les funcions que va propiciar la creació pròpia d'un càrrec independent encarregat de la distribució econòmica. v. Conejo, Antoni, *Assistència i hospitalitat a l'edat mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: del gòtic al primer renaixement*, vol. I, tesi doctoral dirigida per la Dra. M. Rosa Terés, Universitat de Barcelona, Barcelona, Biblioteca de la Universitat de Barcelona, 2002, p. 311.

¹⁹ AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 12v-14r.

²⁰ AHSCSP, *Capbreus*, not. Joan Torró, vol. XX, ff. 8v-10r, 14r-15r i 15v-16v.

mencionem les funcions que aquests tenien en un sentit genèric, fet que impossibilita establir una estricta divisió funcional entre els dos. Així, únicament s'esmenta que a la seva disposició tenien dos llibres: el *Libre dels luïsmes* i el capbreu *De Sanct Boy e del territori*, on haurien d'anotar tots els censos que es percebien en aquesta zona concreta del Llobregat.²¹

Finalment, en les ordinacions que van ser compilades l'any 1505 tampoc es va acabar de concretar quina mena de registre haurien de dur a terme aquests oficials per deixar constància de la seva activitat. De fet, la seva menció és limitada, pràcticament, a establir una divisió funcional entre ambdós oficials, anomenant un d'aquests com a procurador dels censals, que s'encarregaria de la recepció d'aquells censals que provenien tant de Barcelona com de fora, i a l'altre, procurador dels ròssecs, qui hauria d'anotar tots els censos i censals que se li notifiquessin.²²

ENTRE LA NORMATIVA I LA PRÀCTICA

Davant la pràctica inexistència de registres estrictament comptables,²³ la nova regulació instituïda s'ha de llegir en clau de model teòric d'organització de l'hospital. Una lectura, però, no idealitzada, sinó aparentment factible i que hauria ofert una solució a la complicada gestió institucional. En aquest cas, els estudis d'Alexandra Beauchamp sobre l'ordenament de la Cort de Pere el Cerimoniós ens poden ajudar a mirar una mica més enllà.²⁴

Tot i que la diferència entre la *domus regia* i el flamant hospital de la ciutat és més que evident, el fet que el model econòmic prescrit en les ordinacions de la segona institució fos calcat al de la primera, ens permet establir una comparació amb certes garanties. En el seu estudi sobre la documentació de l'escrivà de ració a la Cort, Beauchamp mostra amb solidesa que mai es va aplicar d'una

²¹ AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 28v-29r.

²² AHSCSP, *Llibre d'ordinacions de l'hospital*, ff. 33r-33v.

²³ Remetem, altra vegada, a l'estudi de Sánchez, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)», dins Huguet, T. et al. (eds.), *Ciudad y hospital...*, op. cit., pp. 177-210.

²⁴ Beauchamp, Alexandra, «La composition de la Casa i Cort du roi d'Aragon. Normes et pratiques au début du regne de Pierre le Cérémonieux», *Erasmus. Revista de historia Bajomedieval y Moderna*, 1 (2014), pp. 21-42; Beauchamp, Alexandra, «Ordonnances et réformes de l'Hotel Royal au debut du regne de Pierre IV d'Aragón», *Anuario de estudios medievales*, 39, 2 (2009), pp. 555-573.

manera estricta aquell ordenament de quatre llibres prescrit per Pere el Cerimoniós. Concretament, la pràctica diària i les dificultats que comportava l'administració d'una Cort itinerant haurien condicionat la necessitat de redactar altres tipus de registre. Ara bé, això no vol dir que els llibres prèviament ordenats no haguessin vist mai la llum, sinó que en alguns casos patirien algunes alteracions. És el cas, per exemple, del *Registre*, que enlloc de concretar-se en un sol llibre, sabem que aquest es va diversificar en funció del caràcter ordinari o extraordinari de les transaccions econòmiques.²⁵

El model que es va traspasar al *Llibre d'ordinacions de l'hospital* no definia, doncs, una tipologia diplomàtica de gestió, sinó que establia un ordenament documental funcional que seria competent i apte per la nova institució. El fet de no poder comptar amb quasi bé cap d'aquests suports materials ens impedeix mesurar la laxitud —o no— del sistema, però això tampoc hauria de monopolitzar el debat. I és que l'ordenament establert en les primeres ordinacions, més enllà de garantir una imatge noble i honesta de la gestió, oferia els suficients recursos per emmotllar-se a les necessitats diàries de tots aquells diputats de la seva administració.

Certament, la redacció de les ordinacions de 1417, 1487 i 1505 també és una clara mostra d'una actualització constant de l'ordenament, fet que va acabar configurant un aparell documental que pretenia materialitzar una memòria sobre la qual quedarien impreses les relacions entre la institució i els diferents agents que van interactuar amb ella durant el seu primer segle de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, Alexandra i SÁIZ SERRANO, Jorge, «*En ración de corte*. Fuentes e imágenes de la corte del rey de Aragón desde la actividad del *escrivà de ración* (siglos XIV-XV)», *Mélanges de la Casa de Velázquez*, 45-2 (2015), pp. 51-68.
- BEAUCHAMP, Alexandra, «Ordonnances et réformes de l'Hotel Royal au début du règne de Pierre IV d'Aragon», *Anuario de estudios medievales*, 39, 2 (2009), pp. 555-573.
- , «La composition de la Casa i Cort du roi d'Aragon. Normes et pratiques au début du règne de Pierre le Cérémonieux», *Erasmus. Revista de historia Bajomedieval y Moderna*, 1 (2014), pp. 21-42.

²⁵ Beauchamp, Alexandra i Sáiz Serrano, Jorge, «*En ración de corte*. Fuentes e imágenes de la corte del rey de Aragón desde la actividad del *escrivà de ración* (siglos XIV-XV)», *Mélanges de la Casa de Velázquez*, 45-2 (2015), pp. 51-68.

- CONEJO, Antoni, *Assistència i hospitalitat a l'edat mitjana. L'arquitectura dels hospitals catalans: del gòtic al primer renaixement*, vol. I, tesi doctoral dirigida per la Dra. M. Rosa Terés, Universitat de Barcelona, Barcelona, Biblioteca de la Universitat de Barcelona, 2002.
- , «Lum, noblesa, ornament, laor, glòria e amplitud: los hospitales y la renovada imagen de la ciudad bajomedieval», dins Huguet, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo. 1300-1700*, Lleida, Editorial Milenio, 2014, pp. 415-476.
- , «En la present ciutat hun devot e solempne spital. Un estudi a quatre bandes sobre l'esplendor artística i arquitectònica dels hospitals baixmedievals», dins Sabaté, F. (ed.), *L'assistència a l'edat mitjana*, Lleida, Pagès Editors, 2017, pp. 99-138.
- FRANK, Thomas, «The lands of Saint Mary. The Economic Bases of the Hospital of Santa Maria dei Battuti. Treviso, 15th-16th Century», dins Gazzini, M. i Olivieri, A. (ed.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo*, Firenze, Firenze University Press, 2016, pp. 249-279.
- GIMENO, Francisco, *Escribir, reinar. La experiencia gráfico-textual de Pedro IV el Ceremonioso (1336-1387)*, Madrid, Abada Editores, 2006.
- GIMENO, Francisco *et al.* (eds.), *Ordinacions de la Casa i Cort de Pere el Cerimoniós*, València, Acadèmia Valenciana de la Llengua, 2007.
- GOODY, Jack, *La lògica de la escritura y la organización de la sociedad*, Madrid, Alianza, 1990.
- CASTEJÓN, Nativitat, *Aproximació a l'estudi de l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona: repertori documental del segle XV*, Barcelona, Fundació Noguera, 2007.
- PICCINNI, Gabriella, «I Modelli ospedalieri e la loro circolazione dall'Italia all'Europa allà fine del medioevo», dins Cavero, G., Pellegrini, M. i Piccinni, G. (coords.), *Civitas bendita: encrucijada de las relaciones sociales y de poder en la ciudad medieval*, León, Universidad de León, 2016, pp. 7-26.
- ROCA, Josep M.^a, *Ordinacions del hospital general de la Santa Creu de Barcelona: (Any MCCCCXVII)*, Barcelona, Fidel Giró Impressor, 1920.
- SÁNCHEZ, Manuel, «Las cuentas de un hospital medieval: la Santa Creu de Barcelona (1430-1431)», dins Huguet, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo. 1300-1700*, Lleida, Editorial Milenio, 2014, pp. 177-210.

EL HOSPITAL *SANCTI SPIRITUS* DE BORJA Y SU CONTABILIDAD A PRINCIPIOS DEL SIGLO XVI

CONCEPCIÓN VILLANUEVA MORTE

RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS

Universidad de Zaragoza

DESDE EL PUNTO DE VISTA ECONÓMICO LOS SIGLOS XV Y XVI fueron centurias de crecimiento. Aumentó la población —así como su demanda de productos—, el comercio se expandió y el crédito fluyó. La burguesía afianzó su papel como principal dinamizador y ganó influencia política. Estos y otros fenómenos históricos influenciaron en la evolución de los hospitales: multiplicando su número y aumentando su potencia. En cierta medida, dichas instituciones no dejan de ser consecuencia del desarrollo de un sistema precapitalista y preindustrial, en donde los niveles de pauperismo se incrementaron de tal manera que el sistema asistencial medieval se convirtió en un sistema mixto, en el que la caridad se fusionaba con la sanidad. En este sentido, la historiografía ha destacado el anhelo de los poderes civiles y eclesiásticos por mejorar la gestión económica hospitalaria. En estos dos contextos, histórico e historiográfico, la fuente que presentamos adquiere mayor valor, al tratarse de uno de los registros económicos de mayor antigüedad y riqueza para la historia hospitalaria aragonesa. Se trata del libro de cuentas del hospital borjano *Sancti Spiritus* de la primera mitad del siglo XVI, custodiado en el Archivo Municipal de Borja (AMB). Sin embargo, antes de sumergirnos en el documento, conviene que reflexionemos sobre la valoración de los hospitales como empresas de la caridad y las confusas noticias que se tienen de este centro aragonés de origen medieval.

LOS HOSPITALES COMO EMPRESAS DE LA CARIDAD Y SU DOCUMENTACIÓN

Uno de los primeros en considerar a las entidades caritativas como verdaderas empresas fue el historiador de la economía Federigo Melis. Una empresa es,

desde el punto de vista histórico, una unidad económica que ha alcanzado un mínimo de complejidad. Ese desarrollo se manifiesta, aunque sea a niveles básicos, en una representación documental contable: la *partitta doppia*.¹ Esta misma línea ha prevalecido gracias a la historiografía italiana hasta el día de hoy.²

Más allá de la contabilidad por partida doble creemos que la clave de la empresa hospitalaria medieval y moderna es la fabricación y generalización de la documentación hospitalaria en su conjunto. Este tipo de escritos pueden moverse tanto en el plano teórico –estatutos–, como en el práctico –registros económicos, listados de pacientes, inventarios, cabreos de propiedades, etc.–.

Con respecto a la documentación hospitalaria teórica, se aprecia su uso ya a comienzos del siglo XIV, incluso en el ámbito rural, como evidencian las ordenaciones de los hospitales de Híjar (1312)³ y de Rubielos de Mora (1387).⁴ La conservación de ordenanzas de centros urbanos, por desgracia, se limita a nosocomios generales de los siglos XV y XVI: Zaragoza (1505 y 1508),⁵ Barbastro (1525)⁶ y Teruel (1551)⁷. Unos ordenamientos que, por otro lado, sabemos eran copiados y cuyos fundamentos viajan de un lugar a otro.⁸

¹ Melis, Federigo, *La Azienda nel Medioevo*, Florencia, Le Monnier, 1991, p. 5.

² Piccinni, Gabriella, «El hospital como empresa de la caridad pública (Italia, siglos XIII-XV)», en *Ricos y pobres: opulencia y desarraigo en el Occidente Medieval. XXXVI Semana de Estudios Medievales, Estella, 20 a 24 de julio de 2009*, Pamplona, Gobierno de Navarra, 2010, pp. 87-104; Gazzini, Marina y Olivieri, Antonio (eds.), *Lospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo, Reti Medievali*, 17, 1 (2016).

³ Iranzo Muñío, M.^a Teresa, «Pobreza, enfermedades y símbolos del poder señorial en Híjar: el hospital de la Santa Cruz, 1300-1312», *Aragón en la Edad Media*, 13 (1997), pp. 105-124.

⁴ Navarro Espinach, Germán *et al.*, *Rubielos de Mora en la Edad Media*, Teruel, IET, 2005, pp. 105-110.

⁵ Falcón Pérez, M.^a Isabel, «Sanidad y beneficencia en Zaragoza en el siglo XV», *Aragón en la Edad Media*, 3 (1980), pp. 222-226; Monterde Albiac, Cristina, «Las ordenaciones del Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza establecidas por don Alfonso de Aragón, arzobispo de Zaragoza y lugarteniente general del reino», *Aragón en la Edad Media*, 20 (2008), pp. 505-528.

⁶ Arcarazo García, L. Alfonso y Lorén Trasobares, M.^a Pilar, *El Santo Hospital de San Julián Mártir y Santa Lucía y otros hospitales de Barbastro*, Barbastro, CESB, 2000, pp. 51-67. Complementese con Villagrasa-Elías, Raúl, «“Recollir los pobres et tener hospitalitat”. Asistencia hospitalaria en el Somontano de Barbastro (ss. XII-XVI)», *Revista de la CECCEL*, 16 (2016), pp. 37-60.

⁷ Miguel García, Isidoro, «Labor benéfica y hospitalaria de Don Hernando de Aragón, arzobispo de Zaragoza (1539-1575)», *Memoria ecclesiae*, 11 (1997), pp. 126-128.

⁸ Gallent Marco, Mercedes, «Los hospitales de la Santa Creu de Barcelona y Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, dos modelos asistenciales para el Hospital General de Valencia», *Aragón en la Edad Media*, 25 (2014), pp. 41-60.

En cambio, los ejemplos de documentación hospitalaria práctica son todavía más escasos y la mayor parte han sido encontrados en el Aragón meridional. Los registros administrativos más antiguos pertenecen al hospital de la villa de Puertomingalvo (1433-1436)⁹ y al pequeño hospital de cofradía turolense de Santa María de Villaespesa y San Juan Bautista,¹⁰ que acabó convirtiéndose en el hospital general de la Asunción.¹¹

Es justamente en este contexto historiográfico y patrimonial donde se inserta el estudio del libro de cuentas del hospital *Sancti Spiritus* de Borja (1504-1537). Más allá del interés por la historia local, destaca la continuidad de la fuente en el tiempo –varias décadas–, en comparación con otros libros de cuentas de corta duración. Por primera vez conocemos la economía de un hospital modesto del Aragón moderno durante varios años, justamente antes de convertirse en el hospital general de su ciudad.

LA CIUDAD DE BORJA Y EL HOSPITAL *SANCTI SPIRITUS*

La localidad de Borja se sitúa entre el llano y la montaña, entre el valle del Ebro y el Sistema Ibérico, a unos 60 kilómetros de la ciudad de Zaragoza y muy cerca de la frontera con Navarra y Castilla. Esa proximidad y su importancia como plaza fuerte llevó a la monarquía a otorgarle el título de ciudad en 1438. Demográficamente era una ciudad de tamaño medio en Aragón, pero pequeña en el contexto europeo. El fogaje de 1495, próximo cronológicamente al libro de cuentas del hospital, recoge 469 fuegos, unos 1.800-2.300 habitantes. De ellos, 322 casas fueron identificadas como residencia de población cristiana frente a 147 fuegos musulmanes. El grueso de población mahometana explica la existencia del hospital de moros que tenía Marichem de Ágreda durante la Baja

⁹ Medrano Adán, Javier, *Puertomingalvo en el siglo XV: iniciativas campesinas y sistema social en la montaña turolense*, Teruel, IET, 2006.

¹⁰ Navarro Espinach, Germán, «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 (2000), pp. 565-590; y Tello Hernández, Esther, «La actividad crediticia de un hospital turolense a través de la compra de censales (1482-1517)», *Aragón en la Edad Media*, 26 (2015), pp. 293-320.

¹¹ El análisis del libro de cuentas del hospital de la Asunción de 1572 en Villagrasa-Elías, Raúl, «Génesis de los hospitales de Teruel y el sur de Aragón durante los siglos XIV-XVI», *Teruel II: Humanidades* (en prensa).

Edad Media.¹² A modo de comparación poblacional, la vecina Tarazona contaba con 736 fuegos y la ciudad de Zaragoza con 3.969. Durante los últimos siglos de la Edad Media, la villa y después ciudad de Borja, tuvo otros centros asistenciales como una leprosería, documentada ya en 1322,¹³ y un hospital para cristianos. Alberto Aguilera y Manuel Gracia, buenos conocedores de la historia borjana, sostienen que las diferentes advocaciones de hospitales cristianos en realidad hacen mención al mismo centro asistencial, que en ocasiones aparece como hospital de Santa María, hospital *Sancti Spiritus* o incluso de San Roque. Las diferentes referencias documentales pueden llevar por tanto a confusión. Así, en las constituciones otorgadas a la iglesia de Santa María de Borja en 1369 se menciona ya al capellán del hospital *Sancti Spiritus*.¹⁴ Años después, en el testamento de Fernando Litago y Bona Lajarreta de 1404 se cita el hospital de Santa María: «*Item lexamos al hospital de Sta. Maria de la dita villa, por nuestras animas, hun leyço de roppa, en el qual aya hun almadach, un travesero, una liença, dos savanas de lino de la meyor ropa de la casa, en el qual jagan los fillos de Dios*»;¹⁵ mientras que Fernando de Aguilar, ciudadano de Borja, dejó en 1479 entre sus últimas voluntades cincuenta sueldos jaqueses para el hospital general de Zaragoza y otros cincuenta para el hospital *Sancti Spiritus* de Borja.¹⁶

Ciertamente, la ciudad de Borja siguió el mismo esquema que el resto de notables localidades aragonesas. Durante los siglos medievales tuvo múltiples hospitales, entre ellos un lazareto, cuyas gerencias se encontraban bajo titularidad privada, eclesiástica o corporativa. Llegados los siglos XV y XVI las au-

¹² Motis Dolader, M. Ángel, «Nuevas aportaciones sobre los judíos de Borja (siglos XIV-XV)», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 46 (2003), pp. 175-176. La existencia de hospitales para musulmanes es tremendamente inusual. Otro caso aragonés se da en la villa de Fraga: Villagrasa-Elías, Raúl, «Entre quatre rius. Hospitals en el Baix Cinca i el Baix Segre a la Baixa Edat Mitjana», en *Tres estudis històrics sobre el Baix Cinca i el Baix Segre*, Fraga, IEBC, 2016, pp. 37-40.

¹³ Nirenberg, David, *Comunidades de violencia. La persecución de las minorías en la Edad Media*, Barcelona, Ediciones Península, 2001, p. 148.

¹⁴ Para más información remitimos al trabajo de Alberto Aguilera Hernández y Manuel Gracia Rivas (Centro de Estudios Borjanos) que se puede consultar en este mismo volumen «José San Gil Heredia y la reorganización del Hospital *Sancti Spiritus* de Borja (Zaragoza) en el siglo XIX».

¹⁵ Rodríguez Abad, Carmelo, *El señorío de Borja en la Edad Media*, Universidad de Zaragoza, 1985 (tesis de licenciatura), p. 345.

¹⁶ AMB, PL 14, 0025 (1479-02-02); Villagrasa-Elías, Raúl, *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*, Zaragoza, IFC, pp. 106-107.

toridades municipales, y en menor medida las cofradías, fundaron hospitales generales –Alcañiz en 1418 o Zaragoza en 1425–. En ciudades aragonesas de tamaño medio las cofradías promovieron determinados hospitales que fueron el germen de los futuros hospitales generales. De esta manera, pequeños nosocomios regentados por cofradías se convirtieron en hospitales generales urbanos a lo largo del siglo XVI en Teruel, Jaca, Barbastro o Borja. El esfuerzo previo que realizaron sus respectivas hermandades fue relevado por el poder municipal.¹⁷ El pequeño hospital *Sancti Spiritus* de Borja, que podemos radiografiar con el aludido libro de cuentas, se derrumbó a mitad del siglo XVI. Fue a partir de 1561 cuando Borja dispuso de un hospital más moderno, buscando ser calificado como hospital general.¹⁸ Todavía hoy pervive el edificio, el cual ejerce la función de Museo de la Colegiata de Santa María.

EL LIBRO DE CUENTAS DEL HOSPITAL *SANCTI SPIRITUS* DE BORJA

Los fondos municipales borjanos conservan varios documentos relativos al hospital *Sancti Spiritus*. Sobresale entre este conjunto heurístico el libro de cuentas del centro, fechado entre 1504 y 1537, aunque si bien es cierto hemos elegido los ejercicios anuales que van de 1507 a 1526. Dicho instrumento administrativo cuenta con 138 folios escritos por vuelto y recto. Carece de índice, por tanto, el que proporcionamos a continuación es de elaboración propia:

- f. 1r. Cabreo de treudos o censos a cobrar por el hospital.¹⁹
- f. 13v. Listado de bienes muebles.
- f. 14v. Folios en blanco.
- f. 21r. Balance económico (1507-1537).

En ninguno de los apartados del manuscrito se señala el número de pobres o enfermos que pudieron refugiarse diariamente en sus instalaciones. Sin em-

¹⁷ Sobre el proceso general en Aragón: Villagrasa-Elías, Raúl, «Política hospitalaria en los concejos aragoneses del Cuatrocientos», en Paulino Iradiel *et al.* (eds.), *Identidades urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, PUZ, 2016, pp. 163-176.

¹⁸ Martínez Verón, Jesús, *Arquitectos en Aragón. Diccionario histórico*. Vol. III, Zaragoza, IFC, 2001, p. 252.

¹⁹ Sin duda, el análisis detenido de estas fincas rústicas aportará aspectos significativos a la historia de la localidad. Por cuestiones temáticas y de extensión nos hemos limitado al análisis de la contabilidad. Simplemente decir que se listan unas cincuenta fincas de Borja o poblaciones vecinas.

bargo, algunas referencias indirectas nos sirven para aventurar la capacidad asistencial en torno a las diez personas. En dos ocasiones se menciona cierta cantidad de pobres: como el día que se dio dinero a diecisiete miserables o que se proporcionó comida a trece personas.²⁰ Igualmente, el inventario de bienes muebles enumera tres colchas, cinco almohadas y diez sábanas.

Ingresos

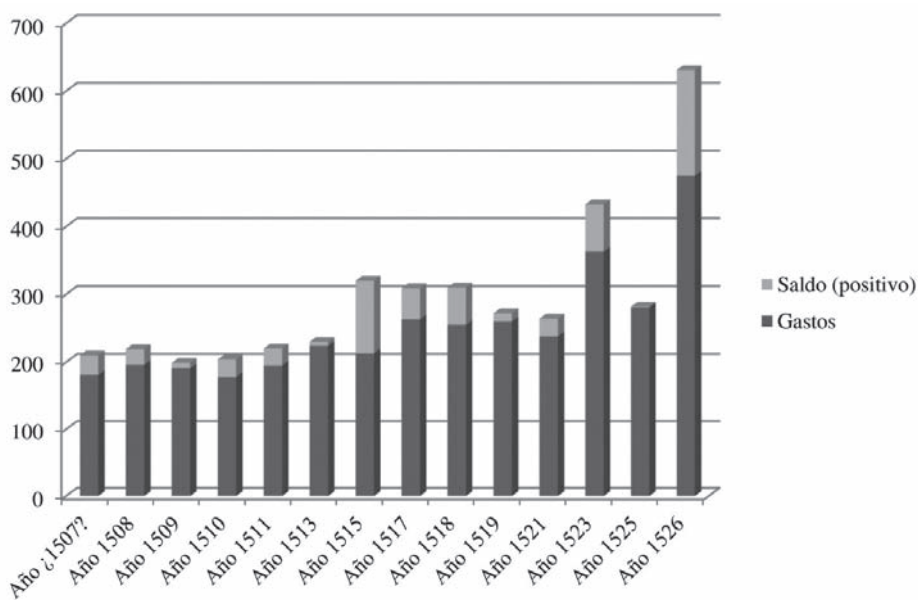
Generalmente identificamos la administración de aquellos hospitales pretéritos con penuria, miseria e irresponsabilidad de sus gentes, todo agravado por el incremento del pauperismo en las grandes ciudades. Las visitas pastorales o de las autoridades municipales ponían justamente el acento en estos dos aspectos. Según la contabilidad de los mayorales del hospital *Sancti Spiritus* de Borja, la situación nunca fue dramática. Durante casi veinte años (1507-1526) los balances de ganancias y desembolsos fueron siempre positivos. Además, las cifras totales de entradas y salidas se mantuvieron estables, incluso en ascenso progresivo. La tendencia fue siempre al alza (tabla 1 y gráfica 1).

Año	¿1507?	1508	1509	1510	1511	1513
Ingresos	249	219	199	220	220	230
Gastos	181	196	191	195	195	224
Saldo	+68	+23	+8	+27	+25	+6

1515	1518	1519	1521	1523	1525	1526
320	310	272	363	363	283	631
213	¿255?	260	293	293	281	415
+107	+55	+12	+70	+70	+2	+217

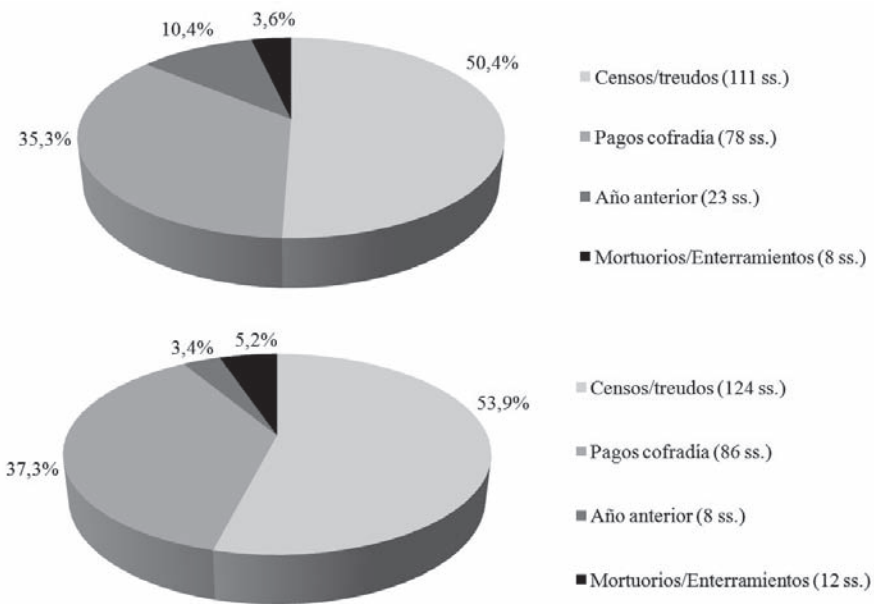
Tabla 1. Relación de ingresos, gastos y saldo del hospital *Sancti Spiritus* de Borja (1507-1526).
Unidad monetaria: sueldos jaqueses.

²⁰ AMB, 0000334-0001 (1504-1537), ff. 35r. y 23r.



Gráfica 1. Relación de ingresos, gastos y saldo del hospital Sancti Spiritus de Borja (1507-1526).
Unidad monetaria: sueldos jaqueses.

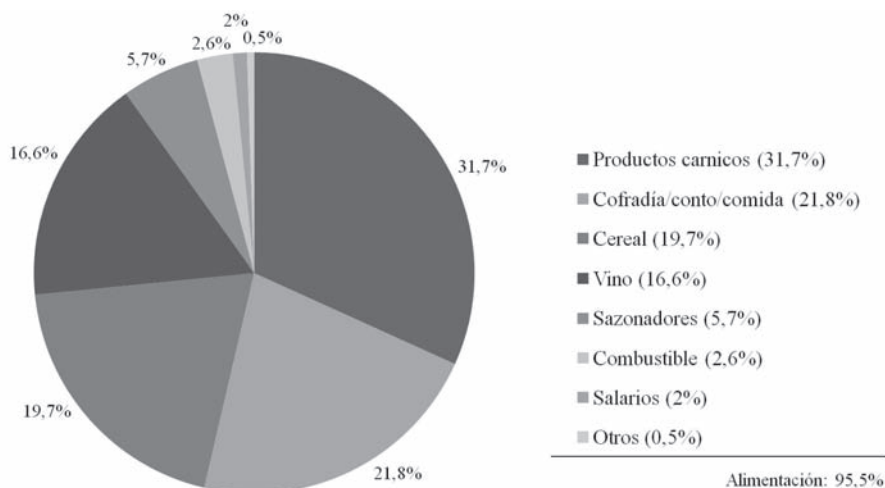
Los ingresos se mantuvieron estables durante prácticamente dos décadas, proviniendo de cuatro fuentes diferentes (gráfica 2). La financiación era sencilla y efectiva para este tipo de institución. Aproximadamente un 50% resultaba de los censos enfiteúticos de bienes raíces que cobraba el establecimiento anualmente y que se listaban al principio del libro de cuentas, en el cabreo del folio 1r. El segundo aporte suponía en torno a un 35% de las ganancias y se originaba gracias a las cuotas anuales de los cofrades y cofradesas de la hermandad *Sancti Spiritus* –uno o dos sueldos jaqueses *per capita*–. El 8-15% restante derivaba del saldo positivo del ejercicio anterior o de enterramientos que diferentes cofrades encargaron a la asociación. No hemos de olvidar que las cofradías fueron, principalmente, herramientas devocionales.



Gráfica 2. Ingresos del hospital Sancti Spiritus de Borja en los ejercicios de 1511 y 1513.
Unidad monetaria: sueldos jaqueses.

Gastos

Los dispendios pueden parecer mucho más complejos que la financiación, pero no es así. Si tomamos el año 1508 como referencia, se observa que los mayores del hospital gastaron las siguientes cantidades: 31% en carne –pernils, carnero, cordero, hígados–; 21% en comida para celebraciones –por ejemplo, el día que se presentaba el conto anual–; 19% en cereal; un 16% en vino –tinto y blanco–; un 5,7% en sazonadores –pimienta, azafrán y azúcar– y un 2% en combustible. En otras palabras, un 95% del presupuesto se dedicó exclusivamente a la alimentación de los pobres del hospital y a determinadas reuniones de los miembros de la cofradía. Estamos por tanto ante un hospital cuyo único objetivo era la caridad y donde la partida sanitaria –más allá de condiciones terapéuticas relacionadas con la alimentación– era nula. No hay presencia de salarios de personal sanitario, en consecuencia es posible que el personal médico y/o enfermero acudiera por caridad o por contratación ajena. Solo había remuneración para la fregadora y el cocinero, ni siquiera para la hospitalera (gráfica 3).



Gráfica 3. Gastos del hospital Sancti Spiritus de Borja en el ejercicio de 1508.

HACIA EL NACIMIENTO DE LA SANIDAD

Los esfuerzos y los gastos del hospital *Sancti Spiritus* de Borja estaban destinados prácticamente al desempeño de la mera caridad –alojamiento y alimentación– de una decena de menesterosos, al igual que la gran mayoría de pequeños hospicios medievales repartidos por toda la geografía europea. Aquella situación cambió progresivamente cuando las ciudades se dotaron de hospitales generales de mayor potencia. Hemos optado, salvando las distancias cronológicas, por realizar un simple ejercicio comparativo a modo de conclusión, parangonando el gasto analizado en Borja en 1508 con los estipendios del hospital general de la Asunción de Teruel en 1572.²¹

En 1508 el pequeño hospital borjano manejó la cantidad de 198 sueldos jaqueses. Sin duda, se trata de una cifra ridícula en comparación con los 12.942 sueldos jaqueses del hospital general turolense. Además, la distribución presupuestaria también es significativa y mucho más diversificada en el hospital de la ciudad del Turia: un 30% para alimentación, frente al 95% del hospital *Sancti Spiritus*; un 20% para el pago de nodrizas que cuidaban de bebés y niños huér-

²¹ Villagrasa-Elías, Raúl, «Génesis de los hospitales de Teruel...».

fanos; un 14% para medicamentos; y un 10% para salarios. Claramente, la situación del hospital borjano cambiaría al cabo de unas décadas asimilándose al caso turolense. Dejaría de ser un pequeño hospital urbano para convertirse en un hospital de mayores dimensiones. Un hospital general con ambición de proporcionar atención social –protección de sectores más débiles, como criaturas abandonadas– y atención sanitaria –cuidado del enfermo con profesionales especializados y productos farmacéuticos–.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARCARAZO GARCÍA, L. Alfonso y LORÉN TRASOBARES, M.^a Pilar, *El Santo Hospital de San Julián Mártir y Santa Lucía y otros hospitales de Barbastro*, Barbastro, CESB, 2000.
- FALCÓN PÉREZ, M.^a Isabel, «Sanidad y beneficencia en Zaragoza en el siglo XV», *Aragón en la Edad Media*, 3 (1980), pp. 183-226.
- GALLET MARCO, Mercedes, «Los hospitales de la Santa Creu de Barcelona y Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, dos modelos asistenciales para el Hospital General de Valencia», *Aragón en la Edad Media*, 25 (2014), pp. 41-60.
- GAZZINI, Marina y OLIVIERI, Antonio (eds.), *L'ospedale, il denaro e altre ricchezze. Scritture e pratiche economiche dell'assistenza in Italia nel tardo medioevo*, *Reti Medievali*, 17, 1 (2016).
- IRANZO MUÑO, M.^a Teresa, «Pobreza, enfermedades y símbolos del poder señorial en Híjar: el hospital de la Santa Cruz, 1300-1312», *Aragón en la Edad Media*, 13 (1997), pp. 105-124.
- MARTÍNEZ VERÓN, Jesús, *Arquitectos en Aragón. Diccionario histórico*, vol. III, Zaragoza, IFC, 2001.
- MEDRANO ADÁN, Javier, *Puertomingalvo en el siglo XV: iniciativas campesinas y sistema social en la montaña turolense*, Teruel, IET, 2006.
- MELIS, Federigo, *La Azienda nel Medioevo*, Florencia, Le Monnier, 1991.
- MIGUEL GARCÍA, Isidoro, «Labor benéfica y hospitalaria de Don Hernando de Aragón, arzobispo de Zaragoza (1539-1575)», *Memoria ecclesiae*, 11 (1997), pp. 115-128.
- MONTERDE ALBIAC, Cristina, «Las ordinales del Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza establecidas por don Alfonso de Aragón, arzobispo de Zaragoza y lugarteniente general del reino», *Aragón en la Edad Media*, 20 (2008), pp. 505-528.
- MOTIS DOLADER, M. Ángel, «Nuevas aportaciones sobre los judíos de Borja (siglos XIV-XV)», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 46 (2003), pp. 135-278.
- NAVARRO ESPINACH, Germán, «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 (2000), pp. 565-590.
- NAVARRO ESPINACH, Germán *et al.*, *Rubielos de Mora en la Edad Media*, Teruel, IET, 2005.

- NIRENBERG, David, *Comunidades de violencia. La persecución de las minorías en la Edad Media*, Barcelona, Ediciones Península, 2001.
- PICCINI, Gabriella, «El hospital como empresa de la caridad pública (Italia, siglos XIII-XV)», en *Ricos y pobres: opulencia y desarraigo en el Occidente Medieval. XXXVI Semana de Estudios Medievales, Estella, 20 a 24 de julio de 2009*, Pamplona, Gobierno de Navarra, 2010, pp. 87-104.
- RODRÍGUEZ ABAD, Carmelo, *El señorío de Borja en la Edad Media*, Universidad de Zaragoza, 1985 (tesis de licenciatura).
- TELLO HERNÁNDEZ, Esther, «La actividad crediticia de un hospital turolense a través de la compra de censales (1482-1517)», *Aragón en la Edad Media*, 26 (2015), pp. 293-320.
- VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl, *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*, Zaragoza, IFC, 2016.
- , «“Recollir los pobres et tener hospitalitat”. Asistencia hospitalaria en el Somontano de Barbastro (ss. XII-XVI)», *Revista de la CECEL*, 16 (2016), pp. 37-60.
- , «Entre quatre rius. Hospitals en el Baix Cinca i el Baix Segre a la Baixa Edat Mitjana», en *Tres estudis històrics sobre el Baix Cinca i el Baix Segre*, Fraga, IEBC, 2016, pp. 9-61.
- , «Política hospitalaria en los concejos aragoneses del Cuatrocientos», en Paulino Iradiel *et al.* (eds.), *Identidades Urbanas Corona de Aragón–Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2016, pp. 163-176.
- , «Génesis de los hospitales de Teruel y el sur de Aragón durante los siglos XIV-XVI», *Teruel II: Humanidades* (en prensa).

ST JOHN'S HOSPITAL IN BRUGES IN THE SIXTEENTH AND SEVENTEENTH CENTURIES. REAL AND INTANGIBLE INTERACTIONS BETWEEN RELIGION, DEVOTION, CARE AND ART ARE THE INGREDIENTS NECESSARY TO CONSTITUTE A CONTINUOUS HOSPITAL HISTORY

SIBYLLA GOEGBUER

*Musea Brugge**

INTRODUCTION

The religious community of St John's Hospital in Bruges embodied a quest for spiritual perfection by perpetuating the *caritas* principle. Charity inspired hospital care. Hospital care had a dual nature. On the one hand there was the devotional care, which, in the sixteenth and seventeenth centuries, was influenced by the humanisation of the Catholic regime. On the other, there was the medical care, which was subject to a process of medicalisation during this same period.

Hospital management, art, architecture, medical care, the changing care procedures and the extended notion of charity, interacted during the Reformation and the Counter-Reformation. The hospital architecture and material heritage may look functional but at the same time they also had aesthetic value. The art collection, hospital construction and organisational motives provided a social context for the hospital's operations.¹

* Assistant Curator.

¹ Goegebuier, Sibylla, «Passio et ratio. Het medisch en religieus erfgoed van het Sint-Jans-hospitaal Brugge vertelt een dubbelverhaal», in Peeters, P. & Montignie, A. (coord.), *Albarelli, chevrettes & Co. Le musée pharmaceutique Albert Couvreur s'invita à l'Hôpital Notre-Dame à la Rose*, Lessines, Wapica y ASBL Office Tourisme Lessines - Hôpital Notre-Dame à la Rose, 2016, pp. 36-39; Goegebuier, Sibylla, «The function of the religious St John's Hospital community in Bruges in the sixteenth and seventeenth century history of care. How does the intangible history of care translate itself into the tangible seventeenth-century art collection commissioned by St John's Hospital?», Fourth RefoRC Conference Bologna, Arts, Portraits and Representation in the Reformation Era, Bologna, May 15-17 2014 (in press); Goegebuier, Sibylla, «The Memling in Sint-Jan – Hospital Museum re-established as Sint-Jans-hospitaal Museum. A history of continuity», International Symposium Documentary and Visual sources for the historical study of hospitals, IRCVM-Universitat de Barcelona, l'Hospitalet de l'Infant-Barcelona, April 17-19 2013 (unpublished paper).

CARITAS, A MULTI-LAYERED PRINCIPLE

The notion of charity in a hospital context became layered. The meaning that Matthew attributes to *caritas* undisputedly continued to be the driving force for its functioning in a society which was confronted with a growing number of people who needed care and who became increasingly differentiated, along with the type of care. This is the supreme commandment in the law: the love for God. It relates to the second, equivalent commandment of charity, and also involves a sense of mercy. Charity was also incorporated in the humanist discourse about social problems. The charitable history of St John's Hospital is written as a result of the response of those who needed care and the society that made care necessary. Society increasingly wanted to centralise care. The position of those who needed care and those who provided it was increasingly confirmed in a secular context. The story can be called a success story on the one hand. The process of a policy of care for the poor, which was regulated and bureaucratised by the authorities and was fuelled by the government's sense of civic duty to provide a community service, was only accelerated.² Ordinances gave rise to a compromise instead of centralisation and confirmed the failure of the attempted reform.³ The religious hospital community understood very well that charity was part of a care industry.⁴ The poor were a functional part of this process.⁵ The care was also characterised by devotion. The contemplative line of action, which confirmed the way of life of the religious care providers in the hospital proved indispensable in the care process. Charity was undeniably subject to certain rules. It established a harmony between the secular and religious

² Dietl, Albert, «Die Kunst der praktizierten *caritas*. Bilder der Werke der Barmherzigkeit», in Petzel, K. (coord.), *Caritas. Nächstenliebe von den frühen Christen bis zur Gegenwart*, Paderborn, Petersberg, Erzbischofliches Diözesanmuseum, Michael Imhof Verlag GMBH & Co KG, 2015, pp. 190-192.

³ Dehaeck, Sigrid & Van Hee, Robert, «Van hospitaal naar virtueel ziekenhuis», in Tack, L. (coord.), *Architectuur van Belgische hospitalen, Monumenten & Landschappen, Cahier 10*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Monumenten & Landschappen, 2005, p. 16.

⁴ Vervaet, Lieve, *Goederenbeheer in een veranderende samenleving. Het Sint-Janshospitaal van Brugge ca. 1275-ca.1575*, University Gent, 2014 (unpublished doctoral dissertation), pp. 31-48.

⁵ Oexle, Otto, «Zwischen Armut und Arbeit. Epochen der Armenfürsorge im Europäischen Westen», in Petzel, K. (coord.), *Caritas. Nächstenliebe von den frühen Christen bis zur Gegenwart*, Paderborn, Petersberg, Erzbischofliches Diözesanmuseum, Michael Imhof Verlag GMBH & Co KG, 2015, p. 73.

aspects of the hospital history, combining the tangible and immaterial hospital world into a legible essay. Devotion was part of a charitable spirituality in accordance with the hospital rules. The way in which the hospital sisters have transposed the power and significance of faith into the hospital's operation for centuries and the way in which they have also enabled the hospital's medical operation as a care institution help us identify a large number of cornerstones of the universal care story. The institution's material heritage and the hospital's architecture in particular made the history of devotional care and health care eminently recognisable. They were instruments of propaganda and memory. The hospital was a protagonist in the civil and religious care network.⁶

A SENSE OF TRADITION—THE NEED FOR INNOVATION

The sixteenth and seventeenth centuries were a period of change and of consolidation, marked by an awareness of the importance of tradition and the need for innovation. This was combined with the three-dimensional notion of upscaling. Local care for the sick and poor had to compete with a globalising care process. Upscaling meant generating innovation. The upscaling also took place in the area of devotional care. The humanisation of care, combined with a hospital policy which was gently manipulated to become more targeted, created a pattern of a hospital with devotional roots, which increasingly had a medicating function. In that sense it also dictated the functioning of the convents and of the hospital pharmacy, which opened in 1644, in line with social change. An effectively operating hospital pharmacy had to be able to rely on the knowledge of a pharmaceutical network, which extended beyond the walls of the hospital complex. In Bruges the profession of pharmacist was heavily regulated. The hospital pharmacy apparently

⁶ The St John's Hospital also created a charity network. The publication by Caroline Bowden, *The Chronicles of Nazareth (The English Convent), Bruges, 1629-1793*, Catholic Record Society, Boydell Press: Woodbridge & Rochester NY, 2017, speaks about the charity contributions made by the St John's Hospital towards the English Convent. The enclosed, religious community of the English Convent created a kind of 'support' network, which enhanced the opportunity to bypass enclosure. Eleonora Goossens, prioress of the sisters of the St John's Hospital (1630-1654), is mentioned in the Chronicles as benefactress. The Phd research I started, entitled *The prioresses from the St John's Hospital in Bruges in the Sixteenth and Seventeenth century: Their agency in the city, Tridentine Catholicism and Care for the sick*, will answer to the question about the possible existence of a similar support and charity network.

did not have to heed these regulations. While the zeitgeist was changing, the nuns-pharmacists maintained an Apollonian independence and continual dignity.⁷

A number of events in Bruges and in St John's Hospital pointed to a changing mindset and relationship between the religious and administrative powers. The grip of religious power fluctuated between stable and firm, whereas the structure of the hospital community was both stable and fragile. Income and expenditure were influenced by the social-political circumstances. In turn, all these developments influenced the art and architecture produced by and for the hospital, and from the perspective of the hospital, the art appreciation.

An ordinance from 1573, which was drafted by the town magistrate, aimed to curtail the lifestyle of the nuns and friars, which was deemed too worldly.⁸ The revised articles of association of the Sisters of St Janshuus in Bruges, which incorporated the Rule of St Augustine, were published in 1598. This record clarified the roles of the nuns and the friars in the community: «from now on, a woman shall run the hospital whereas previously a man did».⁹ The bishop paid great attention to convent reforms. The construction of the nuns' convent and the separation from the friars, and the subsequent disappearance of the friars was completely in line with the reform of the religious community. Generally speaking, the efficiency and sustainability of an important objective of the convent's operations, namely to be a reflection of Celestial Jerusalem on earth, was thereby controlled. Following the above mentioned material and intangible changes, the tools for this control system were available. The Council of Trent did have a hand in these events.

In the seventeenth century, the emphasis continued to be on protecting the hospital's own medical and religious world. A visitation report from 1620 shows that St John's Hospital continued to work relatively independently. The Council of Trent's influence still was apparent in the level of control of the lives of the nuns, with respect for the efficient operation of the hospital, which pointed to a more humane and sensitive approach to the hospital as an institution. In effect, the document slightly redefined and even confirmed the existing profile of a nuns' community that was also prevalent in the sixteenth century.¹⁰

⁷ Goegebuer, Sibylla, «Passio et ratio...», *op. cit.*, pp. 36-39.

⁸ Copy of the ordinance by the town magistrate of Bruges, 20 November 1573, Brugge, Archives Sisters St John's Hospital, Map I, n.º 78.

⁹ Geldhof, Jozef, «De kloostergemeenschap van het Sint-Janshospitaal, 1459-1975», in Lobbelle, H., & Goetinck, M. (coord.), *Sint-Janshospitaal 1188/1976*, Deel 1, Brugge, Die Keure, 1976, pp. 174-176.

¹⁰ Triest, Antonius, Official visitation report St John's Hospital Bruges, 1620, Bruges, State Archives, TBO 123-475/BIS.

A NEW CONVENT FOR THE HOSPITAL SISTERS

The tension between the needs for separate living quarters for the nuns and a public hospital space and the desire for a moderate clausura in the Bruges hospital context became intense. Architectural projects with a more pragmatic perspective and religiously-inspired achievements fulfilled both these needs. The architecture and art, which were commissioned by the religious community, also played a symbolic role. They corresponded to a growing need for recognition of the social significance of a female, religious community, which claimed its place on the social ladder. They bore witness to the changing care process, which transcended the original, religious aspect of the principle of charity. It was therefore not unusual that a new conventional nunnery –in terms of its structure– was built in the years between 1539 and 1544, which was however completely separate from the monastery for the friars. Throughout the various phases of construction until the seventeenth century, the convent became larger, encompassing more than just the original living quarters for the nuns in the hospital's attic, above the wards. As a result of its rather separate position in the hospital fabric and because its exterior is considered an example of the influence of civil architecture on a religiously inspired institution, it was a rather veiled attempt at building a faux palace (photography 1). The harmonious ensemble has a refined yet simple architecture, with traditional monastic quarters, which were concealed behind so-called closed walls (photography 2). The care providers entered a space, which wanted to compete with civilian-aristocratic residences in terms of style and allure when it came to its external appearance. The relevance of the physical clausura, the solidity and the boundaries of the site's accessibility, the church decorum, which Carolus Borromeus stressed in his *Instructionum fabricae et suppellectilis ecclesiasticae*, (Milan, 1577), were beautifully interpreted in reality in the Bruges hospital context.

The hospital and the convent managed to survive in a city marked by an urgent need for care. They engaged in the intensive care debate. Strangely enough, the first construction phase of the convent happened during a period of financial volatility.¹¹ The town magistrate and the clergy struggled over who was responsible for managing the convent's resources.

¹¹ Survey of houses in possession by the St John's Hospital Bruges in REG. B 46 (1547), f° 114-116; REG. D 15 (1547), f° 4-6-9v, Archives of the Public Social Welfare Centre Bruges, St John's Hospital Foundation.

Archives of the Public Social Welfare Centre Bruges, St John's Hospital Foundation, Rekeninghe (Account), 1579-1583, f° 3-4. A document from 1579 in which Bruges legislation granted the

The global social and religious evolutions meant that a situation of nuns and friars operating together in one institution, in one hospital with shared but equivalent responsibilities was however no longer tenable.¹² The distinction between religious and medical care and the lives of friars and nuns as men and women and as people of the cloth, in one hospital building, became more sharply defined. This marked the commencement of the hospital's modern history.

THE INTERACTIVE HOSPITAL HISTORY AS TOLD IN ONE WORK OF ART

«The Madonna with saints and two hospital sisters» attributed to Jacob van Oost the elder (1601-1671), dated 1664, is one example of a work of art that gives material evidence of the real and intangible interactions between religion, devotion, care and art (photography 3).

The religious art and architecture, which were commissioned by the female religious community, were multifunctional. They were an expression of the faith of the religious care providers and the devotional aspect of charity. The nuns also seemed to use the works as symbols of their independence, just like they used the construction of the new convent as a way of displaying their self-esteem. They identified themselves with the art and architecture they commissioned. Certain artworks are evidence that these women, who were keenly aware of the changes in society wanted to be recognised. They did not seem intimidated by the intentions of the clausura.¹³ However, the content of these works is first and foremost religious. That said, aesthetic-decorative qualities and a sense of grandeur also seem to tie in perfectly with works with a religious-devotional message. Until well into the seventeenth century, Gabriele Paleotti still whispered a few words on the figurative arts from his *Discourse on sacred and profane images*,¹⁴ as well as Johannes Molanus from his *De Picturis*. Personal and collective pleasure became more widely accepted.

convent the permission to sell land outside the city estates, that the proceeds from this sale were destined to be used to pay various large debts.

¹² Lambrecht Mathias, Rules Sisters St John's Hospital Bruges, 25 July 1598, 1r-2r Introduction, 3r-15r Rule St Augustine, 16r-30r Articles of Association, Archives Sisters St John's Hospital Bruges.

¹³ Triest, Antonius, *op. cit.*, Bruges, State Archives, TBO 123-475/BIS.

¹⁴ Prodi, Paolo & Mc Cuaig, William (coord.), *Discourse on sacred and profane images, Gabriele Paleotti*, Los Angeles, Getty Institute, 2012, p. 15; Bianchi, Ilaria, *La politica delle immagini nell'età della Controriforma. Gabriele Paleotti teorico e committente*, Bologna, Editrice Compositori, 2008, pp. 9-13.

A muted sense of splendour and beauty pervaded the hospital community which struck a controlled balance between a contemplative life and an active, dual care policy that took precedence over everything else. The nuns surrounded themselves with precious and appealing objects that dangerously transcended the boundaries of monastic decorum. They embraced the morals of poverty, but this by no means affected their sense of comfort and decoration. The hospital sisters preferred to live in a privileged zone. The medieval tradition that had produced valuable monastic art lived on. In addition to the spiritual significance, however, the aesthetic appeal and the confirmation of the authority of female leadership within the urban care network became more manifest in the artworks they commissioned.

The painting portrays Isabelle Dailly (1630-1695) kneeling on the extreme left, her hands folded in prayer. Next to her is Isabelle Briellmans (1629-1680),¹⁵ holding a prayer book in her right hand. St Elizabeth of Hungary protects Isabelle Dailly. Isabelle Briellmans is presented to Mary by an until now unidentified saint. She might be St Elisabeth of Portugal. Like St Elisabeth of Hungary, she is a charitable-spiritual model of kindness. Dailly is listed as a sacristan and worked in the hospital pharmacy. Briellmans also was a hospital pharmacist.¹⁶ St Augustine is seen kneeling to the right. The artist has painted St John the Evangelist in the centre, who recommends the nuns with a gesture of his arm.

Van Oost's artwork combines the portraits of nuns and saints, of the earthly and celestial world. The painting perpetuates the veneration of saints, which has taken place for centuries in the hospital. The work promotes the spiritual welfare of the nuns and confirms the identity of the hospital community. The portrait emphasises the significance of the continuity of the hospital's operation to the outside world as being blessed by God and the saints. It confirms the value of the hospital community's identity to the religious and city authorities. Much like the Council of Trent supported the visual tradition of previous centuries through its directives about the veneration of saints and relics and the portrayal of saints, the nuns also did this on a local level. They assured continuity, which was vital for self-preservation and was a guarantee that tradition would be preserved.

The saints and nuns have been portrayed in a tranquil *sacra conversazione*. This devout scene exemplifies the intimate, religious connection, to which the hospital's nuns were granted privileged access. The work was displayed in the

¹⁵ Demuynck, Miet, *Inventaris van het archief van de hospitaalzusters van Sint-Jan te Brugge*, Non-published inventory, Brugge, 1998, p. 191.

¹⁶ *Ibidem*, pp. 133 and 146.

chapter room of the new convent.¹⁷ Saints and nuns are portrayed in the immediate, almost tangible proximity of the central, divine-celestial scene. They are led by the rules of the religious play. They appear as solo protagonists and refused to be relegated to the side-lines, on side panels. The painting thus becomes a narrative. The colour dynamics of the celestial scene with the Virgin Mary and her Son are tempered by the simple colour palette of the presentation scene with the sisters. The painter acted in the name of the nuns-commissioners, promoting a display of faith. However, he succeeded in duly dividing his attention in accordance with the rules of religion thanks to a cleverly thought out composition and the rhythm of the colours. The narrative must bring about the nuns' salvation. However, it also has a social function. It showcases the convent's prestige and wealth, the hierarchical-social ladder on which the nuns-pharmacists found themselves.¹⁸ The portraits veer between a muted display and disciplinary piety. The work of art is a *mise en image*, in which the religious and social ambitions of the nuns who commissioned the works were conveyed. The devotional portrait perfectly fulfils its role. It shows how these women prayed the ideal prayer. The notion of the presence of a perfect, immortal prayer raises the work to an immaterial level. It represents a mental vision which the portrayed experienced in prayer.¹⁹ They modestly gaze at the saints and hold a prayer book or have folded their hands. This alludes to the spiritual action of praying. The portrayed wanted to experience the sacred and feel united with God. The patron saints that present them only underscore the scene's divine nature. The natural surroundings, the stage, the position of the throne, the still-life in the foreground, the physical contact with the saints on the stage refer to a spirituality which had its foundation in the Middle Ages. This is more than a mental vision. There are no two adjacent worlds. Here the two worlds converge. The vision becomes a real encounter or

¹⁷ Meulemeester, Jean-L., *Jacob Van Oost de Oudere en het zeventiende-eeuwse Brugge*, Brugge, Uitgaven West-Vlaamse Gidsenkring Vzw, 1984, p. 337; Descamps, Jean B., *Voyage pittoresque de la Flandre et du Brabant avec des réflexions relativement aux arts et quelques gravures*, Paris, Desaint, 1769, p. 300; Everaert, Jean, *Inventaris C.O.O.*, Deel 1, Brugge, Leden der Burgerlijke Godshuizen, 1864.

¹⁸ Falque, Ingrid, «Mise en mots» et «Mise en image» de la progression spirituelle. Vers une nouvelle approche du portrait dévotionnel dans la peinture flamande de la fin du Moyen Âge», in Dekoninck, R., Guiderdoni, A. & Granjon, E. (eds.), *Fiction sacrée. Spiritualité et Esthétique durant le premier Âge Moderne, Art & Religion 1*, Leuven, Peeters, 2013, pp. 301-303; Wilson, Jean, *Painting in Bruges at the close of the Middle Ages. Studies in Society and Visual culture*, Pennsylvania State University Press, 1998, pp. 41-84.

¹⁹ Harbison, Craig, «Visions and Meditations in Early Flemish painting», *Simiolus. Netherlands quarterly for the history of art*, 15 (1985), pp. 87-118.

in any event, a desired, imagined, mentally experienced *conversazione*, with Christ symbolising the achievement of this spiritual quest. The artwork becomes a tool for conveying in images what happened on the mental level. The nuns are literally just a step away from the spiritual ideal. The spectator was invited to interpret the composition in a dynamic manner. All the motives visualise the spiritual process. The work shows the ultimate, durable compensation for the nuns' efforts as well as the larger part of the path to spiritual perfection which they had already covered. The spiritual unification with God above all is an encounter.²⁰ The painting is a bargaining tool.

IN CONCLUSION

The history of charity in St John's Hospital in the sixteenth and seventeenth centuries describes a cultural and social revolution. It relates to power, the laws of the control bodies of the care sector, conflict management, disputes between a diverse audience of care providers, on the local level but also recognisable in care across Europe. It is impossible to separate the architectural interventions and art commissions from faith and devotion and from a changed outlook on life. The nuns' need to live separately, unhindered, on the hospital site no longer expressed a desire to live in seclusion for exclusively epidemiological and social motives.²¹ Certain art and architectural commissions epitomise the independence and self-awareness of the women who commissioned them. The trifecta of art, devotion and care evolved to the rhythm of the society.

²⁰ Falque, Ingrid, «Mise en mots"...», *op. cit.*, pp. 304-317.

²¹ Coomans, Thomas, «De middeleeuwse kloosterinfirmierie: synthese van spirituele, medische en praktische beschouwingen», in Tack, L. (coord.), *Architectuur van Belgische hospitalen, Monumenten & Landschappen, Cahier 10*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Monumenten & Landschappen, 2005, p. 40.



Photography 1. To the right, the sixteenth- and seventeenth-century convent for sisters in St John's Hospital Bruges (Photo Arnout Goegebuer).



Photography 2. The corridor of the sixteenth and seventeenth century convent for sisters in St John's Hospital Bruges (Photo Jens Compennolle/Sightways Photography).



Photography 3. Jacob van Oost the elder (1601-1671), attributed to, *The Madonna with saints and two hospital sisters*, 1664, oil on canvas, H 1,57 m x B 2,48 m.

(Archives of the Public Social Welfare Centre Bruges.

Photo Jens Compernelle/Sightways Photography).

BIBLIOGRAPHY

BIANCHI, Ilaria, *La politica delle immagini nell'età della Controriforma. Gabriele Paleotti teorico e committente*, Bologna, Editrice Compositori, 2008.

BOCQUET, Elise, «Les soeurs hospitalières», in Debruyne R. (coord.), *L'Hôpital Notre-Dame à la Rose. Près de huit siècles d'histoire européenne d'assistance spirituelle et de soins médicaux au cœur de Lessines*, Tournai, Wapica, 2015, pp. 93-121.

COOMANS, Thomas, «De middeleeuwse kloosterinfirmierie: synthese van spirituele, medische en praktische beschouwingen», in Tack, L. (coord.), *Architectuur van Belgische hospitalen, Monumenten & Landschappen, Cahier 10*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Monumenten & Landschappen, 2005, pp. 36-43.

DEHAECK, Sigrid & VAN HEE, Robert, «Van hospitaal naar virtueel ziekenhuis», in Tack, L. (coord.), *Architectuur van Belgische hospitalen, Monumenten & Landschappen, Cahier 10*, Brussel, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Afdeling Monumenten & Landschappen, 2005, pp. 12-25.

- DEMUYNCK, Miet, *Inventaris van het archief van de hospitaalzusters van Sint-Jan te Brugge*, Non-published inventory, Brugge, 1998.
- DESCAMPS, Jean B., *Voyage pittoresque de la Flandre et du Brabant avec des réflexions relativement aux arts et quelques gravures*, Paris, Desaint, 1769.
- DE STAERCKE, Anneleen & BOSCHMANS, Wim, «Een tijd van aanpassingen en hervormingen, 1500-1700», in Suenens, Kristien a.o., *Eén van hart en één van ziel. Geschiedenis van de Gasthuiszusters-Augustinessen van Lier 1130-2005*, Lier, 2005, pp. 113-125.
- DIETL, Albert, «Die Kunst der praktizierten caritas. Bilder der Werke der Barmherzigkeit», in Petzel, K. (coord.), *Caritas. Nächstenliebe von den frühen Christen bis zur Gegenwart*, Paderborn, Petersberg, Erzbischofliches Diözesanmuseum, Michael Imhof Verlag GMBH & Co KG, 2015, pp. 180-193.
- DROSSBACH, Gisela, *Hospitäler in Mittelalter und Früher Neuzeit. Frankreich, Deutschland und Italien. Eine vergleichende Geschichte*, München, R. Oldenbourg Verlag, 2007.
- ESTHER, Jean-Pierre, «Monumentenbeschrijving en bouwgeschiedenis», in Lobelle, Hilde & Goetinck, Marc (coord.), *Sint-Janshospitaal 1188/1976*, Deel 1, Brugge, Die Keure, 1976, pp. 259-339.
- EVANGELISTI, Silvia, *Nuns: A History of Convent Life*, Oxford, 2008.
- EVERAERT, Jean, *Inventaris C.O.O.*, Deel 1, Brugge, Leden der Burgerlijke Godshuizen, 1864.
- FALQUE, Ingrid, «“Mise en mots” et “Mise en image” de la progression spirituelle. Vers une nouvelle approche du portrait dévotionnel dans la peinture flamande de la fin du Moyen Age», in Dekoninck, R., Guiderdoni, A. & Granjon, E. (eds.), *Fiction sacrée. Spiritualité et Esthétique durant le premier Age Moderne, Art & Religion 1*, Leuven, Peeters, 2013, pp. 289-318.
- GELDHOF, Jozef, «De kloostergemeenschap van het Sint-Janshospitaal, 1459-1975», in Lobelle, H., & Goetinck, M. (coord.), *Sint-Janshospitaal 1188/1976*, Deel 1, Brugge, Die Keure, 1976, pp. 169-194.
- GOEGBUER, Sibylla, «Passio et ratio. Het medisch en religieus erfgoed van het Sint-Janshospitaal Brugge vertelt een dubbelverhaal», in Peeters, P. & Montignie, A. (coord.), *Albarelli, chevettes & Co. Le musée pharmaceutique Albert Couvreur s'invita à l'Hôpital Notre-Dame à la Rose*, Lessines, Wapica y ASBL Office Tourisme Lessines - Hôpital Notre-Dame à la Rose, 2016, pp. 36-39.
- , «The Memling in Sint-Jan – Hospital Museum re-established as Sint-Janshospitaal Museum. A history of continuity», International Symposium Documentary and Visual sources for the historical study of hospitals, IRCVM-Universitat de Barcelona, l'Hospitalet de l'Infant-Barcelona, April 17-19 2013 (unpublished paper).
- , «The function of the religious St John's Hospital community in Bruges in the sixteenth and seventeenth century history of care. How does the intangible history of care translate itself into the tangible seventeenth-century art collection commissioned by St John's Hospital?», Fourth RefoRC Conference Bologna, Arts, Portraits and Representation in the Reformation Era, Bologna, May 15-17 2014 (in press).

- , «St John's hospital History from 1150 until the Sixteenth-Seventeenth century - One Seventeenth-century Work of art captures the interactive hospital history in one image», Congress Europæ Thesauri Beja/Lissabon, 2016 (unpublished paper).
- HARBISON, Craig, «Visions and Meditations in Early Flemish painting», *Simiolus. Netherlands quarterly for the history of art*, 15 (1985), pp. 87-118.
- HENDERSON, John, «Healing the Body and Saving the soul: Hospitals in Renaissance Florence», in *Journal of Medieval and Renaissance Studies*, vol. 15, no. 2 (1985), pp. 189-216.
- , *The Renaissance Hospital. Healing the Body and Healing the Soul*, New Haven and London, Yale University Press, 2006.
- JONES, Coliny, *The Charitable Imperative: Hospitals and Nursing in Ancien Régime and Revolutionary France*, New York, Routledge, 1989.
- LIROSI, Alessia, *I monasteri femminili a Roma nell' età della Controriforma : insediamenti urbani e reti di potere (secc. XVI-XVII)*, Università di Roma-La Sapienza, 2009-2010 (unpublished doctoral dissertation).
- MARECHAL, Griet, «Het Sint-Janshospitaal in de eerste eeuwen van zijn bestaan», in Lobelle, H. & Goetinck, M. (coord.), *Sint-Janshospitaal 1188/1976*, Deel 1, Brugge, Die Keure, 1976, pp. 41-76.
- MEULEMEESTER, Jean-L., *Jacob Van Oost de Oudere en het zeventiende-eeuwse Brugge*, Brugge, Uitgaven West-Vlaamse Gidsenkring Vzw, 1984.
- OEXLE, Otto, «Zwischen Armut und Arbeit. Epochen der Armenfürsorge im Europäischen Westen», in Petzel, K. (coord.), *Caritas. Nächstenliebe von den frühen Christen bis zur Gegenwart*, Paderborn, Petersberg, Erzbischofliches Diözesanmuseum, Michael Imhof Verlag GMBH & Co KG, 2015, pp. 52-73.
- PRODI, Paolo & MC CUAIG, William (coord.), *Discourse on sacred and profane images, Gabriele Paleotti*, Los Angeles, Getty Institute, 2012.
- RAWCLIFFE, Carole, *Urban Bodies: Communal Health in Late Medieval English Towns and Cities*, Woodbridge, 2013.
- , «A Crisis of Confidence? Parliament and the Demand for Hospital Reform in Early-15th and Early 16th-Century England», in *Parliamentary History*, vol. 35, pt. 2, 2016, pp. 85-110.
- RISSE, Guenter, *Mending Bodies Saving souls: a History of Hospitals*, Oxford, Oxford University press, 1999.
- VERVAET, Lieve, *Goederenbeheer in een veranderende samenleving. Het Sint-Janshospitaal van Brugge ca. 1275-ca.1575*, University Gent, 2014 (unpublished doctoral dissertation).
- WILSON, Jean, *Painting in Bruges at the close of the Middle Ages. Studies in Society and Visual culture*, Pennsylvania State University Press, 1998.

«QUE NINGUN SPAÑOL VAYA PIDIENDO LIMOSNA». ¹
EVOLUZIONE DI UN PROGETTO ECONOMICO-
ASSISTENZIALE PER GLI SPAGNOLI NELLA
NAPOLI DEL VICEREGNO*

RAFFAELLA SALVEMINI
ISSM-CNR Napoli

PREMESSA

L'opera pia di San Giacomo degli spagnoli di Napoli fu al centro di un sistema di pluriattività assistenziale-creditizio (tabella 1). Si affermò fin dalla sua nascita come ammortizzatore sociale per rispondere ai bisogni della popolazione ispanica residente o di passaggio (militari, poveri e pellegrini), e al contempo come operatore finanziario attento alle opportunità d'investimento offerte dal mercato mobiliare e immobiliare. Fu anche banco di deposito e per pochi anni monte di prestito su pegno senza interesse (1606-1609).² Ma è il suo inserimento nel 1597 nel circuito creditizio/bancario vero e proprio a evidenziarne l'importanza e la specificità rispetto a quanto fu fatto da altre comunità di stranieri come quella dei ricchi mercanti e banchieri genovesi che oltre alla loggia e a un banco di cambio, simbolo degli affari e degli interessi propriamente economico-finan-

* Questo contributo rientra tra le attività di ricerca condotte nel quadro del Progetto PRIN 2015 «Alle origini del Welfare (XIII-XVI sec.). Radici medievali e moderne della cultura europea dell'assistenza e delle forme di protezione sociale e credito solidale». Università di Siena, Parma, CNR – ISSM (Napoli).

¹ Archivo General de Simancas, (AGS), Estado, Legajo 1066, carta 128, *Copia de las obras que se han de facer e nel hospital que nuevamente se funda y las mandado que para ello han decto los cavalleros espanoles.*

² Salvemini, Raffaella, «La difficile combinazione tra assistenza e credito in età moderna. L'esperienza della Casa Santa e banco di San Giacomo degli Spagnoli di Napoli», *Rivista Storica Salernitana*, 29 (1998), pp. 29-67. All'attività di deposito e di credito esercitato dalle opere pie dal Medioevo all'età moderna fanno riferimento molti studi. Per un aggiornamento bibliografico su questo ed altri aspetti; cfr. Ammannati, F., (ed.) *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013.

zari, edificarono cappelle, chiese e monasteri,³ o anche di lucchesi, fiorentini, greci, albanesi, lombardi, che avevano anch'essi provveduto a creare organismi destinati alla protezione e alla tutela dei connazionali.⁴

Insieme a tre ospedali e un conservatorio (la Casa Santa dell'Annunziata, la Casa Santa di Santa Maria del Popolo o degli Incurabili, la Casa Santa di Sant'Eligio e il conservatorio dello Spirito Santo) il San Giacomo fu uno dei sette banchi pubblici napoletani autorizzati a emettere fedi di crédito.⁵ Questo passaggio dall'assistenza al credito fu l'effetto di un'avversa congiuntura economico-finanziaria e naturale (cattivi raccolti, carestie, epidemie) registratasi nell'ultimo trentennio del Cinquecento.⁶ La crisi colpì anche i grandi ospedali napoletani che denunciarono un aumento delle spese dovuto da un lato a una popolazione sempre più bisognosa di aiuti e, dall'altro, al continuo aumento dei prezzi.

In quel clima di diffusa sfiducia verso lo Stato e la sua capacità di far fronte all'emergenza pauperismo e alle necessità della finanza pubblica fu accolta favorevolmente la richiesta di taluni luoghi pii ad aprire banchi pubblici. Il primo di tali banchi ebbe origine nel 1570 dall'omonimo Monte di Pietà nato nel 1539.

Il saggio è diretto a ricostruire alcune fasi di quel complesso e articolato progetto polifunzionale proposto dall'opera pia di San Giacomo che, sebbene inserito in quella rete di istituzioni nate a protezione e tutela dei militari spagnoli nei vari territori vicini alla Corona spagnola, assunse dimensioni e caratteristiche del tutto uniche.

³ Sulla presenza dei genovesi a Napoli Zezza, Andrea, «Da mercanti genovesi a baroni napoletani: i Pinelli e la loro cappella nella chiesa di San Domenico Maggiore», in Muto, G. e Terrasa Lozano, A. (eds.), *Estrategias culturales y circulación de la nueva nobleza en Europa, 1570-1707*, Madrid, Doce Calles, 2016, pp. 95-110; Brancaccio, Giovanni, *Nazione genovese: consoli e colonia nella Napoli moderna*, Napoli, Guida editore, 2001, p. 38. Sugli stranieri Ida Mauro, «Espacios y ceremonias de representación de las corporaciones nacionales en la Nápoles española», in Garcia Garcia, B. e Recio, O. (ed.), *Actas del XII Seminario Internacional de Historia. Las corporaciones de nación en la monarquía hispánica (1580-1750). Identidad, patronazgo y redes de sociabilidad*, Madrid, Doce calles, 2014, pp. 451-478.

⁴ Sulle istituzioni per gli stranieri a Napoli cfr. Capaccio, Giulio C., *Il Forastiero*, Napoli, 1636, vol. II, pp. 451-534. Su altre comunità Giura, Vincenzo, *Storie di minoranze. Ebrei, greci, albanesi nel Regno di Napoli*, Napoli, Esi, 1984; Musi, Aurelio, «La comunità greca in Napoli in età moderna», *Rivista Storica Salernitana*, 12, 1 (1995), pp. 185-201.

⁵ I banchi furono 8 ma solo 7 nacquero da istituzioni pie. Avallone, Paola, *Stato e banchi pubblici a Napoli a metà del'700*, Edizione Scientifiche Italiane, Napoli, 1995.

⁶ De Rosa, Luigi, *Il Mezzogiorno spagnolo tra crescita e decadenza*, Milano, A. Mondadori, Il Saggiatore, 1987, pp. 15-19.

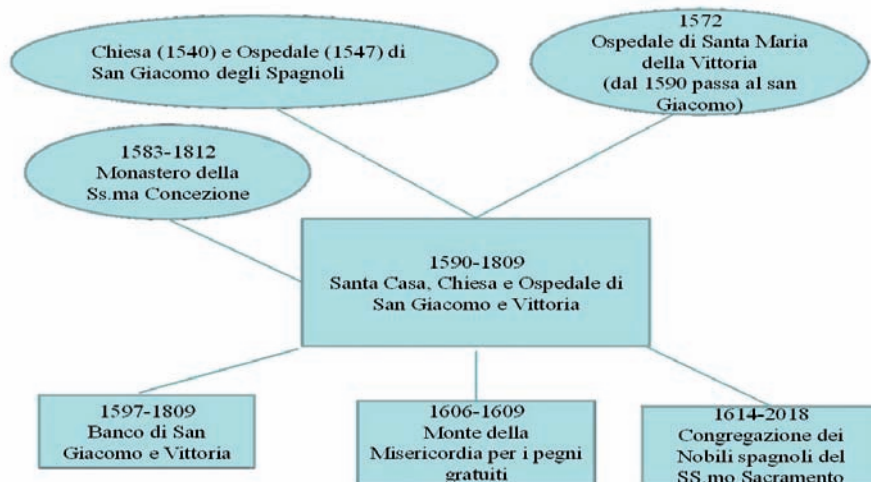


Tabella 1.- *Il San Giacomo degli spagnoli di Napoli: una holding economico-assistenziale.*⁷

PER LA CURA DELL'ANIMA E DEL CORPO DEI POVERI E DEI MILITARI SPAGNOLI: LA CHIESA E L'OSPEDALE DI SAN GIACOMO

La nascita nella prima metà del Cinquecento dell'opera pia coincise con quel piano di razionalizzazione e laicizzazione dell'assistenza auspicata dagli spagnoli Juan Luis Vives, Domingo de Soto e Juan de Robles.⁸ In questo programma sembra rientrare l'opera pia per il sostegno ai militari e poveri ispanici posta sotto l'egida di San Giacomo della Spada, il fondatore dell'omonimo ordine cavalleresco sorto in Spagna nel 1170 al tempo di Ferdinando II, che prestava soccorso ai pellegrini in viaggio verso il Santuario di Santiago di Compostela.⁹

⁷ In questo grafico si mettono in evidenza le date di nascita degli enti e i rapporti con il San Giacomo.

⁸ Marcos Martín, Alberto, «Carità e società nella Spagna moderna», in Ammanati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi» 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013, p. 413.

⁹ Galante, Gennaro A., *Guida sacra della città di Napoli*, Napoli, Stamperia del Fibreno, 1872, pp. 323-324.

Nel 1533 fu segnalata al Vicerè don Pedro de Toledo la necessità di realizzare un ospedale, più grande e dignitoso rispetto alla piccola casa attigua alla chiesa di San Vincenzo nel quartiere dei Greci, poco distante dal porto, che avrebbe dovuto «essere rifugio e casa di tutta la nostra nazione».¹⁰ La prima bolla di fondazione fu di Clemente VII del 4 aprile 1534. Alla sua morte il progetto fu ripresentato dal suo successore Paolo III nella bolla «Ratione Congruit». Il progetto, che aveva come riferimento l'opera di San Giacomo di Roma¹¹ inaugurò un primo nucleo di opere pie ispaniche a Napoli. Rilevante sotto il profilo urbanistico ma anche politico la sua collocazione. Fu scelta un'area a forte caratterizzazione strategico-militare, poco lontana dal porto, dall'arsenale, dalla nuova via Toledo e dall'acquartieramento delle truppe, inserita in quella ideale «cittadella spagnola», ispirata ai trattati del '500 sulle fortificazioni, separata e opposta alla «città dei napoletani».¹² Nella bolla si assegnavano privilegi spirituali e di patronato regio per la nomina e revoca dei cappellani e l'esenzione dal controllo dell'Ordinario ponendo il san Giacomo sotto la stretta tutela della Santa Sede.¹³ La benedizione della prima pietra della chiesa da parte dell'Arcivescovo di Capua e Cappellano Maggiore Tommaso Caracciolo Maramalda avvenne il 10 giugno 1540.¹⁴

Al vertice dell'opera pia laicale fu posto un consiglio di governatori approvato dal vicerè che comprendeva tre ufficiali regi (un consigliere del collaterale in rappresentanza del Vicerè, un consigliere della Camera di Santa Chiara, un presidente della camera della Sommaria); e rappresentanti del mondo economico-

¹⁰ AGS, Estado, Legajo 1016, 16, a. 1533. Sull'area in cui fu edificata l'opera pia Di Liello, Salvatore, «L'insula di San Giacomo nei secoli», in Mangone F., *Il palazzo del banco di Napoli*, Napoli, Banco di Napoli, 2011 pp. 17-31.

¹¹ Per la bolla cfr. Raimondi, Riccardo, *Reale Arciconfraternita e Monte del SS. Sacramento de' Nobili Spagnoli*, Napoli, 1975, pp. 33-35. Su Roma cfr. Vaquero Piñeiro, Manuel, *La renta y las casas. El patrimonio inmobiliario de Santiago de los Españoles en Roma entre los siglos XV y XVII*, Roma, «LERMA» di Bretschneider, 1999; Fernández Alonso, Justo, «Santiago de los Españoles en Roma, en el siglo XVI», *Anthologica Annua*, VI (1958), pp. 9-122.

¹² Pessolano, M.^a Raffaella, «Progetti di potenziamento delle fortificazioni napoletane dopo gli interventi di Pedro de Toledo», in Maglio, L. (ed.), *Difese e sviluppo urbanistico di Napoli in età vicereale, Atti della Giornata di Studio, Architettura fortificata in Campania, Quaderno 3*, Roma, Istituto Italiano dei Castelli, 2010, pp. 22-24.

¹³ Borrelli, Raffaele, *Memorie storiche della Chiesa di S. Giacomo dei nobili Spagnoli e sue dipendenze*, Napoli, Giannini, 1903, pp. 13-14.

¹⁴ L'ospedale fu realizzato nel 1547. *Ibidem*, p. 138.

politico e militare spagnolo (uno dell'ordine di San Giacomo, uno dei «Continui», uno della nazione catalana, un militare della fanteria).

Per il finanziamento dell'opera pia unitamente ai legati di luoghi pii e nobili spagnoli¹⁵ ci fu un beneficio papale di *jus patronato regio* di 150 ducati annui,¹⁶ e un contributo perpetuo del vicerè Don Pedro de Toledo che assegnò 300 duc. annui sopra i beni e le rendite possedute nel Regno, con l'impegno da parte dell'opera pia di mantenere sei cappellani per la celebrazione di messe in suffragio della sua anima nella chiesa di S. Giacomo.¹⁷ Tale onere fu trasferito poi a tutti i suoi eredi e discendenti a cominciare da suo figlio Don García.¹⁸

Ai militari spagnoli della compagnia del Tercio di stanza nel Regno di Napoli toccò un contributo obbligatorio mensile.¹⁹ Il controllo sulla regolarità dei pagamenti spettava ai cosiddetti «*procuradores de las esigencias*», che ogni quattro mesi dovevano appurare che le compagnie di militari spagnoli avessero provveduto a versare, nelle casse del banchiere privato di fiducia, le «elemosine» previste per il mantenimento della Casa Santa.²⁰

Altra entrata fu quella introdotta nel 1559 dalla Regia Camera della Sommaria, organismo statale che si occupava delle cause amministrative e fiscali, che riconobbe all'opera pia un diritto di prelazione sui beni di quegli spagnoli morti senza eredi, fatta eccezione per le proprietà burgensatiche e feudali di competenza della Regia Corte.²¹ Come attestano nel Seicento le proteste del governo del San Giacomo il recupero sia delle eredità dei soldati spagnoli morti, sia dei vari contributi dalla paga delle truppe non fu sempre facile.

¹⁵ AGS, Estado, Legajo 1031, a. 1540; p. 152; p. 80; Legajo 1036, p. 47; Borrelli, Raffaele, *Memorie storiche...*, *op. cit.*, p. 18.

¹⁶ AGS, Estado, Legajo 1028, p. 3, a. 1538.

¹⁷ Archivio Ducale di Medina Sidonia, Sanlúcar de Barrameda, *Corrispondenza Villafranca, testamento di Don Pedro de Toledo*, Legato 4424. Sul vicerè Hernando Sánchez, Carlos J., *Castilla y Nápoles en el Siglo XVI. El Virrey Pedro de Toledo: Linaje, Estado y Cultura (1532-1553)*, Salamanca, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo, 1994.

¹⁸ Archivio Storico Banco di Napoli (ASBN), Banco di San Giacomo (BSG), Archivio apodissario, (AA) giornale di banco (gb), 20 dicembre 1616.

¹⁹ Borrelli, Raffaele, *Memorie storiche...*, *op. cit.*, p. 16. Sul terzo Belloso scrive: «Il tercio: unidad compuesta por doce compañías aproximadamente, y de unos 2.500 hombres, mandada por un maestre de campo». *Cfr.* Belloso Martin, Carlos, *La antemuralla de la monarquía...*, *op. cit.*, p. 553; 429.

²⁰ ASN, *Tesoreria Antica, cedole di pagamento*, a. 1533, n. 260; a. 1558, n. 322; a. 1588, n. 264.

²¹ AGS, Visitas de Italia, legajo 24, pp. 134-136.

IL SECONDO OSPEDALE PER LA MILIZIA SPAGNOLA A NAPOLI:
SANTA MARIA DELLA VITTORIA

Nonostante il parere positivo espresso dal gesuita Giovan Francesco Araldo alla fine del Cinquecento sull'ospedale di San Giacomo sempre pieno di ammalati spagnuoli, «ove son governati con grande diligenza»,²² circolavano rapporti drammatici sulle condizioni e sul comportamento dei militari del Terçio.²³

Per soddisfare i bisogni di cura dei militari, garantire l'ordine pubblico, e al contempo partecipare a quel progetto assistenziale transnazionale esteso al tempo del vicerè Juan de Zúñiga y Requeséns alla tutela dei connazionali in altre città come Roma, Palermo e Milano, nel 1572 si decise di aprire un nuovo ospedale denominato Santa Maria della Vittoria per i reduci dalla battaglia di Lepanto.²⁴ Il progetto non fu immediatamente realizzato e ancora nel marzo del 1575 Juan Alvarez de Astorga, tra i fondatori insieme a Don Giovanni d'Austria di quel nuovo ospedale,²⁵ scriveva a Filippo II un accorato appello per l'apertura di un *monte de charidad*. Nella lettera c'era un elenco de «las necesidades y cosas de

²² Divenuto, Francesco (ed.), *Napoli sacra del XVI secolo. Repertorio delle fabbriche religiose napoletane nella Cronaca del Gesuita Giovan Francesco Araldo*, Napoli, Esi, 1990.

²³ Dopo la battaglia di Lepanto fu necessario aumentare il numero dei medici al servizio dell'amministrazione cittadina. Nel 1506 Napoli aveva un solo medico ordinario; nel 1516 erano diventati due; nell'arco di pochi anni dal 1569 al 1572 passarono prima a sette poi a dieci e infine a nove, uno per ciascun quartiere. Accanto ai medici ordinari erano nati per i soldati nel 1551 un medico fisico e nel 1556 un medico cerusico. Capasso, Bartolomeo, *Catalogo ragionato dei libri o registri esistenti nella sezione antica o prima serie dell'Archivio Municipale di Napoli*, vol. II, Napoli, Giannini, 1879, pp. 36-38. Sui medici militari cfr. Biblioteca Nazionale di Napoli, Sezione Manoscritti, XI B 44.

²⁴ Mazzè, Angela (ed.), *L'edilizia sanitaria a Palermo dal 16. al 19. Secolo*, p. II, Accademia nazionale di scienze, lettere e arti di Palermo già del buon gusto, Palermo, 1998; Pidone, Giuseppe, *Descrizione del Real Ospedale militare di Palermo e della sua interna amministrazione*, Palermo, Tip. F. Spampinato, 1834. Per Milano, Treccani, Giovanni (dir.), *Storia di Milano, L'età della Riforma Cattolica (1559-1630)*, vol. X, Milano, Fondazione Treccani degli Alfieri, 1957, pp. 420-423. Belloso Martin, Carlos, *La antemuralla de la monarquía: los Tercios españoles en el Reino de Sicilia en el Siglo XVI*, Madrid, Ministerio de Defensa, 2010, pp. 439-51. Su questa rete e sul progetto per l'assistenza agli spagnoli oltre i confini del Regno di Napoli del vicerè Zuniga cfr. Novi Chavarria, Elisa, «Forme e simboli dell'universalismo ispanico: il processo di integrazione tra le "nazioni" della monarchia attraverso la rete assistenziale (1578-1598)», *Rivista Storica Italiana*, 129, 1 (2017), pp. 5-46.

²⁵ Novi Chavarria, Elisa, «Forme e simboli dell'universalismo ispanico...», *op. cit.*, p. 13. Astorga fu *tenedor de bastimientos de l'Armada de don Juan de Austria*, cfr. Belloso Martin, Carlos, *La antemuralla de la monarquía...*, *op. cit.*, p. 532.

pobres de la nación spaniola que se pretenden remediar por los cavalleros spanoles». Allo scopo di allontanare «toda ocasion de que ningun spanol vaya pidiendo limosna» si chiedeva di aiutare «los pobres soldados espanoles, los que estan presos de las carçeler desta ciudad ayudallos y socorrellos y provellos de comida y de lo neçessario durante sus prisione, los esponalos cativos, las pobres viduas spaniolas o que hayan sido mugeres de espanoles, los niños de pobres spanoles y huerfanos, los pobres spanoles emfermos».²⁶

A supporto della proposta s'impegnarono 44 militari di differente grado che, riunitisi nella chiesa san Giacomo, istituirono un fondo in cui c'erano contributi in contanti di 1.189 duc., annuali di 641 duc., e perpetui di 65 ducati.²⁷

Juan Alvarez de Astorga, a distanza di pochi giorni, scrisse una nuova lettera a Filippo II caldeggiando la realizzazione di una *casa de charidad* e sollecitando un rapido intervento per quell'ospedale per l'«Armada» del 1572, tanto necessario per accogliere e curare i poveri soldati spagnoli, «que por la major parte vienen con enfermedades contagiosas de frialdades (raffreddamento) y otras trabajos que se cogen en la guerra».²⁸

Che cosa e chi aveva ritardato l'avvio di quel nuovo ospedale? Stando alle affermazioni contenute nella stessa lettera la responsabilità era dell'opera pia di San Giacomo che voleva controllarne l'amministrazione, la gestione oltre che occuparsi della nomina del consiglio dei governatori da affidare a quegli uomini di *capa y espada* scelti tra i più generosi ed attenti alle necessità del nuovo ente.²⁹

Non sappiamo in che modo il contrasto cui accennava Juan Alvarez de Astorga fu superato, certo è che il piccolo ospedale militare di Santa Maria della Vittoria, si avvalese come il San Giacomo del contributo a carico dell'infanteria spagnola, pari a «un quarto di reale» al mese per ogni soldato, accolse e curò i militari nel palazzo dei coniugi Lucretia d'Afflitto e Agostino de Cordova sopra le Mortelle.³⁰

²⁶ AGS, Estado, *Copia de las obras que se han de facer e nel hospital que nuevamente se funda y las mandado que para ello han decio los cavalleros espanoles*, Legajo 1066, carta 128.

²⁷ AGS, Estado, *Las ofertas que han hecho los cavalleros que sean congregado en al Yglesia de Senor Santiago, oy savado 12 marzo 1575*, Legajo 1066, carta 129.

²⁸ AGS, Estado, *Sobre establecimiento de una Casa Hospital*, Legajo 1066, carta 130.

²⁹ *Idem*.

³⁰ De Lellis, Carlo, *Aggiunta alla Napoli sacra dell'Engenio Caracciolo*, Napoli, entro il 1689, Napoli, Biblioteca Nazionale «Vittorio Emanuele III», ms. X.B.23, Scirocco E. e Tarallo M. (edd.), *Napoli-Firenze*, 2013, pp. 128-134. Come per il san Giacomo il contributo dei militari era in proporzione al ruolo rivestito. Sull'elemosina: «Todos los soldados del tercio estaban obligados a pagar una cantidad mensual –la limosna– para sustentar dicha institución y ase-

L'assistenza ai ricoverati fu affidata ai Fatebenefratelli, l'ordine religioso creato in Spagna da Giovanni di Dio.³¹ Secondo la letteratura agiografica fu proprio Giovanni D'Austria, grande vincitore di Lepanto, a proporre agli Ospedalieri di assistere gli ammalati accolti nell'ospedale militare.³² Ma nel 1590, sembra per contrasti, i frati si trasferirono per creare un proprio ospedale di Santa Maria della Pace con chiesa e convento.

Fu probabilmente la partenza dei Fatebenefratelli a fornire l'occasione per la costituzione di un unico ospedale, seppure con due diverse sedi, agli amministratori del San Giacomo.³³

Nel nuovo complesso di San Giacomo e Vittoria, in sostituzione degli Ospedalieri arrivarono i Padri Ministri degli Infermi conosciuti anche come i Crociferi, seguaci di Camillo De Lellis, giunti a Napoli nel 1588. I sei padri ricevevano un compenso mensile per il «companionaggio» e i vestiti.³⁴

Nel 1613 anche l'edificio che accoglieva l'ospedale della Vittoria fu ceduto per 4.300 ducati ai frati domenicani che lo trasformarono nel Monastero femminile di clausura di Santa Caterina da Siena.³⁵

gurarse así que serían atendidos en caso de enfermedad o heridas. Esta cantidad se les descontaba del sueldo, y era proporcional al grado militar que se desempeñaba. Al igual que se pagaba al hospital de Santiago de Nápoles, al de Palermo se le pagaba 1 real el soldado, 2 el sargento, 3 el alférez, 5 el capitán, un importe que en general era muy superior a la cantidad real que gastaba posteriormente en los enfermos». Bellosio Martin, Carlos, *La antemuralla de la monarquía...*, op. cit., p. 441. Negli anni '80 del Cinquecento il capitano percepiva 40 scudi al mese, 15 l'alfiere, 8 il sergente fino ai 3 scudi degli archibugieri. La paga di un soldato semplice era piuttosto bassa. Basti pensare che il garzone del san Giacomo percepiva 12 scudi al mese, rispetto ai 100 del chirurgo fisico, 134 del razionale. Le paghe erano espresse in ducati (un ducato=uno scudo= 10 reali). Sulle paghe dei soldati *cfr.* Fenicia, Giulio, *Il Regno di Napoli e la difesa del Mediterraneo nell'età di Filippo II, (1556-1798). Organizzazione e finanziamento*, Bari, Cacucci, 2003, p. 35.

³¹ Pazzini, Adalberto, *Storia della medicina*, vol. I, Milano, Societa editrice libraria, 1947, p. 796.

³² Russotto, Gabriele, *San Giovanni di Dio e il suo Ordine Ospedaliero*, Roma, Ufficio Formazione e Studi dei Fatebenefratelli, 1969, p. 150.

³³ ASBN, BSG, AA, bancali estinte il 12 gennaio 1599, filza 2, p. 40.

³⁴ ASBN, BSG, AA, giornale di cassa (gc) 21, 6 febbraio 1613; gb, 32, 3 settembre 1615; 14 giugno 1619 gc, 52. Sulla loro presenza negli ospedali napoletani Boccadamo, Giuliana, «L'ospedalizzazione a Napoli in età moderna. Il San Giacomo, gli Incurabili e l'Annunziata al tempo di Camillo De Lellis», in AA.VV., *San Camillo De Lellis e il suo tempo*, Roma, Casa Generalizia dei Camilliani, 2000, pp. 73-76.

³⁵ ASBN, BSG, AA, gb. m. 25 p. 151, 1 febbraio 1614.

Nella rete degli istituti controllati dall'amministrazione dell'opera di San Giacomo entrò anche il monastero della SS.ma Concezione. Nel 1571 la Camera della Sommaria chiese al consiglio dei governatori di San Giacomo di esprimersi oltre che sull'effettiva necessità di costruire un monastero per accogliere le fanciulle spagnole, soprattutto sulla disponibilità della Casa Santa a contribuire finanziariamente alla sua edificazione.³⁶

Interlocutore autorevole e portavoce delle necessità della comunità ispanica, il consiglio di amministrazione del San Giacomo denunciava una difficoltà nella gestione finanziaria dell'ospedale, ed escludeva la possibilità di accollarsi la spesa per la costruzione di un nuovo edificio, in sostituzione dell'angusto locale, già presente nell'area occupata dal San Giacomo dal 1552, per accogliere e mantenere le povere fanciulle spagnole. Per questa opera non potevano bastare i 300 duc. offerti da sua Maestà Filippo II in quanto, secondo un rudimentale preventivo, sarebbero stati necessari all'incirca 15.000 duc. solo per le spese di fabbrica di un luogo semplice e privo di sontuosità.³⁷

Trascorsi tuttavia alcuni anni da questo iniziale irrigidimento, nel 1583 furono proprio i governatori dell'Ospedale e della Chiesa e in nome del vicerè e del re di Spagna Filippo II a realizzare il monastero della SS.ma Concezione.

Come si è visto i governatori del San Giacomo avevano denunciato già nel 1571 difficoltà economiche nella gestione dell'ospedale. Le spese per il suo mantenimento sono riportate nell'unico bilancio a noi pervenuto del 1583 e contenuto nella visita di Lope de Guzman relativo a chiesa, ospedale e monastero della SS. Concezione.³⁸ La rendita complessiva ammontava a un totale di 8.888,63 duc., di cui il 57% (5.093,98 duc.) proveniva da fiscali e arrendamenti.³⁹ Il restante 43% delle entrate, pari a ducati 2.943,70 era ottenuto dai fitti delle numerose case e botteghe possedute. Per i lasciti nel bilancio si ritrova quello dei Continui e dalla famiglia Villafranca. In sintesi le entrate dell'ospedale erano da attribuirsi a partite del debito pubblico e fitti attivi.

³⁶ ASN, Consulte della Sommaria, vol. 3, pp. 229-232.

³⁷ *Idem.*

³⁸ AGS, Visitas de Italia, legajo 24, pp. 118-225.

³⁹ I favorevoli tassi di interesse indussero gli organismi laici e religiosi ad acquistare una cospicua fetta di debito pubblico: arrendamenti, fiscali e adoe. Arrendamento viene dallo spagnolo *arrendar* e riguardava l'appalto delle gabelle sulle imposte indirette. Luigi De Rosa, *Mezzogiorno spagnolo tra crescita e decadenza, op. cit.*, 65-67.

SULL'ORGANIZZAZIONE INTERNA, L'ACCOGLIENZA DEI MALATI
E L'UFFICIO DI DEPOSITO

La particolare strutturazione del prospetto contabile del 1583, in cui non c'era ancora l'ospedale della Vittoria, confermava quegli stretti legami esistenti tra le istituzioni che facevano capo all'amministrazione dell'opera pia di San Giacomo. Per conoscere più da vicino l'attività dell'ospedale, di cui non esiste più l'archivio, preziose sono le informazioni contenute nella *Relacion de las cosas del Hospital yglesia y Monasterio de señor Santiago de los españoles desta ciudad de Napoles hecha en 7 de Agosto 1583* e nell'*Orden para la buena gobernaçion del'hospital de N.Senora y del S. Santiago de los Espanoles* redatte dal visitatore spagnolo a Napoli Lope de Guzman.⁴⁰ Cominciando dai vertici va detto che per l'amministrazione dell'opera pia esisteva un differente grado di coinvolgimento da parte dei governatori di cui erano tempo pieno solo il rappresentante dei «Continui» e della nazione catalana.⁴¹

La seduta plenaria *de todos los maestros o de la major parte de ellos* era prevista per la domenica e per l'esame di tutte le entrate e le spese fatte in collaborazione con il razionale, addetto all'amministrazione. Deroghe all'autorizzazione erano previste per le spese inferiori ai tre ducati, di cui era responsabile il maggiordomo cui era affidata anche l'accoglienza dei malati, i controlli sull'ordine, la disciplina e il comportamento degli infermi all'interno dell'ospedale: vietate bestemmie e gioco dei dadi.

Come in altre strutture di assistenza anche presso il san Giacomo troviamo l'infermiere: una figura destinata a ritagliarsi un proprio spazio nell'accoglienza e nell'assistenza dei malati. Con il suo intervento veniva garantito il soccorso ai militari di terra e a quanti svolgevano servizio sulle navi, provvedendo anche a far arrivare a bordo medicinali e medici. Era poi il capitano imbarcato a controllare: il numero degli ammalati, le loro condizioni, la qualità e la distribuzione del cibo.⁴²

Per la cura degli ammalati ricoverati presso il san Giacomo o a bordo delle galee c'era « un boticario a salariado por que todas las medecinas son de casa, con uno o dos moços». Le medicine venivano somministrate su prescrizione del medico cerusico e previa comunicazione al maestro di turno e al razionale,

⁴⁰ AGS, Visitas de Italia, legajo 24, pp. 113- 133; pp. 134-136.

⁴¹ In segno di riconoscenza nella chiesa di S.Giacomo furono costruite due cappelle, una più piccola per i «Continui» ovvero cento gentiluomini metà spagnoli e metà napoletani, e l'altra per i catalani.

⁴² Archivo della Casa de Medina Sidonia, Correspondencia Villafranca, legajo 4394; 4423.

depositari delle chiavi della medicheria. Sulle cure purtroppo non sono state rinvenute altre notizie che quelle relative alla somministrazione «cada año el agua del leño y salça parrilla a todos los españoles que con necesidad la quieren tomar dos vezes al año, una por el mes de mayo, y otra por el mes de setiembre». C'era l'ordine per «el Mayordomo Medico Cirujano y Platico che no puedan recibir enfermo ninguno que tenga mal contagioso, sino de calenturas y heridas frescas», trasferiti di certo all'ospedale degli Incurabili e forse anche all'ospedale della Vittoria.

Al maggiordomo e al razionale toccava provvedere anche a quanti erano rinchiusi nel carcere di S. Giacomo:⁴³ «A los presos dela carcel se les da de comer miercoles, jueves, viernes, y sabado: ocho onças j media de carne, quatro panes, una garrafa de vino a cada uno el dia, y menestra para todos y lo demas dela semana no sele da nada, por que el domingo se lo da el señor Gaspar Pineiro, y el lunes don Diego de Mendoça, y el martes don Luis de Toledo».⁴⁴

Per la pulizia della *ropa*, comprese le camice degli infermi e la biancheria dei letti, c'era una lavanderia. Al momento del ricovero, al guardaroba toccava il servizio di deposito e raccolta di indumenti, soldi ed eventualmente, visto lo stretto rapporto tra l'istituzione e i militari, le armi, dando in cambio al ricoverato una camicia.

A fine anno un inventario forniva indicazioni su quantità e qualità dei depositi separando gli oggetti dagli indumenti, distinti in vecchi e nuovi e per qualità: lana o tela. Per la *roba* ricevuta alla presenza del cappellano maggiore o dell'infermiere, si seguiva un *iter* preciso e cioè una parte veniva venduta per coprire le spese mentre la rimanente veniva distribuita ai poveri spagnoli. Quella invenduta veniva affidata insieme al denaro alla stretta sorveglianza del maggiordomo.

La preparazione dei pasti avveniva all'interno del nosocomio dove il cuoco seguiva quanto prescritto dai medici, approvvigionandosi per il pane e la carne direttamente da botteghe di proprietà dell'ente, situate nel cortile del S. Giacomo. All'acquisto dei generi alimentari necessari all'ospedale erano addetti il compratore, il dispensiere, l'ispettore delle cucine e il cuoco che insieme al maggiordomo controllavano lo stato della dispensa. Le pratiche spirituali toccavano al cappellano. Precluso il ricovero ai non cristiani.

⁴³ Il carcere ospitava soldati spagnoli e sul finire del '500 ne erano presenti circa 60. *Cfr.*: BNN, sez. man., fondo S. Martino 184.

⁴⁴ AGS, Visitas de Italia, legajo 24, p. 117.

CONCLUSIONI

Grazie alla visita di Lope de Guzman siamo entrati nell'opera pia di San Giacomo prima che ricevesse nel 1597 l'autorizzazione ad aprire un banco pubblico. Come si è detto tale opportunità fu offerta ad altre istituzioni di assistenza napoletana ma solo il San Giacomo era un ente spagnolo. Il rapporto tra assistenza e credito non fu facile e anzi fino al 1622 l'opera pia approfittò del banco per finanziare le sue spese.⁴⁵ Un bilancio delle iniziative assunte dalla Casa Santa di San Giacomo a 80 anni dalla nascita è contenuto nell'inchiesta del cardinale Zapata del 1621. Insieme all'ospitalità offerta ai soldati ed anche ai poveri della nazione spagnola, la Casa Santa manteneva due chiese, riceveva gratis 18 fanciulle figlie di spagnoli nel Monastero della SS.ma Concezione; maritava 34 fanciulle e per maritaggio ripartiva ogni anno 1.491 duc.; riscattava da mano degli infedeli i prigionieri con una somma annuale di 366 duc. e 32 grana; riceveva ogni anno 6 figli di spagnoli, ai quali dava studio e vitto, mantenendoli con un rettore, casa e servizio convenevole per la buona educazione. Insegnava a leggere e a scrivere ai figli di spagnoli bisognosi, aiutandoli a entrare a far parte del corpo di fanteria.⁴⁶

La sua natura di ente nazionale di certo ne favorì il successo e l'affermarsi nel panorama dell'assistenza napoletana ma al contempo ne condizionò la sua scomparsa nel 1809 al tempo della dominazione francese ma questa è un'altra storia.



Mappa 1. *Isola di San Giacomo dalla mappa Giovanni Carafa duca di Noja (a. 1775), nella Piazza o sia Largo del Castello.*⁴⁷

⁴⁵ Salvemini, Raffaella, «La difficile combinazione tra assistenza...», *op. cit.*, p. 67.

⁴⁶ ASBN, BSG, Archivio patrimoniale, m. 228, p. 124.

⁴⁷ 416: Carceri dell'Udienza Generale degli Eserciti di S.M. Siciliana; 425: Chiesa, Ospedale e Banco dei SS. Giacomo e Vittoria della Nazione Spagnola, fondati dal Viceré nel 1540;



Fig. 1. *Ingresso pontificia reale basilica di San Giacomo degli Spagnoli (Napoli).*⁴⁸

426: Chiesa e Conservatorio di S. Maria della Concezione spagnola; 427: Vico della Concezione; 388: Strada di Toledo. Fonte = Stralcio foglio n.11 della Mappa topografica della Città di Napoli e de' suoi contorni 1775 Duca di Noja Giovanni Carafa, in Cesare de Seta (a cura di) Cartografia della Città di Napoli, Napoli, 1975, Esi.

⁴⁸ Fonte: Portale Spagn. In *Wikipedia Commons* [17 aprile 2018]:

<https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Portale_Spagn.jpg>. La chiesa nazionale di Spagna è oggi amministrata dalla Real Hermandad de Nobles Españoles de Santiago. Si trova in Piazza Municipio (Napoli) e rappresenta l'unica testimonianza dell'intero complesso. Il palazzo di San Giacomo ospita oggi il comune di Napoli.



Fig. 2. *Sepolcro don Pedro di Toledo nella chiesa di San Giacomo scolpito da Giovanni da Nola.*⁴⁹

ARCHIVI E BIBLIOTECHE

Archivo General de Simancas, Estado, Legajo 1016, p. 16; Legajo 1028, p. 3 ; Legajo 1031, p. 3, p. 80; p. 152; Legajo 1036, p. 47; Legajo 1066, p. 128; Legajo 1066: Copia de las obras que se han de facer e nel hospital que nuevamente se funda y las mandado que para ello han decto los cavalleros espanoles, carta 128; Las ofertas que han hecho los cavalleros que sean congregado en al Yglesia de Senor Santiago, oy savado 12 marzo 1575, carta 129; Sobre establecimiento de una Casa Hospital, carta 130.

Visitas de Italia, legajo 24, p. 113-225.

Archivio Ducale di Medina Sidonia, Sanlúcar de Barrameda, Correspondenza Villafranca, testamento di Don Pedro de Toledo, Legajo 4424; legajo 4394; legajo 4423.

Archivio Storico Banco di Napoli (ASBN), Banco di San Giacomo (BSG), Archivio apodisario (AA), giornale di banco (gb) 20 dicembre 1616; Archivio patrimoniale (AP), matricola (m) 228, p. 124; AA, bancali estinte il 12 gennaio 1599, filza 2 p. 40; giornale di cassa (gc) 21, 6 febbraio 1613; gb, m. 25, 1 febbraio 1614; gb, 32, 3 settembre 1615; gc, m. 52, 14 giugno 1619.

Archivio di Stato di Napoli, Tesoreria Antica, cedole di pagamento, a. 1533, n. 260; a. 1558, n. 322; a. 1588, n. 264; Consulte della Sommaria vol. 3, p. 229-232.

Biblioteca Nazionale Napoli, sezione manoscritti, fondo S. Martino 184; Ms, XI B 44.

⁴⁹ Fonte: Sepolcro don Pedro di Toledo. In *Wikimedia Commons* [17 aprile 2018]: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Sepolcro_don_Pedro_di_Toledo.JPG>

BIBLIOGRAFIA

- AVALLONE, Paola, *Stato e banche pubbliche a Napoli a metà del'700*, Edizione Scientifiche Italiane, Napoli, 1995.
- BELLOSO MARTIN, Carlos, *La antemuralla de la monarquía: los Tercios españoles en el Reino de Sicilia en el Siglo XVI*, Madrid, Ministerio de Defensa, 2010.
- BOCCADAMO, Giuliana, «L'ospedalizzazione a Napoli in età moderna. Il San Giacomo, gli Incurabili e l'Annunziata al tempo di Camillo De Lellis», in AA.VV., *San Camillo De Lellis e il suo tempo*, Roma, Casa Generalizia dei Camilliani, 2000, pp. 69-120.
- BORRELLI, Raffaele, *Memorie storiche della Chiesa di S. Giacomo dei nobili Spagnoli e sue dipendenze*, Napoli, Giannini, 1903.
- BRANCACCIO, Giovanni, *Nazione genovese: consoli e colonia nella Napoli moderna*, Napoli, Guida editore, 2001.
- CAPACCIO, Giulio C., *Il Forastiero*, Napoli, 1636, vol. II.
- CAPASSO, Bartolomeo, *Catalogo ragionato dei libri o registri esistenti nella sezione antica o prima serie dell'Archivio Municipale di Napoli*, vol. II, Napoli, Giannini, 1879.
- DE LELLIS, Carlo, *Aggiunta alla Napoli sacra dell'Engenio Caracciolo*, Napoli, entro il 1689, Napoli, Biblioteca Nazionale «Vittorio Emanuele III», ms. X.B.23, Scirocco E. e Tarallo M. (ed), Napoli-Firenze, 2013.
- DI LIELLO, Salvatore, «L'insula di San Giacomo nei secoli», in Mangone F., *Il palazzo del banco di Napoli*, Napoli, Banco di Napoli, 2011 pp. 17-31.
- DE ROSA, Luigi, *Il Mezzogiorno spagnolo tra crescita e decadenza*, Milano, A. Mondadori, Il Saggiatore, 1987.
- DIVENUTO, Francesco (ed.), *Napoli sacra del XVI secolo. Repertorio delle fabbriche religiose napoletane nella Cronaca del Gesuita Giovan Francesco Araldo*, Napoli, Esi, 1990.
- FENICIA, Giulio, *Il Regno di Napoli e la difesa del Mediterraneo nell'età di Filippo II, (1556-1798). Organizzazione e finanziamento*, Bari, Cacucci, 2003.
- FERNÁNDEZ ALONSO, Justo, «Santiago de los Españoles en Roma, en el siglo XVI», *Anthologica Annua*, VI (1958), pp. 9-122.
- GIURA, Vincenzo, *Storie di minoranze. Ebrei, greci, albanesi nel Regno di Napoli*, Napoli, Esi, 1984.
- GALANTE, Gennaro A., *Guida sacra della città di Napoli*, Napoli, Stamperia del Fibreno, 1872.
- GRACIA RIVAS, Manuel, «Los Hospitales Reales del Ejército y Armada en las campañas militares del siglo XVI», in García Hernán, E. e Maffi, D. (edd.), *Guerra y sociedad en la monarquía hispánica: política, estrategia y cultura en la Europa Moderna, 1500-1700*, vol. II, Madrid, CSIC, 2006, vol. II, pp. 765-784.
- HERNANDO SÁNCHEZ, Carlos J., *Castilla y Nápoles en el Siglo XVI. El Virrey Pedro de Toledo: Linaje, Estado y Cultura (1532-1553)*, Salamanca, Junta de Castilla y León, Consejería de Cultura y Turismo, 1994.

- MAURO, Ida, «Espacios y ceremonias de representación de las corporaciones nacionales en la Nápoles española», in García García, B. y Recio, O. (edd.), *Actas del XII Seminario Internacional de Historia. Las corporaciones de nación en la monarquía hispánica (1580-1750). Identidad, patronazgo y redes de sociabilidad*, Madrid, Doce calles, 2014, pp. 451-478.
- MARCOS MARTÍN, Alberto, «Carità e società nella Spagna moderna», in Ammanati, F. (ed.), *Assistenza e solidarietà in Europa, secc. XIII-XVIII, Atti della «quarantaquattresima Settimana di studi», 22-26 aprile 2012, Prato*, Firenze, Firenze University Press, 2013, pp. 399-418.
- MAZZÈ, Angela, (ed.), *L'edilizia sanitaria a Palermo dal 16. al 19. Secolo*, p. II, Accademia nazionale di scienze, lettere e arti di Palermo già del buon gusto, Palermo, 1998.
- MUSI, Aurelio, «La comunità greca in Napoli in età moderna», *Rivista Storica Salernitana*, 12, 1 (1995), pp. 185-201.
- NOVI CHAVARRIA, Elisa, «Forme e simboli dell'universalismo ispanico: il processo di integrazione tra le "nazioni" della monarchia attraverso la rete assistenziale (1578-1598)», *Rivista Storica Italiana*, 129, 1 (2017), pp. 5-46.
- PAZZINI, Adalberto, *Storia della medicina*, vol. I, Milano, Società editrice libraria, 1947.
- PESSOLANO, M.^a Raffaella, «Progetti di potenziamento delle fortificazioni napoletane dopo gli interventi di Pedro de Toledo», in Maglio, L. (ed.), *Difese e sviluppo urbanistico di Napoli in età vicereale, Atti della Giornata di Studio, Architettura fortificata in Campania, Quaderno 3*, Roma, Istituto Italiano dei Castelli, 2010, pp. 17-25.
- PIDONE, Giuseppe, *Descrizione del Real Ospedale militare di Palermo e della sua interna amministrazione*, Palermo, Tip. F. Spampinato, 1834.
- RAIMONDI, Riccardo, *Reale Arciconfraternita e Monte del SS. Sacramento de' Nobili Spagnoli*, Napoli, 1975.
- RUSSOTTO, Gabriele, *San Giovanni di Dio e il suo Ordine Ospedaliero*, Roma, Ufficio Formazione e Studi dei Fatebenefratelli, 1969.
- SALVEMINI, Raffaella, «La difficile combinazione tra assistenza e credito in età moderna. L'esperienza della Casa Santa e banco di San Giacomo degli Spagnoli di Napoli», *Rivista Storica Salernitana*, 29 (1998), pp. 29-67.
- SPICKER, Paul, *The Origins of Modern Welfare: Juan Luis Vives, De Subventione Pauperum, and City of Ypres. Forma Subventionis Pauperum*, Oxford, Peter Lang, 2010.
- TRECCANI, Giovanni (dir.), *Storia di Milano, L'età della Riforma Cattolica (1559-1630)*, vol. X, Milano, Fondazione Treccani degli Alfieri, 1957.
- VAQUERO PINEIRO, Manuel, *La renta y las casas. El patrimonio inmobiliario de Santiago de los Españoles en Roma entre los siglos XV y XVII*, Roma, «L'ERMA» di Bretschneider, 1999.
- ZEZZA, Andrea, «Da mercanti genovesi a baroni napoletani: i Pinelli e la loro cappella nella chiesa di San Domenico Maggiore», in Muto, G. e Terrasa Lozano, A. (eds.), *Estrategias culturales y circulación de la nueva nobleza en Europa, 1570-1707*, Madrid, Doce Calles, 2016, pp. 95-110.

SODOMÍA Y ABUSOS SEXUALES EN LOS HOSPITALES ZARAGOZANOS DEL QUINIENTOS

GERMÁN NAVARRO ESPINACH

RAÚL VILLAGRASA-ELÍAS

Universidad de Zaragoza

PESE A QUE LOS HOSPITALES EUROPEOS SURGIERON como pequeños entes asistenciales, su conexión con los múltiples actores sociales fue tremendamente alta. Los vínculos entre estos han sido tradicionalmente tres: desde quienes ejercieron el patrocinio o supervisión de los establecimientos; pasando por los que desempeñaron una actividad laboral; hasta quienes fueron sujetos de esa caridad. Y es que, durante los últimos siglos del Medievo y las primeras centurias de la Modernidad hubo una máxima que rara vez se alteró: quienes promovieron los hospitales casi nunca ocuparon el rol del necesitado.¹

A la hora de establecer una sociología de la sanidad la abundancia de noticias documentales es mayor para el primer grupo –elites y garantes de la asistencia–; menor para el segundo, los trabajadores –sanitarios y no sanitarios–; y exigua para el último conjunto, los miserables. Ya lo anunciaba Michel Mollat: los registros hospitalarios no son una excelente fuente de información para conocer a los pobres.² Tanto en la documentación contable hospitalaria como aquella complementaria –fondos municipales, eclesiásticos, notariales– este colectivo, tan amplio y diverso, quedó constreñido a una expresión: los *pauperes Christi*. Por ese motivo, debemos esforzarnos por buscar formas que nos acerquen a ese gran grupo silenciado. En algunas ocasiones basta con explorar la documentación administrativa hospitalaria, en otros casos hay que recurrir a fuentes de carácter práctico. La documentación judicial es sin duda un fecundo campo.

¹ Cabe también añadir una última conexión revalorizada por la historiografía recientemente y es la función crediticia de los hospitales y otras entidades asistenciales.

² Mollat, Michel, *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media: estudio social*, México D. F., Fondo de Cultura Económica, 1998, pp. 16-18.

MATERIAL DOCUMENTAL

Los fondos eclesiástico-diocesanos contienen información sobre las instituciones hospitalarias del territorio diocesano. Visitas pastorales, registros de la curia o material epistolar pueden ser utilizados por el investigador.³ En nuestro caso, hemos optado por la inquisición de cuatro procesos judiciales, custodiados en la sección Causas Criminales del Archivo Diocesano de Zaragoza (ADZ), la cual fue catalogada con anterioridad por María Isabel Falcón y Miguel Ángel Motis.⁴ Este último profundizó a su vez en aquellos autos cuya finalidad era la persecución de las prácticas sexuales fuera de los cánones ortodoxos de la época.⁵ Gracias a estos trabajos previos podemos centrarnos en aspectos más concretos relacionados con las instituciones hospitalarias zaragozanas y las gentes de menor estatus social. Del conjunto que manejaron estos autores hemos seleccionado las causas contra:

- Bautista, enfermero italiano del hospital de Nuestra Señora de Gracia, acusado de prácticas homosexuales y tocamientos deshonestos con tres mozos que trabajaban como criados en dicho hospital (1565).⁶
- Jaime Royo, peregrino francés, procesado por prácticas homosexuales con Pierre, también romero jacobeo y de la misma nacionalidad, en el hospital de la Seo (1573).⁷
- Juan de Gorgonante, italiano, inculpado de intentar sodomizar a Joan, mozo, en el hospital de la Verónica (1581).⁸
- Jacobo Lippo, italiano, que pretendió mantener relaciones sexuales con el muchacho Gregorio Soriano en el hospital del Carmen (1602).⁹

³ Las posibilidades de esta documentación para el estudio de los hospitales en Villagrasa-Elías, Raúl, «Aproximación a los hospitales a través de los registros de actos comunes de la Archidiócesis de Zaragoza (1400-1411)», *Aragón en la Edad Media*, 25 (2014), pp. 323-358.

⁴ Falcón Pérez, M.ª Isabel y Motis Dolader, Miguel Á., *Procesos criminales en el arzobispado de Zaragoza*, Zaragoza, Diputación General de Aragón, 2000. Existen más procesos judiciales con mención de hospitales en la propia sección de «Causas Criminales», así como en «Ape-laciones» y «Causas Civiles».

⁵ Motis Dolader, Miguel Á., «Imago Dei Deturpatur: el pecado “nefando” o “contranatura” en el Arzobispado de Zaragoza (siglos XV y XVI)», *Hispania Sacra*, v. 52, 105 (2000), pp. 343-366.

⁶ ADZ, C-20/8, 8 ff.

⁷ ADZ, C-10/22, 10 ff.

⁸ ADZ, C-10/16, 18 ff.

⁹ ADZ, C-13/1, 16 ff.

Ahora bien, nuestro objetivo no es tanto el fenómeno de la sodomía, sino los sujetos retratados en la documentación, así como su contextualización histórica. Y para ello, antes de sumergirnos en lo que aconteció en aquellos cuatro hospitales conviene detenerse en la codificación sexual que se dio a caballo entre la Edad Media y la Moderna.

DELITOS DE CARNE Y SOCIOLOGÍA DE LA SODOMÍA

Legisladores y moralistas acometieron una sistematización de la sexualidad ya en la Baja Edad Media.¹⁰ En su clasificación de los delitos de carne distinguían los pecados naturales y los pecados *contra natura*. Los primeros iban en contra de la persona y el propio sacramento del matrimonio, como eran el amancebamiento, el estupro, el adulterio, el incesto y el crimen sacrílego. Los segundos, los pecados *contra natura*, eran considerados tan abominables que afrentaban al mismísimo Dios: masturbación, lesbianismo, sodomía y bestialismo. La zoofilia aparecía siempre relacionada con ambientes rurales mientras que la sodomía se asoció a las grandes ciudades. Originariamente la sodomía se identificó con toda relación sexual que no utilizara la vía vaginal, incluido hombre-mujer. Con el tiempo determinó cualquier tipo de relación homosexual para terminar siendo sinónimo de homosexualidad masculina.¹¹

La persecución de la sodomía en el ámbito castellano se llevó a cabo por los poderes civil y eclesiástico con el reforzamiento de la Pragmática de los Reyes Católicos de 1497 mientras que en la Corona de Aragón –salvo Mallorca– fue la Inquisición el brazo ejecutor a partir de la Pragmática de 1505. El Consejo del Santo Oficio rechazó en 1509 tales competencias pero en 1524 el papa

¹⁰ Para una recopilación de la animadversión medieval y moderna con respecto a la sodomía: Bazán Díaz, Iñaki, «La construcción del discurso homofóbico en la Europa cristiana medieval», *En la España medieval*, 30 (2007), pp. 433-454. Ejercicios complementarios para América e Italia en: Molina, Fernanda, «Entre pecado y delito: la administración de la justicia y los límites documentales para el estudio de la sodomía en el Virreinato de Perú (siglos XVI-XVII)», *Allpanchis*, 71 (2008), pp. 141-186; Todeschini, Giacomo, «“Sodoma e Caorsa”. Sterilità del peccato e produttività della natura alla fine del medioevo cristiano», en Grassi, U. y Marcocci, G. (eds.), *Le trasgressioni della carne. Il desiderio omosessuale nel mondo islamico cristiano, secc. XII-XX*, Roma, Viella, 2015, pp. 53-80.

¹¹ Tomás y Valiente, Francisco, «El crimen y pecado contra natura», en Tomás y Valiente, F. et al., *Sexo barroco y otras transgresiones premodernas*, Madrid, Alianza, 1990, pp. 33-55.

Clemente VII retribuyó esta función con carácter permanente. Sin embargo, los reos detenidos por sodomía y que son protagonistas en los procesos que manejamos fueron llevados ante el arzobispo de Zaragoza.¹² En el caso de Jaime Royo y Pierre, dos peregrinos franceses alojados en el hospital catedralicio, la atracción era mutua pues el testigo expuso que «*les vio vesar y abraçar y despues de hecho esto vio que el uno d'ellos hecho mano a la bragueta del otro y le saco sus verguenças*».¹³ Pero si conocemos buena parte de estos juicios es debido a que se denunciaron por abusos sexuales. Un deponente del hospital de la Verónica dijo que el acusado «*lo havia acometido de noche y lo havia querido bujarrar metiendole su miembro armado hacia el vaso trasero*»¹⁴ y, en la misma línea, otro declarante de otro pleito expuso que Bautista, el enfermero italiano del hospital de Nuestra Señora de Gracia, le dijo «*que se bolviessse d'espaldas, y no quiso hazello, y [...] entonçes tomo de la mano a este deposante y le puso su miembro en ella y le dixesse que durmiesse cada noche.*»¹⁵

SOCIOLOGÍA DEL PAUPERISMO Y DE LA SODOMÍA

Uno de los contextos históricos mejor estudiados es el de la Valencia moderna gracias al trabajo de Rafael Carrasco. En su sociología de la sodomía proporciona una serie de porcentajes donde se aprecia que la mayoría de los acusados pertenecieron a las capas populares y de menores recursos: hasta un 72% eran trabajadores técnicos –artesanos–, siervos, esclavos y población nómada –peregrinos, marineros, soldados...–. Es decir, la capacidad económica y la influencia político-social servían generalmente para evitar o eludir el procesamiento.¹⁶ En la

¹² En relación a la Inquisición y el acosamiento de la sodomía: Bennassar, Bartolomé, *Inquisición española: poder político y control social*, Barcelona, Crítica, 1984, pp. 295-320; y Blázquez Miguel, Juan, *La Inquisición en Cataluña. El Tribunal del Santo Oficio de Barcelona (1487-1820)*, Toledo, Arcano, 1990, pp. 207-212. Las cifras que se manejan sobre la Inquisición (1540-1700) llegan a los 380 procesados en Valencia –que no condenados–, 453 en Barcelona y 791 en Zaragoza. Posiblemente en los cuatro ejemplos manejados se recurrió al arzobispo de Zaragoza debido a la supervisión de este sobre los espacios caritativos.

¹³ ADZ, C-10/22, f. 2r.

¹⁴ ADZ, C-10/16, f. 3r.

¹⁵ ADZ, C-20/8, f. 4r.

¹⁶ Carrasco, Rafael, *Inquisición y represión sexual en Valencia. Historia de los sodomitas (1565-1785)*, Barcelona, Laertes, 1985, pp. 155-225. Un estudio completo y complementario es el de Riera i Sans, Jaume, *Sodomites catalans: història i vida (segles XIII-XVIII)*, Barcelona, Base, 2014.

misma línea, Fernanda Molina muestra cómo las clases privilegiadas del Perú pudieron recibir penas menos fatídicas o usar la ley a su favor. Fueron los humildes, en ocasiones con discriminación racial, quienes sufrieron una mayor represión.¹⁷ Por tanto y como es lógico, en los procesos que hemos seleccionado la sociología de la sodomía se confunde con la sociología del pauperismo en una cosmopolita ciudad del siglo XVI.

Se advierten tres principales ideas provenientes de los procesos manejados. Primeramente, y ya se ha reseñado con anterioridad, las denuncias llegaron al arzobispado zaragozano ya que en la mayoría de las ocasiones se trataba de abusos sexuales. En estas relaciones no consentidas siempre había una importante desigualdad: bien de jerarquía, edad, fuerza física o número. Volvemos a Bautista, enfermero, que abusó de tres mozos que trabajaban como criados. No solo hubo diferencia de edad, sino también de categoría laboral. Otros ejemplos son el reo Juan de Gorgonante, descrito como un recio soldado y peregrino, o Jaime Lippo, que intentó sodomizar a Gregorio Soriano a sabiendas de que le acompañaban dos camaradas.¹⁸

En segundo lugar, destaca la fuerte impronta del fenómeno de la extranjería. Entre los acusados por sodomía la totalidad de ellos eran forasteros: Juan de Gorgonante, siciliano; Jaime Royo, parisino; Bautista, italiano; y finalmente, Jacobo Lippo, también italiano. A ellos hemos de sumar otros cuatro foráneos: Gorgonante durmió con otro peregrino italiano, del que desconocemos su nombre; Jaime Royo descansó con otro caminante francés, Pierre, huido para no ser apresado; y Jaime Lippo llegó al hospital del Carmen con Francisco de Zeba y Horacio, dos compañeros de la ciudad de Capua. Se identifican por tanto ocho personajes y todos extranjeros: seis italianos y dos franceses: todos población ambulante excepto Bautista que vivía en el hospital de Gracia.¹⁹

¹⁷ Molina, Fernanda, «Entre la doble vara y el privilegio. La administración de la justicia frente al fenómeno de la sodomía masculina en el Virreinato del Perú (siglos XVI-XVII)», *Revista de Indias*, 261 (2014), pp. 361-386.

¹⁸ Ejemplos similares en otros contextos como la Casa de la Misericordia de Sevilla: Mantecón Movellán, Tomás A., «Oltre la repressione: relazioni omosessuali tra musulmani e cristiani nella Spagna del Cinque e Seicento», en Grassi, U. y Marcocci, G. (eds.), *Le trasgressioni della carne. Il desiderio omosessuale nel mondo islamico e cristiano*, secc. XII-XX, Roma, Viella, 2015, p. 137.

¹⁹ Todavía podemos añadir un proceso más, el que enfrentó a Juan Cetam, peregrino de París, contra Jacques Chayllon, joven de la misma ciudad. Durante sus romerías se encontraron en León, donde compartieron camino. Cetam intentó abusar de Chayllon en los múltiples hospitales donde se alojaron, por ejemplo, en Logroño y Borja. Supuestamente, ante las constantes negativas del muchacho, Cetam le amenazó y agredió (1580): ADZ, C-17/22, 42 ff.

En contraposición pero en la misma línea, el personal doméstico también tenía raíces fuera del país, aunque esta vez provenían de regiones vecinas. Documentamos un criado de Pullan de Cerdaña –Cataluña–, otro de *San Pelai* –«tierra de vascos»–, otro de Gascuña –sur de Francia– y un aragonés de las montañas de Jaca. E incluso si añadimos a tres testigos alojados en los hospitales aun hemos de sumar a tres varones: un romano, un parisino y un catalán. En resumen, los hospitales zaragozanos del siglo XVI seguían siendo un lugar de refugio para transeúntes de múltiples nacionalidades, así como espacios laborales para gentes que buscaban en la ciudad un nuevo porvenir. Por tanto, a la hora de hablar del fenómeno de la extranjería,²⁰ vayamos más allá de esos hombres de negocios cuyo capital extranjero buscaba la ciudad de Zaragoza. Los caminos eran los mismos para todos.

En tercer lugar despunta una última idea básica para comprender la actividad sanitaria en estos hospitales. Nos referimos a los cambios en el plano laboral que se sucedieron en estos establecimientos. La figura del hospitalero²¹ desapareció o fue relegada a tareas de poca importancia, sobre todo en los grandes hospitales. Pese a salarios escasos o ausencia de éstos, fue el personal de enfermería y el servicio doméstico quien cuidó de los enfermos a tiempo completo y desarrolló las tareas cotidianas de la institución; comiendo y durmiendo en las mismas cuatro paredes y manteniendo la vigilia de los dolientes. Bautista desacreditó su puesto en el hospital general de Nuestra Señora de Gracia. Se esperaba mucho más de él, teniendo en cuenta que «*el ser enfermero es officio de mucha confiança*».²²

A MODO DE CONCLUSIÓN Y DE CONTEXTUALIZACIÓN

Todas las ideas mencionadas hasta ahora convergen en un proceso histórico de mayores dimensiones: el cambio de mentalidad que se traduce en ese enfrentamiento ideológico entre el verdadero y el falso pobre.

²⁰ De entre los trabajos de Germán Navarro Espinach al respecto consúltese uno de los más recientes: «Italianos, franceses y alemanes en la Zaragoza de los Reyes Católicos (1479-1516)», en Iradiel, P. et al. (eds.), *Identidades urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2016, pp. 245-262.

²¹ Villagrasa-Eliás, Raúl, *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*, Zaragoza, IFC, 2016, pp. 69-74.

²² ADZ, C-20/8, f. 2r.

Ante las transformaciones socioeconómicas, el aumento del pauperismo y la escasez de recursos para la caridad, la sociedad en su conjunto priorizó las ayudas para los pobres lo que a su vez cristalizó en construcciones mentales. Los desvíos sexuales como la sodomía alcanzaron el rango de herejía, fueron perseguidos por la Santa Inquisición y castigados en ocasiones con el fuego.²³ El sodomita de época moderna era el leproso y el judío medievales, acosados en determinados momentos y acusados de traer la calamidad a la sociedad cristiana a través del hambre y la peste.²⁴ Además de depravado, el sodomita era quien frecuentaba los lugares de mal vivir. La sodomía fue considerada un mal para el buen gobierno, un azote para la República, la amenaza bíblica de Sodoma y Gomorra, al mismo nivel que la delincuencia de la clase marginada. Se trató como un mal de origen exógeno pues la culpa era de franceses, turcos e italianos.

En este binomio de construcciones mentales se configuró un grupo en el que convergían los vagabundos ociosos, los delincuentes, los malhechores y los sodomitas, frente al niño, el loco e incluso el vergonzante del país. La enumeración de los acontecimientos históricos sobre el pauperismo en la ciudad de Zaragoza evidencia este fenómeno años antes de los procesos estudiados.

- a) La insuficiencia de los hospitales trecentistas para atender a los pobres llevó a la elite zaragozana y a la monarquía a constituir un hospital general: Nuestra Señora de Gracia.²⁵ Se le dotó con un lema fundacional: dicho hospital era la *Domus infirmorum urbis et orbis*, es decir, la casa de los enfermos de la ciudad y el mundo. Esta máxima, sin duda de carácter universalista, ya se encontraba caduca al cabo de cincuenta años. Cuando en 1471 el nosocomio sufrió una importante crisis financiera, al mismo tiempo que se aprobó el rescate económico se acordó crear unos estatutos contra los culpables de aquella situación: «*muchos e infinitos gallofos e echacuervos que andan en ciudad por casas e tabernas, gastando la sustancia de los pobres que no pueden treballar e senyaladamente de los del dito Spital*».²⁶ Como se puede observar los

²³ No se menciona castigo alguno en los procesos estudiados. Además de la pila incendiaria hubo penas como el destierro o el castigo corporal.

²⁴ Tomás y Valiente, Francisco, «El crimen y pecado contra natura», *op. cit.*, pp. 52-53.

²⁵ Villagrasa-Elías, Raúl, «Política hospitalaria en los concejos aragoneses del Cuatrocientos», en Iradiel, P. et al. (eds.), *Identidades Urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2016, pp. 163-176.

²⁶ Falcón Pérez, M.^a Isabel, «Sanidad y beneficencia en Zaragoza en el siglo XV», *Aragón en la Edad Media*, 3 (1980), p. 198.

términos «gallofos»²⁷ y «echacuervos»²⁸ destilan sendos matices sexuales y socioeconómicos —en el plano laboral y de la pobreza—. ²⁹

- b) Paralelamente, pero con un significado opuesto, la figura del «inocente» se imponía como el verdadero merecedor de la asistencia de la comunidad.³⁰ El huérfano y el loco —melancólico— se fusionaban en una sola figura, tal como queda demostrado con la procesión del hospital general el día de los Santos Inocentes, documentada por primera vez en 1484. A su vez en 1475 se creó la figura del Padre de Huérfanos para intentar reinserter a los muchachos en el ámbito laboral y en 1543 se fundaron dos hospitales para niños y niñas desamparados.³¹
- c) Además, al pobre verdadero se les otorgaba en el siglo XVI un carnet identificativo de su estado de necesidad.³²
- d) Por el contrario, al falso pobre se le comenzó a castigar físicamente y se le expulsaba de la ciudad, pues, según los pregones municipales de las décadas de 1540, no venían con buenas intenciones.³³

²⁷ RAE: Gallofo/gallofero: holgazán y vagabundo que anda pidiendo limosna.

²⁸ RAE: Echacuervos: hombre que concierta una relación amorosa (alcahuete); hombre embustero y despreciable.

²⁹ En noviembre de 1471, un mes antes de la intervención económica del municipio para ayudar al hospital, se denunciaron los destrozos cometidos por egipcios o gitanos llegados a la ciudad: Falcón Pérez, M.^a Isabel, *El municipio de Zaragoza entre 1468 y 1472*, Zaragoza, Ayuntamiento de Zaragoza, 2006, p. 212.

³⁰ En los siglos XV y XVI nació un cuidado específico de los inocentes en las principales urbes hispánicas. Dos de los ejemplos mejor estudiados para dementes: López Alonso, Carmen, *Locura y sociedad en Sevilla: historia del Hospital de los Inocentes (1436?-1840)*, Sevilla, Diputación Provincial, 1988; Tropé, Hélène, *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII*, Valencia, Diputació de València, 1994. Para niños abandonados o huérfanos, consúltese la fundación hospitalaria de Francesco de Datini: Gavitt, Philip, *Charity and children in Renaissance Florence: the Ospedale degli Innocenti, 1410-1536*, Ann Arbor, University of Michigan, 1990. A la atención especializada se suma el cuidado dispensado por los hospitales generales. Compléméntese el caso zaragozano con el barcelonés: Huguet-Termes, Teresa y Arrizabalaga, Jon, «Hospital Care for the Insane in Barcelona, 1400-1700», *Bulletin of Spanish Studies*, 87/8 (2010), pp. 81-104; Vinyoles i Vidal, Teresa, «El rastro del més desvalguts entre els papers de l'Hospital de Barcelona», *SVMMA. Revista de cultures medievals*, 1, 2 (2013), pp. 77-101.

³¹ Villagrasa-Elías, Raúl, *La red de hospitales...*, *op. cit.*, pp. 65-69.

³² Maíso González, Jesús, «Aspectos del hospital de Gracia de Aragón bajo los Austrias», en *Estudios del Departamento de Historia Moderna*, Zaragoza, Facultad de Filosofía y Letras, 1978, p. 293.

³³ Archivo Municipal de Zaragoza, Preg. 5, 1548, f. 3r: «muchas personas viven y están en la presente ciudad e no vienen con amor ni tienen officio alguno sino que son vagamundos, rufianes y personas por las quales se resciven muy grandes daños...».

Como muestran las fechas, es justamente aquí –en los hospitales urbanos– y ahora –la segunda mitad del siglo XVI– cuando convergió la persecución de la sodomía y la mendicidad. El cambio de mentalidad apoyaba la ayuda para el inocente, el mentecato, el demente, el huérfano e incluso el vergonzante del lugar y hostigaba al gallofero, al echacuervos, al *vagamundo*, al bujarrón, al gitano y al extranjero.

BIBLIOGRAFÍA

- BAZÁN DÍAZ, Iñaki, «La construcción del discurso homofóbico en la Europa cristiana medieval», *En la España medieval*, 30 (2007), pp. 433-454.
- BENNASSAR, Bartolomé, *Inquisición española: poder político y control social*, Barcelona, Crítica, 1984.
- BLÁZQUEZ MIGUEL, Juan, *La Inquisición en Cataluña. El Tribunal del Santo Oficio de Barcelona (1487-1820)*, Toledo, Arcano, 1990.
- CARRASCO, Rafael, *Inquisición y represión sexual en Valencia. Historia de los sodomitas (1565-1785)*, Barcelona, Laertes, 1985.
- FALCÓN PÉREZ, M.^a Isabel y MOTIS DOLADER, Miguel Á., *Procesos criminales en el arzobispado de Zaragoza*, Zaragoza, Diputación General de Aragón, 2000.
- FALCÓN PÉREZ, M.^a Isabel, «Sanidad y beneficencia en Zaragoza en el siglo XV», *Aragón en la Edad Media*, 3 (1980), pp. 183-226.
- , *El municipio de Zaragoza entre 1468 y 1472*, Zaragoza, Ayuntamiento de Zaragoza, 2006.
- GAVITT, Philip, *Charity and children in Renaissance Florence: the Ospedale degli Innocenti, 1410-1536*, Ann Arbor, University of Michigan, 1990.
- HUGUET-TERMES, Teresa y ARRIZABALAGA, Jon, «Hospital Care for the Insane in Barcelona, 1400-1700», *Bulletin of Spanish Studies*, 87/8 (2010), pp. 81-104.
- LAVENIA, Vincenzo, «Tra eresia e crimine contro natura: sessualità, islamofobia e inquisizioni nell'Europa moderna», en Grassi, U. y Marcocci, G. (eds.), *Le trasgressioni della carne. Il desiderio omosessuale nel mondo islamico e cristiano, secc. XII-XX*, Roma, Viella, 2015, pp. 103-130.
- LÓPEZ ALONSO, Carmen, *Locura y sociedad en Sevilla: historia del Hospital de los Inocentes (1436?-1840)*, Sevilla, Diputación Provincial, 1988.
- MAÍSO GONZÁLEZ, Jesús, «Aspectos del hospital de Gracia de Aragón bajo los Austrias», *Estudios del Departamento de Historia Moderna*, Zaragoza, Facultad de Filosofía y Letras, 1978, pp. 267-322.
- MANTECÓN MOVELLÁN, Tomás A., «Oltre la repressione: relazioni omosessuali tra musulmani e cristiani nella Spagna del Cinque e Seicento», en Grassi, U. y Marcocci, G. (eds.), *Le trasgressioni della carne. Il desiderio omosessuale nel mondo islamico e cristiano, secc. XII-XX*, Roma, Viella, 2015, pp. 133-154.

- MOLINA, Fernanda, «Entre pecado y delito: la administración de la justicia y los límites documentales para el estudio de la sodomía en el Virreinato de Perú (siglos XVI-XVII)», *Allpanchis*, 71 (2008), pp. 141-186.
- , «Entre la doble vara y el privilegio. La administración de la justicia frente al fenómeno de la sodomía masculina en el Virreinato del Perú (siglos XVI-XVII)», *Revista de Indias*, 261 (2014), pp. 361-386.
- MOLLAT, Michel, *Pobres, humildes y miserables en la Edad Media: estudio social*, México D. F., Fondo de Cultura Económica, 1998.
- MOTIS DOLADER, Miguel Á., «Imago Dei Deturpatur: el pecado “nefando” o “contranatura” en el Arzobispado de Zaragoza (siglos XV y XVI)», *Hispania Sacra*, v. 52, 105 (2000), pp. 343-366.
- NAVARRO ESPINACH, Germán, «Italianos, franceses y alemanes en la Zaragoza de los Reyes Católicos (1479-1516)», en Iradiel, P. et al. (eds.), *Identidades urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2016, pp. 245-262.
- RIERA I SANS, Jaume, *Sodomites catalans: història i vida (segles XIII-XVIII)*, Barcelona, Base, 2014.
- TODESCHINI, Giacomo, «“Sodoma e Caorsa”. Sterilità del peccato e produttività della natura alla fine del medioevo cristiano», en Grassi, U. y Marccoci, G. (eds.), *Le trasgressioni della carne. Il desiderio omosessuale nel mondo islamico e cristiano, secc. XII-XX*, Roma, Viella, 2015, pp. 53-80.
- TOMÁS Y VALIENTE, FRANCISCO, «El crimen y pecado contra natura», en Tomás y Valiente, F. et al., *Sexo barroco y otras transgresiones premodernas*, Madrid, Alianza, 1990, pp. 33-55.
- TROPÉ, Hélène, *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII*, Valencia, Diputació de València, 1994.
- VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl, «Aproximación a los hospitales a través de los registros de actos comunes de la Archidiócesis de Zaragoza (1400-1411)», *Aragón en la Edad Media*, 25 (2014), pp. 323-358.
- , «Política hospitalaria en los concejos aragoneses del Cuatrocientos», en Iradiel, P. et al. (eds.), *Identidades Urbanas Corona de Aragón-Italia. Redes económicas, estructuras institucionales, funciones políticas (siglos XIV-XV)*, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, 2016, pp. 163-176.
- , *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*, Zaragoza, IFC, 2016.
- VINYOLES I VIDAL, Teresa, «El rastre del més desvalguts entre els papers de l’Hospital de Barcelona», *SVMMMA. Revista de cultures medievals*, 1, 2 (2013), pp. 77-101.

AS CASAS DA MISERICÓRDIA: REDE DE PROVIMENTO DE CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL NA ÉPOCA MODERNA*

JOANA Balsa de Pinho
Universidade de Lisboa

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As Confrarias da Misericórdia, cuja primeira fundação ocorreu no ano de 1498 em Lisboa, espalharam-se rapidamente por todo o país e converteram-se na instituição, com finalidade assistencial, mais importante da época Moderna em Portugal,¹ desempenharam um papel crucial no sistema assistencial português desse período, quer pela sua abrangência territorial quer pela sua atuação institucional, na assistência aos pobres e doentes. Pensa-se que em apenas cem anos se tenham instituído cerca de 250 Misericórdias;² esta rápida difusão está relacionada com o facto das Misericórdias se constituírem como uma experiência confraternal verdadeiramente moderna capaz de responder às reais necessidades sociais do período histórico em que surgiram;³ e também devido ao apoio dado pelo monarca a esta nova experiência caritativa, tendo por base a atribuição de privilégios, isenções, esmolas e doações. Estes privilégios, que se revelaram estruturantes na criação, desenvolvimento e vivência destas confrarias, eram con-

* Texto realizado no âmbito do projeto «Hospitals - Arquitetura hospitalar em Portugal nos alvares da Modernidade: identificação, caracterização e contextualização (PTDC/ART-HIS/30808/2017)» financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

¹ Sobre a fundação e difusão das confrarias da Misericórdia ver Sousa, Ivo Carneiro, *V Centenário das Misericórdias Portuguesas*, s.l., CTT-Correios de Portugal, 1998; Sá, Isabel Guimarães, *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, Lisboa, Livros Horizonte, 2001; Paiva, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa, União das Misericórdias Portuguesas, 2002-2004, vols. 1-3.

² *Cfr.*, Paiva, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, *op. cit.*, vol. 3.

³ Sousa, Ivo Carneiro, *A Rainha D. Leonor (1458-1525): Poder, Misericórdia, Religiosidade e Espiritualidade no Portugal do Renascimento*, s.l., Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2002, pp. 62, 114-115.

cedidos quer aos oficiais que serviam as Misericórdias em cada ano,⁴ quer à própria instituição no cumprimento da sua atividade.⁵



Fig. 1. Mapa com a distribuição geográfica das confrarias da Misericórdia fundadas durante o século XVI (elaboração própria).

Assim, esta experiência confraternal, que se consubstanciou nas Misericórdias, formava uma rede que cobria todo o território; por este motivo, e apesar de independentes administrativa e economicamente umas das outras, constituíram-se como o mais relevante e estruturado sistema institucional de assistência entre os séculos XVI a XVIII em Portugal. Comunicavam entre si, procurando o encaminhamento dos assistidos e criaram uma identidade institucional que passava, também, pela arte.

⁴ Cfr., *ibidem*, p. 12.

⁵ Cfr., Sá, Isabel Guimarães, *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal, op. cit.*, pp. 40-44; Correia, Fernando Silva, *Origens e formação das Misericórdias Portuguesas*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999, pp. 558-560.

A CASA DA MISERICÓRDIA

Desde a sua fundação, as Confrarias da Misericórdia estiveram ligadas à prestação de auxílio e cuidado aos doentes, nos seus próprios espaços, em outras instituições hospitalares, em resposta à obra de Misericórdia «curar os enfermos»; neste sentido, as Casas da Misericórdia previam espaços para disponibilizar cuidados de saúde fora do contexto hospitalar, como tradicionalmente é entendido.

Neste contexto, estava previsto no documento regulador da atividade das Misericórdias, o Compromisso, um capítulo dedicado aos doentes, que explicitava que a confraria deveria prever quatro irmãos conselheiros para visitar os doentes pobres e presos, levando-lhes medicamentos, roupas, alimentos, esmolas e provendo-lhes pousada.⁶

Essencial para a prática assistencial, e concretamente para o cuidados dos doentes, era a existência de um espaço físico que os acolhesse e que estruturasse institucionalmente a ação da confraria. Este espaço, que acumularia outras funções e que seria condicionado por elas, deve ser analisado e compreendido no contexto mais vasto das características individualizadoras da arte promovida pelas Misericórdias que procurava difundir a individualidade e autonomia da instituição.

Para além da sua função assistencial, estas confrarias constituíram-se, no domínio da sua atividade, como importantes promotoras de diferentes manifestações patrimoniais, com características próprias que se relacionavam diretamente com a sua natureza assistencial, com as suas devoções e com as dinâmicas do quotidiano confraternal.⁷

Neste sentido, e após uma análise cuidada, é possível afirmar que os espólios artísticos das Misericórdias possuem uma identidade própria que confirma a necessidade de construção, individualização e afirmação de uma identidade institucional, que se queria diferente das outras instituições religiosas e seculares.⁸

E neste âmbito destaca-se a «Casa da Misericórdia»: a arquitetura com uma função assistencial, de cariz confraternal, construída de raiz ou adaptada, mais relevante durante a Idade Moderna em Portugal. «Casa da Misericórdia», expressão coeva e generalizada na documentação de inúmeras Misericórdias espalhadas

⁶ Cfr. Compromissos da Misericórdia, 1498, 1500, 1502, 1516. Paiva, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, op. cit., vol. 3. pp. 385-423.

⁷ Sobre o papel das Misericórdias enquanto encomendadoras de obras de arte ver Pinho, Joana Balsa, *A Casa da Misericórdia*, Lisboa, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, 2012 (tese de doutoramento), pp. 109-144.

⁸ *Idem.*



Fig. 2. Casa da Misericórdia de Fronteira (Joana Balsa de Pinho).

pelo país, é a terminologia que melhor define a realidade arquitetónica promovida por estas confrarias, adaptando-se perfeitamente ao conjunto coerente de vestígios que podemos atualmente visualizar e analisar e respeitando a identidade patrimonial destas confrarias. Designa o conjunto edificado composto por diferentes espaços que serviam de cenário às mais importantes e diversificadas celebrações assistenciais, culturais e simbólicas protagonizadas pelas confrarias da Misericórdia e por onde passava toda a dinâmica quotidiana confraternal, evidenciando alguns elementos característicos dessa vivência; embora podendo não corresponder a um projeto unitário e a uma mesma sequência cronológica. Devido à sua natureza, as confrarias da Misericórdia tinham necessidade de um edifício que associasse vários espaços, geralmente interligados entre si, criando planimetria, espacialidade e volumetria próprias: espaço onde realizar as celebrações litúrgicas inerentes ao quotidiano das confrarias – igreja; local onde pudessem reunir os oficiais que governavam a confraria – casa do despacho; dependência de apoio à igreja – sacristia; espaço de enterramento dos falecidos – cemitério; local onde assistir doentes e peregrinos – enfermaria; e ainda outros espaços, por exemplo, onde guardar a documentação, onde armazenar as tumbas ou outros equipamentos e até um local onde armazenar cereais.⁹

⁹ Para o aprofundamento do conceito «Casa da Misericórdia» ver *ibidem*, pp. 186-224.

MISERICÓRDIAS E HOSPITAIS

Embora as Misericórdias tenham promovido um edificado próprio com funções assistenciais, incluindo a assistência aos doentes tradicionalmente realizada pelos hospitais, estes sempre tiveram presente na história e vida das Misericórdias, desde a sua fundação; e a relação que se estabeleceu entre estas duas instituições pode ser perspetivada em três dimensões.

Primeiramente, vários hospitais estiveram na génese institucional e arquitetónica de Misericórdias. Raramente a instituição de uma Misericórdia coincidiu com a promoção da construção de raiz de uma Casa da Misericórdia. No período correspondente à sua fundação e à consolidação da sua atividade, as confrarias da Misericórdia instalaram-se em espaços preexistentes e que não foram construídos para albergar a confraria, designadamente hospitais e/ou capelas hospitalares de origem medieval que, por similitude de uso e de enquadramento institucional, terão sido consideradas adequadas para essa finalidade. Esta realidade está seguramente relacionada com a celeridade com que as confrarias queriam iniciar a sua atividade conjugada com a falta de meios financeiros e do tempo necessário para que uma construção de raiz pudesse acontecer. E realça a importância do espaço construído para o desempenho dessa mesma atividade e para a gestão da confraria e a forte mobilização local, institucional e particular, religiosa e civil, em torno da confraria.¹⁰

Os casos mais comuns estão relacionados com os hospitais ou «casas» do Espírito Santo;¹¹ a sua utilização no período inicial de atividade das Misericórdias e a permanência nestes espaços estão geralmente associados à fusão das duas con-

¹⁰ Relativamente ao processo de ocupação de espaços preexistentes pelas Misericórdias ver *ibidem*, pp. 149-171.

¹¹ As confrarias do Espírito Santo são vistas por alguns autores como antecessoras diretas das Misericórdias, devido às inúmeras anexações que se verificaram entre ambas as instituições, no entanto, existem diferenças significativas entre elas, ao nível da estrutura organizativa e funções religiosas e culturais; consideramos a situação bastante complexa e parece não existir um padrão: verificámos que outras confrarias também foram anexadas às Misericórdias (por exemplo na Batalha, Montemor-o-Velho, Portel), que existiram algumas confrarias do Espírito Santo em locais que nunca tiveram Misericórdia e locais onde ambas se mantiveram em simultâneo (casos de Arraiolos, Alcácer do Sal, Évora, Portalegre, Portel, Santiago do Cacém, Tavira, Torre de Moncorvo). Sobre este tema ver Sá, Isabel dos Guimarães, *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, op. cit., pp. 25-27; Sousa, Ivo Carneiro, *V Centenário das Misericórdias Portuguesas*, op. cit., pp. 51-56; e Pinho, Joana Balsa de, *A Casa da Misericórdia...*, op. cit., pp. 154-160.

frarias ao nível das rendas, dos bens, da ação caritativa ou da transferência da administração de um hospital do Espírito Santo para a confraria da Misericórdia.¹² Esta situação foi de tal modo expressiva que esta foi a tipologia de edifícios pré-existentes mais comuns, ou seja, das quase sete dezenas de Misericórdias que ocuparam edifícios preexistentes cerca de metade instalaram-se em casas ou hospitais do Espírito Santo.



Fig. 3. Hospital do Espírito Santo de Portel (Joana Balsa de Pinho).

¹² Veja-se o interessante caso da Misericórdia de Vila Franca de Xira: o alvará de anexação do hospital do Espírito Santo à Misericórdia de Vila Franca de Xira, datado de 1563, é muito esclarecedor quanto a este fenómeno e a uma possível relação entre os vários casos: «[...] e porque na dita villa ha hum ospital do spirito santo para agazalhar os pobres o qual he tao pobre que não tem de renda mais que athe dous mil reis [...] cuja admenistração he da camara da dita villa e porque elles fazem a dita caza de Mizericordia na igreja que foy do spirito samto que esta pegado com o dito ospital pedem a vossa alteza que para os pobres serem melhor agazalhados e com mais limpeza providas el ha por bem que a admenistração do dito ospital onde no dito provedor e irmaos e de maneira que a tem na villa de Castanheira, Azambuja, Benavente e outras muitas deste reyno» (Pinho, Joana Balsa de, *A Casa da Misericórdia...*, op. cit., pp. 556-557).

É também de registar que no período inicial de funcionamento, algumas destas confrarias também se instalaram em outros hospitais ou capelas hospitalares preexistentes, que não estavam relacionados com confrarias do Espírito Santo, embora esta situação se verifique em muito menor número.¹³

Em segundo lugar, para além das Casas da Misericórdia preverem a existência de enfermarias para o cuidado dos doentes, em muitas cidades e vilas portuguesas, as Misericórdias passaram a administrar, após a sua instituição e embora não se tenham inicialmente instalado nestes espaços, os hospitais já existentes nas localidades, incluindo os seus bens, rendas, legados, disposições testamentárias, a própria assistência e o correspondente edifício.¹⁴ Porque estes hospitais se constituíam como edifícios próprios, preexistentes, autónomos das Casas da Misericórdia e, em algumas situações, distantes destas, as Casas da Misericórdia locais não integravam enfermarias, condicionando a sua concepção funcional e espacial que se resumiria a igreja, sacristia, casa do despacho e arrumos. Tal situação verifica-se, por exemplo, em Portel que administrava o hospital do Espírito Santo, desde a segunda metade do século XVI, localizado um pouco afastado do centro; em Arez cujo hospital ficava junto da igreja matriz; em Évora que geria o hospital do Espírito Santo, em Beja que administrava o hospital de N. Sra. Piedade; e em Braga que tinha à sua responsabilidade do hospital de S. Marcos.¹⁵

Um terceiro aspecto que queremos destacar relaciona-se com as características dos espaços da saúde no contexto das Casas da Misericórdia quinhentistas; estes definem-se como subsidiários de numa tradição tardo-medieval, evidenciada nas suas reduzidas dimensões, na simplicidade das acomodações e na sua mul-

¹³ Misericórdias quinhentistas que se instalaram em hospitais que não eram geridos por confrarias do Espírito Santo: Barcelos, Estremoz, Freixo de Espada à Cinta, Moura, Santarém e Serpa.

¹⁴ São relevantes as indicações de ordem racional, na lógica da gestão, patentes num documento relativo à anexação das confrarias de S. Pedro e S. Domingos, do seu hospital e mercearia, à Misericórdia de Tentúgal: porque com a transferência de parte dos seus rendimentos das confrarias para o mosteiro de N. Sra. Carmo «ficou o hospital muito pobre e falto de muitas couzas necessarias pera a cura gazalhados dos enfermos e perigrinos» e «por esta vila não ser muito grande pera poder todos os annos haver nove pessoas que se requerem no governo da dita confraria e treze no da Misericórdia», decidiu-se «[...] trespassar-se assi a dita confraria e administração della na Mizericordia (como vossa magestade costuma conceder a todas as deste reino, onde ha semelhantes hospitais) fica em grande bem dos proximos» (Arquivo da Misericórdia de Tentúgal, Livro do compromisso, estatutos, privilégios e liberdades (1583; traslado de 1771), p. 59.), cfr. Pinho, Joana Balsa de, *A Casa da Misericórdia...*, op. cit., p. 220.

¹⁵ Cfr. Pinho, Joana Balsa de, *A Casa da Misericórdia...*, op. cit., vol 3, fichas analítico-descriptivas das referidas Casas da Misericórdia.

tiplicidade funcional. Estes espaços eram complementados por outros com funções culturais e funções administrativas, conferindo, assim, uma tripla dimensão funcional às Casas da Misericórdias.

Como já foi referido, as Casas da Misericórdia podiam ser mais ou menos complexas, dependendo de vários fatores, sendo um dos mais relevantes o facto de muitas Misericórdias anexarem hospitais já existentes e com instalações próprias. Será igualmente importante lembrar a questão da escala, na maioria das Misericórdias todos estes espaços no interior dos edifícios eram de pequena dimensão, incluindo as próprias enfermarias. Assim os edifícios, apesar de compostos por vários espaços, não eram construções monumentais.



Fig. 4. Casa da Misericórdia de Tavira (fachada lateral) (Joana Balsa de Pinho).

Apenas um entre vários exemplos representativos desta questão: a visitação efectuada pela Ordem de Santiago a Palmela em 1510 descreve o hospital do seguinte modo: «a casa do hospital é uma casa grande térrea, de pedra e cal, e tem no meio um esteio de pedra e cal e é coberta de telha vã»; esta casa corresponde à enfermaria que, considerada uma «casa grande», dispunha apenas de

cinco camas.¹⁶ De igual modo, alguns vestígios materiais quinhentistas confirmam estas características. Destacamos as estruturas do hospital do Rosmaninhal, que ladeia a igreja da Misericórdia e que, apesar de estar em ruínas, é uma importante fonte de informação: as dimensões eram aproximadas às da igreja e seria um espaço com cerca de cinco divisões e sobrado.¹⁷

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir queremos destacar que as Misericórdias, pelo seu alcance territorial, foram durante a Idade Moderna a mais importante instituição de assistência a doentes existente em Portugal, favorecidas por uma conjuntura que se iria alterar apenas em finais do século XVIII, formando uma rede que abrangia todo o território nacional. Com mais de 500 anos de história e de atividade ininterrupta, as cerca de 400 Misericórdias atualmente existentes no país continuam o seu labor assistencial, presentemente vocacionado para os mais carecidos do século XXI: os idosos; esta capacidade de se adaptarem às circunstâncias de cada tempo valeu-lhes a sua extraordinária perenidade.

Ao longo do seu percurso, as Misericórdias, que promoveram uma arquitetura específica, sintetizada no conceito «Casa da Misericórdia», tiveram uma relação muito estreita com os hospitais que promoviam a assistência a doentes e viajantes como tradicionalmente é entendida. Conviveram enquanto instituições autónomas repartindo as ações caritativas; unificaram-se numa única, liderando as Misericórdias este processo ao anexarem os hospitais; ou, embora mantendo

¹⁶ *Cfr.*, *ibidem*; documento das Visitações da Ordem de Santiago (1510), publicado em *Documentos para a história da arte em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian., vol. 11, p. 23 e em Fortuna, A. Matos, *Misericórdia de Palmela: vida e factos*, Lisboa, Edição da Santa Casa da Misericórdia de Palmela, 1990, p. 74.

¹⁷ Pinho, Joana Balsa de, *A Casa da Misericórdia...*, *op. cit.*, p. 218. No entanto, entre os séculos XVIII e XIX, devido às alterações que as práticas médicas sofreram neste período, muitos edifícios hospitalares de origem medieval foram remodelados e ampliados e outros construídos de raiz o que leva a que os vestígios materiais anteriores a estas datas sejam muito poucos e que a maioria dos espaços hospitalares existentes nas Casas da Misericórdias edificados neste período apresente inclusivamente algumas monumentalidade e complexidade; são exemplos relevantes as Casas da Misericórdia de Alandroal, Alcácer do Sal, Alcáçovas, Alcobaça, Alhos Vedros, Aljezur, Alter do Chão, Alverca, Arronches, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Azinhaga, Barreiro, Borba, Cabeção, Cano, Castelo Branco, Estômbar, Fundão, Loulé, Mação, Redondo, Samora Correia, Sertã, Vila Franca de Xira.

autonomia institucional, as Misericórdias assumiram a gestão da atividade e bens dos hospitais.

O património edificado e os espólios artísticos das Misericórdias, relevantes enquanto reveladores de uma prática e de uma identidade institucional próprias, subsistem como testemunhos de toda esta problemática; definindo-se também em função dela. Neste sentido consideramos fundamental o seu estudo, divulgação e valorização, incluindo a promoção e o respeito pela sua especificidade artística.

BIBLIOGRAFIA

- CORREIA, Fernando Silva, *Origens e formação das Misericórdias Portuguesas*, Lisboa, Livros Horizonte, 1999.
- Documentos para a história da arte em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, vol. 11, 1972.
- FORTUNA, A. Matos, *Misericórdia de Palmela: vida e factos*, Lisboa, Edição da Santa Casa da Misericórdia de Palmela, 1990.
- PAIVA, José Pedro (coord.), *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, Lisboa, Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa, União das Misericórdias Portuguesas, 2002-2004, 10 vols.
- PINHO, Joana Balsa, *A Casa da Misericórdia*, Lisboa, Faculdade de Letras, Universidade de Lisboa, 2012 (tese de doutoramento).
- SÁ, Isabel Guimarães, *As Misericórdias portuguesas de D. Manuel I a Pombal*, Lisboa, Livros Horizonte, 2001.
- SOUSA, Ivo Carneiro, *V Centenário das Misericórdias Portuguesas*, s.l., CTT-Correios de Portugal, 1998.
- , *A Rainha D. Leonor (1458-1525): Poder, Misericórdia, Religiosidade e Espiritualidade no Portugal do Renascimento*, s.l., Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2002.

L'HOSPITAL I EL SEU ROL ECONÒMIC EN LA TRAMA URBANA CATALANA DURANT L'EDAT MODERNA

JOSEP BARCELÓ-PRATS

JOSEP M. COMELLES

Medical Anthropology Research Center-Universitat Rovira i Virgili

INTRODUCCIÓ

Durant el transcurs del segle XV i bona part del XVI, als territoris de la Corona d'Aragó,¹ es van produir un seguit de processos de fusió hospitalària que serien posteriorment recuperats, a partir de Ferran el Catòlic, als diferents territoris de la monarquia austriacista on adoptarien el nom de *reducciones*. Aquests processos foren la conseqüència, en essència, de la crisi demogràfica i econòmica que seguí a la gran epidèmia de pesta de 1348 i a la necessitat de cercar, mitjançant la racionalització del dispositiu hospitalari, la capitalització d'unes estructures assistencials derivades de fundacions particulars massa petites per a poder ser viables. Es molt possible, a títol d'hipòtesi, que aquestes fusions fossin també el resultat del desenvolupament del mercantilisme –així com dels mercats financers associats– i de la necessitat dels poders locals d'assegurar la continuïtat de les institucions enteses, aquestes, com peces essencials del dispositiu d'assistència de les universitats locals.²

El punt de partida de les fusions hospitalàries va ser, l'any 1401, la Butlla fundacional de l'hospital de la Santa Creu de Barcelona. L'experiment barceloní, un pacte a dues bandes entre el Capítol de Seu i el Consell de Cent –avalat per el Rei Martí i pel pontífex Benet XIII–, va esdevenir el model de referència, vist

¹ Una de les monografies més recents sobre l'evolució de les institucions hospitalàries a la Corona d'Aragó, la qual es centra en l'anàlisi del cas valencià, és la de: Gallent, Mercedes, *Orígenes del sistema sanitario valenciano. Documentos fundacionales del Hospital General de Valencia*. València, Institució Alfons el Magnànim – Diputació de València, 2016.

² Per aprofundir en les causes que van propiciar els processos de fusió hospitalària, a través d'un estudi de cas, vegeu: Barceló-Prats, Josep, «El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona (1464)», *Medicina e Historia. Revista de Estudios Históricos de las Ciencias de la Salud*, 1-Quinta Época (2015), pp. 4-19.

l'èxit de difusió a d'altres territoris de la Corona d'Aragó i del Regne de Castella. Entre d'altres avantatges, va permetre una millor capitalització de la institució resultant de les fusions, a més de preservar-la de les vicissituds de la política fruit de l'acord, entre els poders que hi eren representats. Més de sis segles de continuïtat en son el seu major aval.³ Aquest model, tan al Principat com a la resta de territoris de la Corona d'Aragó, no només es va implementar a les grans ciutats com Saragossa (1425), Mallorca (1456) o València (1512) sinó, també, a municipis de menor dimensió com Lleida (1454) o Tarragona (1464), entre molts d'altres. La totalitat d'aquests casos demostren la importància de l'hospital com un dels instruments clau per a la reproducció social de la comunitat davant situacions de crisi i, en conseqüència, ben aviat es va erigir com una de les principals fonts de legitimació política per a les elits urbanes locals.⁴



Imatge 1. Principals ciutats de la Corona d'Aragó on es van produir processos de fusió hospitalària.

³ Una síntesi de l'evolució històrica de l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona, es pot veure a: Arrizabalaga, Jon, «Hospital, historia i medicina: l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona», *Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, Mallorca, Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, 2006, pp. 203-209.

⁴ Barceló-Prats, Josep i Comelles, Josep M., «La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna», *Asclepio*, 68-1 (2016), pp. 1-16.

Tanmateix, estaríem donant una visió massa simplista de la realitat si només explicitéssim aquestes variables com les úniques a tenir presents a l'hora de comprendre la transformació d'un model que, en definitiva, va desembocar en la consolidació del paper institucional de l'hospital a l'Europa baixmedieval i moderna. Per aquest motiu, també s'han de tenir en compte altres factors de diferent ordre com, per exemple, «el creixement del poder municipal; les convulsions demogràfiques del XIV i XV que destaroten l'estructura econòmica de les institucions; el retrocés manifest de la lepra que obliga a tancar centenars d'institucions; un canvi molt qualitatiu de la noció de pobresa que comença a ésser contemplada com un problema d'ordre públic; i, finalment, canvis en la ideologia que sustenta la praxi assistencial i que representa que l'assistència i les seves institucions vagin progressivament derivant d'incumbències de particulars a incumbències dels municipis».⁵

Aquest fenomen no es va limitar només a la Corona d'Aragó⁶ o al dispositiu virregnal de la monarquia austriacista. A la resta d'Europa hi ha transicions similars, des de la Baixa Edat Mitjana i durant l'Edat Moderna, entre les fundacions medievals i la nova ciutat sorgida del mercantilisme.⁷ Adopten, però, formes diferents en contextos polítics inevitablement heterogenis, articulats amb la construcció dels diversos models d'estat: els de caire imperial –com la monarquia austriacista–, els models més centralitzats posteriors a la França de Colbert i Lluís XIV, o els models fortament municipalistes de les Províncies Unides dels Països Baixos o de les ciutats hanseàtiques.

A la Catalunya medieval i moderna aquest procés s'insereix en un model fortament descentralitzat i caracteritzat per la creació o, en cas de ja haver estat fundades, el manteniment de les institucions hospitalàries, o d'altres obres assistencials, en la pràctica totalitat de municipis catalans, fins i tot en els més petits, i finançades totes

⁵ Comelles, Josep M. *et al.*, *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*, Valls, Estudis Vallencs, 1991, pp. 112-113.

⁶ Els exemples més importants de fusió hospitalària, a més del ja esmentat de Barcelona, són els de les ciutats de Saragossa i València. A tals efectes, vegeu: Gallent, Mercedes, «Los hospitales de la Santa Creu de Barcelona y Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, dos modelos asistenciales para el Hospital General de Valencia», *Aragón en la Edad Media*, 25 (2014), pp. 41-60.

⁷ Segurament, les dues grans obres internacionals de referència per aprofundir en aquesta temàtica, arreu d'Europa, són: Grell, Ole P. *et al.*, *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, London and New York, Routledge, 1999. I, també, Bonfield, Christopher *et al.*, *Hospitals and Communities, 1100-1960*, Oxford, Peter Lang, 2013.

elles bàsicament pels llegats testamentaris i actius propis –malgrat en la majoria dels casos estar sota la tutela dels poders locals–. La clau de volta és que l'hospital va ser percebut, ja des d'un primer moment, com una institució imprescindible per al bon govern de la *res publica* i, per tant, la necessitat de garantir-ne la seva correcta gestió va esdevenir una qüestió transcendental per donar resposta als diversos reptes i problemàtiques del conjunt de la població. Dit en altres paraules, el dispositiu d'atenció a la malaltia o a la desemparança es va inscriure en un model de govern local molt específic i, pel que fa al cas català, va operar dins un marc jurídic regit pel Dret privat o civil derivat directament del Dret romà.

A banda de la seva posició assistencial, política, social i –no ho oblidem– cultural, l'hospital era considerat, arreu del Principat, una peça clau dins el sistema creditici i econòmic de la comunitat local. Per tal de desenvolupar aquesta darrera premissa i acabar d'abordar tots els angles d'una realitat polièdrica, es fa necessari aprofundir en l'evolució de l'economia política de les institucions hospitalàries des de l'Edat Mitjana, passant pel mercantilisme i més tard per la proto-industrialització, fins a la seva inserció dins l'economia capitalista i l'Estat liberal centralitzat.

La realització d'aquest text, doncs, ha requerit de l'ús d'una perspectiva analítica, i potser no tant descriptiva, que ajudi a veure l'hospital com un agent econòmic actiu i no pas, tal i com es desprèn de moltes monografies hospitalàries, com un consumidor final passiu.⁸ És a través d'aquest plantejament que s'exposen, en tota la seva complexitat, els diversos rols que va adoptar el dispositiu hospitalari per al bon govern del municipi, els quals ajuden a comprendre les singularitats del model assistencial català. A partir de les dades provinents del cas tarragoní,⁹ el text aporta alguns dels eixos claus per entendre la posició que ocupava el dispositiu assistencial dins la teranyina d'interessos econòmics de la trama urbana, a Catalunya, amb la finalitat d'explicitar els significats que l'hospital tenia per al conjunt de la població i, en conseqüència, fer visible la rellevància d'aquesta institució per al dia a dia de la comunitat.

⁸ La major part de les monografies sobre hospitals de l'Antic Règim presenten les dades econòmiques de les institucions des d'una perspectiva, merament, descriptiva. Tanmateix, hi ha notables excepcions com, per exemple, el treball de Rubió, Agustín, «Una fundación burguesa en la Valencia medieval: El Hospital de en Clapers (1311)», *Dynamis*, 1 (1981), pp. 17-49; o, més recentment i pel cas de Nàpols, el text de: Colesanti, Gemma T. i Marino, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo Medioevo», *Reti Medievali*, 17-1 (2016), pp. 309-344.

⁹ Les dades utilitzades per a realitzar aquest text provenen de l'estudi publicat a: Barceló-Prats, Josep, *Poder local, govern i assistència pública: el cas de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*, Tarragona, Editorial Arola, 2017, pp. 123-136.

EL REGIMENT DE LA COSA PÚBLICA I EL FINANÇAMENT DELS HOSPITALS CATALANS

Fins la segona meitat del segle XIX, la base del patrimoni de les institucions hospitalàries catalanes provenia dels llegats testamentaris –i, en menor grau, de les almoines–,¹⁰ de les subvencions públiques o reials i de les donacions en vida. En el marc d'un sistema rendista i censalista,¹¹ i copiant les estratègies i els productes financers que empraven les oligarquies urbanes o els sectors eclesiàstics –tots ells classes dirigents rendistes–, els administradors dels hospitals no es limitaren, simplement, a l'acumulació patrimonial sinó que van posar la major part dels actius llegats, ja fossin del tipus estrictament pecuniari o de béns immobles, en un procés d'inversió permanent en base a tres productes: el lloguer d'immobles, l'arrendament de finques rústiques i urbanes i, finalment, combinacions de censos emfitèutics i censals. Es pot afirmar que aquest model de finançament, pel qual es regiren els hospitals catalans des de l'Edat Mitjana, va operar fins a l'establiment definitiu del pagament per estada.¹² És a dir, durant més de cinc segles, la lògica financera dels hospitals, a Catalunya, es va basar en inversions en renda fixa, regulades pel Dret civil i pensades a molt llarg termini, i no pas en l'ús d'estratègies especulatives a curt termini.

Certament, el recurs més comú i a partir del qual les institucions hospitalàries extreien la major part de les seves rendes, almenys fins meitats del segle XVIII, van ser els censos emfitèutics a la Corona d'Aragó o els «*juros*» al Regne de Castella,

¹⁰ L'almoina jugava un paper secundari en el finançament de les institucions hospitalàries, malgrat la seva importància en els aspectes morals. Cal tenir present que les mateixes institucions assistencials les feien servir per augmentar la seva visibilitat social i fer-se presents a la comunitat. Les institucions, doncs, les aprofitaven per aconseguir alguns diners però, sobretot, per projectar-se a la ciutat utilitzant els preceptes caritatius.

¹¹ A meitats del segle XVI, aquest sistema creditici s'estengué a Espanya, i a la resta d'Europa, registrant un creixement sense precedents. Actualment, existeixen diversos estudis sobre censals que il·lustren el funcionament d'aquest model. Un d'ells és Peset, Mariano, «Unes hipòtesis sobre el crèdit agrari a l'antic règim», en Sales, N. (comp.), *Terra, treball i propietat: classes agràries i règim senyorial als Països Catalans*, Barcelona, Crítica, 1986, p. 134.

¹² El pagament per estada va començar a aparèixer, tímidament, amb l'internament de bojós i l'hospitalització dels soldats malalts o ferits a finals del segle XVIII. Però va tardar a generalitzar-se fins a la segona meitat del segle XX. Per això, malgrat totes les desamortitzacions i la plena inserció de l'economia catalana dins el capitalisme, des de finals del segle XVIII i principis del XIX, els hospitals van conservar un patrimoni i una cultura financera, sovint precapitalista, que convé tenir present per comprendre la situació d'hospitals de viles i ciutats petites.

ja que els arrendaments i lloguers, amb l'excepció de les terres de regadiu i finques urbanes, donaven menys rendiments. En canvi, els productes derivats del mercat censal proporcionaven una seguretat d'ingressos estables a molt llarg termini. Per aquestes raons, l'estructura econòmica i financera dels hospitals catalans va ser molt estable des del període baixmedieval fins més enllà de les desamortitzacions ocorregudes durant el segle XIX. Aquesta immutabilitat s'explica, en gran part, per la confiança dels administradors dels hospitals catalans en aquesta tipologia de rendes, les quals oferien una gran estabilitat –tant econòmica com jurídica–, a llarg termini, que assegurava la despesa ordinària de les institucions, fins i tot malgrat la progressiva reducció de les seves taxes d'interès.¹³

Tanmateix, l'estabilitat d'aquest tipus de contractes no prefigura que l'economia censalista estigués exempta de tensions. Operar-hi suposava saber adaptar-se a les necessitats conjunturals de cada moment i conèixer les regles d'un complex joc basat en un estira i aflixa permanent que demandava un dens coneixement del medi social en que tot això s'inscrivia. Aquest fet exigia dels administradors un curós sentit de la responsabilitat, tutelat jurídicament, ja que un dels principis del Dret civil català estableix que l'objectiu dels llegats i de les deixes, establertes pel testador, havien de ser respectades de forma perenne.¹⁴ S'ha de recordar que els administradors, elegits pels poders locals de la comunitat, eren els encarregats de gestionar actius financers i patrimonials que no eren seus sinó de particulars que, amb la condició que aquests revertissin a benefici dels més necessitats, els havien llegat a la institució hospitalària. Els administradors, per tant, actuaven com una espècie de marmessors, els quals havien de respectar les determinacions dels testadors ja que, en cas contrari, «*los descendientes de los que los legaron, con la condición que los disfrutasen mientras no se alterara el orden administrativo pactado en la concordia, no se descuidarían de volverlos a reclamar*».¹⁵ A més, els recursos provinents del mercat censal, per si sols, no sempre eren suficients per

¹³ Els rendiments que proporcionaven els censals van anar disminuint juntament amb la reducció dels interessos que els gravaven. Cal recordar la involució que va sofrir la seva taxa d'interès amb el pas dels segles: 7,14% als segle XIV; 5% al segle XV; 6,66% als segles XVI i XVII; i, finalment, 5-3% al segle XVIII. Vegeu: Ferrer, Llorenç, *Pagesos, rabassaires i industrials a la Catalunya Central (segles XVIII-XIX)*, Montserrat, Edicions de l'Abadia de Montserrat, 1987, p. 492.

¹⁴ Per aprofundir en la tipologia i el règim jurídic de la curatela en el Dret civil de Catalunya, vegeu: Arroyo, Esther, *L'estatut jurídic del curador en el Codi de successions*, Barcelona, Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2001.

¹⁵ Arxiu Històric de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau «AHSCP, *Govern de l'Hospital*. Vol. III, Inventari 1, carpeta 3:68, any 1840». Ordre pactada a la concòrdia, acord legal preservat en els arxius del protocol notarial i que no pot prescriure.

cobrir les necessitats dels hospitals, sobretot els de les ciutats més petites, quan l'economia medieval i moderna registrava processos inflacionaris o deflacionaris, de mitja o molt llarga durada, fruit de les crisis econòmiques cícliques, de devastacions associades a les guerres o de catàstrofes naturals. En aquests moments, caracteritzats per bruscs augments de la demanda, la manca de flexibilitat de les rendes censals no permetien als hospitals disposar de la liquiditat necessària per poder tenir capacitat de resposta. En definitiva, el finançament dels hospitals posa de relleu l'hegemonia d'un model econòmic, el qual només podia actuar en un àmbit local, basat en la inviolabilitat de la voluntat dels morts –la qual mai prescrivia– i en què les deixes testamentàries –com actes de mort i no de vida– feien present l'autoritat del passat.

Per tot plegat, l'hospital, a més de ser un dispositiu de protecció o d'assistència, també actuava com un prestador de diners, tant per a les classes populars com per a les classes més benestants, encara que per motius ben diferenciats.¹⁶ «D'una banda, els estrats socials més modestos utilitzaven aquests recursos per finançar les despeses, els deutes o les urgències derivades de les crisis de subsistència més que no pas les necessitats de producció».¹⁷ En conseqüència, aquests problemes al ser majoritàriament cíclics, malgrat que en algun individu podien resultar ser tan sols ocasionals, explicarien els dèficits crònics i estructurals que, en últim terme, convertien a un sector ampli de la pagesia i, fins i tot, a alguns dels oficis artesanals més humils en deutors permanents. De l'altra, els sectors més adinerats empraven la compra de censals per finançar l'adquisició de finques amb les quals capitalitzar els seus excedents o ampliar els seus ingressos. Aquestes demandes de terra, per part d'aquests estrats socials més acomodats, van ser una constant a Catalunya ja que, aquesta pràctica, els permetia presentar-se a ulls dels seus conciutadans com a propietaris.¹⁸ Aquest fet, per tant, posaria de relleu el gens menyspreable paper d'aquestes classes urbanes, sobretot, pel que fa a les petites ciutats allunyades dels grans centres econòmics del moment.¹⁹

¹⁶ Un exemple aplicat d'aquesta activitat creditícia la trobem en el següent article: Tello, Esther, «La actividad crediticia de un hospital turolense a través de la compra de censales (1482-1517)», *Aragón en la Edad Media*, 26 (2015), pp. 293-320.

¹⁷ Zapata, Assumpció, «Els censals de Santa Maria de Mataró», *Fulls del Museu Arxiu de Santa Maria*, 73 (2002), p. 4.

¹⁸ Amelang, James S., *La formación de una clase dirigente: Barcelona 1490-1714*, Barcelona, Ariel, 1986, p. 24 i p. 208.

¹⁹ Borrell, Miquel, *Caritat, beneficència, solidaritat: l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols (Del s. XIV al s. XX)*, Sant Feliu de Guíxols, Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, 2005, pp. 27-30.

Els censals creats per l'hospital, a més, també eren adquirits per organismes públics, com ajuntaments, que es beneficiaven d'aquests recursos crediticis per a subvenir les seves necessitats de finançament. Aquesta constatació evidencia l'autèntic poder creditici de l'hospital, capaç de finançar l'endeutament de particulars i, també, les necessitats més bàsiques dels municipis com, per exemple, la compra de blat. Aquest últim extrem no és generalitzable a la totalitat d'hospitals, ja que el poder creditici del dispositiu hospitalari anava en funció de la dimensió de la població on estigués ubicat.²⁰ Així, doncs, els hospitals de les ciutats grans, al disposar d'un nombre elevat d'habitants i, per tant, de llegats i almoïnes en abundància, podien prestar grans sumes de diners. En els municipis més petits, en canvi, la situació era ben diferent atès que el patrimoni que podia acumular l'hospital era molt més limitat. En aquest segon supòsit i, per tant, operant a un nivell microsòcial, és on s'observa millor la interdependència entre les viles o ciutats petites i el seu hospital. D'un costat, la institució hospitalària, amb un patrimoni modest, necessitava que els vilatans li encarreguessin censals per poder fer front a les despeses originades de la seva activitat assistencial i, d'aquesta manera, autofinançar-se més enllà del flux regular de deixes testamentàries. De l'altre, els ciutadans d'aquestes poblacions necessitaven, de forma recíproca, comprar censals com a eina bàsica per finançar tot tipus de necessitats.²¹ En aquest sentit, l'adquisició de censals no sempre responia a motius d'endeutament sinó, també, a l'obtenció de diners per invertir en activitats industrials, comercials o artesanals; solucionar deutes anteriors (creació d'un censal per quitar-ne un anterior, vendes a carta de gràcia...); subvenir a necessitats urgents (pagar dots, legítimes, pagament d'enterraments i misses...); escapar de les dificultats econòmiques en un moment determinat (any dolent) o fer front a les despeses quotidianes.²²

²⁰ És un fet observar com municipis d'una certa dimensió o, fins i tot, la mateixa Diputació del General van encarregar censals als hospitals grans, com el de la Santa Creu a Barcelona, o els Hospitals de València o Saragossa per proveir-se de capital.

²¹ Les dades econòmiques de l'Hospital de Santa Tecla de Tarragona, corresponents a l'any 1599, mostren aquesta interdependència. Els 96 censals que consten al llevantor anual de comptes del referit hospital tarragoní, i que plegats sumen 312 lliures i 1 sou, corresponen a censataris amb oficis tan diversos com hortolans, pescadors, paraires, mercaders, fusters, sastres o el mateix arquebisbe de la ciutat. Per veure l'estudi de forma més detallada, vegeu: Barceló, Josep, *Poder local, govern i assistència pública: el cas de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*, Tarragona, Editorial Arola, 2017, pp. 118-138.

²² Ferrer, Llorenç, «Censals, vendes a carta de gracia i endeutament pagès al Bages (s. XVIII)», *Estudis d'Història Agrària*, 4 (1983), pp.107-109.

Tanmateix, fossin quines fossin les causes que motivaven la creació de censals, la majoria dels demandants acudien al mercat per necessitat i no lliurement.²³ Aquests eren els límits del sistema censal i, també, el seu taló d'Aquil·les. Aquest fet va provocar que, des del punt de vista del pensament col·lectiu, existissin diferències substancials a l'hora de concebre els diversos actors econòmics que podien prestar diners en cas de necessitat. «Si a escala de les pràctiques dels inversors privats, els instruments financers exposats poden ser entesos com a estratègies d'escanyapobres, en el cas de les fundacions assistencials aquesta idea probablement caldrà revisar-la en la mesura que la inversió en aquests cas no parteix d'una directa necessitat de lucre, sinó d'assegurar la prestació de serveis i assumir la responsabilitat administrativa d'assegurar-la».²⁴ Aquí rau la gran diferència. El censal pagat a l'hospital ajudava a assegurar el funcionament i la subsistència d'aquest com un espai de d'assistència on acudir en cas de crisi o malaltia però, al mateix temps, permetia la subsistència de les classes populars i el finançament de les necessitats més bàsiques de la municipalitat. En conseqüència, les pràctiques presamistes que duia a terme l'hospital no s'han d'entendre només com un instrument d'extorsió sinó també com una eina de redistribució.

CONCLUSIONS

L'hospital i el seu model de finançament van jugar un paper de frontissa que va esdevenir crucial per al manteniment del conjunt del sistema rendista. Per aquest motiu, els municipis catalans es van resistir a perdre el control sobre la institució hospitalària davant les diferents polítiques centralitzadores dels segles XVIII, XIX i XX. La clau de volta per comprendre aquesta resistència passa per assumir que la xarxa d'interessos esmentada, de la qual l'hospital n'era un actor principal i necessari, no era res més que l'expressió tangible de la cosa pública catalana a escala local. D'aquesta manera, el control sobre la institució hospitalària esdevenia imprescindible per perpetuar l'estabilitat d'un model polític paccionat

²³ Rubió, Daniel, «El crèdit a llarg termini a Barcelona a la segona meitat del segle XIV: Els censals morts i els violaris», *Butlletí de la Societat Catalana d'Estudis històrics*, 14 (2003), pp. 159-178.

²⁴ Comelles, Josep M. et al., *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2013, p. 55.

però, també, molt fràgil. Amb el pas del temps, aquesta manera de governar i gestionar la *res publica* va ser assumida per la població catalana i l'hospital, com a garant del sistema, es va anar transformant en un element d'identitat cultural. O sigui, en síntesi, la incipient identitat jurídica forjada a partir dels processos de fusió hospitalària del segle XV es va anar convertint, lentament, en una identitat cultural de tipus pràctic indispensable, encara avui dia, per al bon govern del municipi.

BIBLIOGRAFIA

- AMELANG, James S., *La formación de una clase dirigente: Barcelona 1490-1714*. Barcelona, Ariel, 1986.
- ARRIZABALAGA, Jon, «Hospital, historia i medicina: l'Hospital de la Santa Creu de Barcelona», *Actes de la VIII Trobada d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, Mallorca, Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, 2006, pp. 203-209.
- ARROYO, Esther, *L'estatut jurídic del curador en el Codi de successions*, Barcelona, Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, 2001.
- BARCELÓ-PRATS, Josep, «El proceso de fusión hospitalaria en la ciudad de Tarragona (1464)», *Medicina e Historia. Revista de Estudios Históricos de las Ciencias de la Salud*, 1-Quinta Época (2015), pp. 4-19.
- , *Poder local, govern i assistència pública: el cas de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona*, Tarragona, Editorial Arola, 2017.
- BARCELÓ-PRATS, Josep i COMELLES, Josep M., «La economía política de los hospitales locales en la Cataluña moderna», *Asclepio*, 68-1 (2016), pp. 1-16.
- BONFIELD, Christopher, REINARZ, Jonathan i HUGUET-TERMES, Teresa, *Hospitals and Communities, 1100-1960*, Oxford, Peter Lang, 2013.
- BORRELL, Miquel, *Caritat, beneficència, solidaritat: l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols (Del s. XIV al s. XX)*, Sant Feliu de Guíxols, Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, 2005.
- COLESANTI, Gemma T. i MARINO, Salvatore, «L'economia dell'assistenza a Napoli nel tardo Medioevo», *Reti Medievali*, 17-1 (2016), pp. 309-344.
- COMELLES, Josep M., DAURA, Angelina, ARNAU, Marina i MARTÍN, Eduardo, *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*, Valls, Estudis Vallencs, 1991.
- COMELLES, Josep M., ALEMANY, Silvia i FRANCÉS, Laura, *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*, Barcelona, Generalitat de Catalunya, 2013.
- FERRER, Llorenç, «Censals, vendes a carta de gràcia i endeutament pagès al Bages (s. XVIII)», *Estudis d'Història Agrària*, 4 (1983), pp.101-128.

- , *Pagesos, rabassaires i industrials a la Catalunya Central (segles XVIII-XIX)*, Montserrat, Edicions de l'Abadia de Montserrat, 1987.
- GALLET, Mercedes, «Los hospitales de la Santa Creu de Barcelona y Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, dos modelos asistenciales para el Hospital General de Valencia», *Aragón en la Edad Media*, 25 (2014), pp. 41-60.
- , *Orígenes del sistema sanitario valenciano. Documentos fundacionales del Hospital General de Valencia*, València, Institució Alfons el Magnànim – Diputació de València, 2016.
- GRELL, Ole Peter, CUNNINGHAM, Andrew i ARRIZABALAGA, Jon, *Health Care and Poor Relief in Counter-Reformation Europe*, London and New York, Routledge, 1999.
- PESET, Mariano, «Unes hipòtesis sobre el crèdit agrari a l'antic règim», en Sales, N. (comp.), *Terra, treball i propietat: classes agràries i règim senyorial als Països Catalans*, Barcelona, Crítica, 1986.
- RUBIÓ, Agustín, «Una fundación burguesa en la Valencia medieval: El Hospital de en Clapers (1311)», *Dynamis*, 1 (1981), pp. 17-49.
- RUBIÓ, Daniel, «El crèdit a llarg termini a Barcelona a la segona meitat del segle XIV: Els censals morts i els violaris», *Butlletí de la Societat Catalana d'Estudis històrics*, 14 (2003), pp. 159-178.
- TELLO, Esther, «La actividad crediticia de un hospital turolense a través de la compra de censales (1482-1517)», *Aragón en la Edad Media*, 26 (2015), pp. 293-320.
- ZAPATA, Assumpció, «Els censals de Santa Maria de Mataró», *Fulls del Museu Arxiu de Santa Maria*, 73 (2002), pp. 3-12.

EL HOSPITAL DE SANTA CATERINA DE GIRONA, UN MODELO ASISTENCIAL Y PROFESIONAL DEL ANTIGUO RÉGIMEN¹

ROSA MARIA GIL TORT

Universitat de Barcelona

SANTA CATERINA FUE FUNDADO EN GIRONA EN 1212 y durante ocho siglos fue el hospital de referencia de la ciudad y su provincia. La primera sede fue derribada a mediados del siglo XVII por causas bélicas y entonces se construyó un magnífico edificio barroco, inaugurado en 1679 y que hoy sigue en pie. Funcionó como hospital hasta 2004, fecha en que cerró sus puertas para reabrir las en el nuevo Santa Caterina en el *Parc Hospitalari Martí i Julià* de Salt. El conjunto, restaurado y ampliado es la sede del gobierno de la Generalitat en Girona.

La historiografía, especialmente en la última década, ha profundizado en muchos aspectos de su historia con notables aportaciones. En este contexto nuestra intención es ahondar en dos documentos históricos, poco divulgados, que nos ofrecen una fotografía fija, una mirada privilegiada a los primeros tiempos de su funcionamiento y que inspiran algunas reflexiones sobre estas instituciones de antiguo régimen.

Por un lado tenemos el plano del hospital datado en 1739, sesenta años después de su inauguración, donde constan todas las dependencias, con comentarios muy reveladores de su situación. La leyenda del plano describe un estado que debió perpetuarse a lo largo del siglo XVIII y buena parte del XIX. Para afirmarlo nos basamos en el segundo documento estudiado: una reforma de un reglamento del hospital, fechado en 1794, pero en manos de un médico que ejerció en torno a 1847 y que recibió dicho reglamento como norma de cumplimiento. Por los escenarios que describe demuestra la vigencia del plano.

¹ Esta investigación ha sido desarrollada gracias a la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad para el proyecto «Crisis y reconstrucción de los mercados de trabajo en Cataluña (1760-1960). Ocupaciones, culturas del trabajo y estrategias adaptativas» [HAR2014-57187-P]. IP: Cristina Borderías.

UN PLANO DE 1739

El *Plano del Ospital de la Ciudad de Gerona con el terreno que ocupa delineado en 6 de abril de 1739 por Agustín Soriano Maestro de Obras* describe minuciosamente la estructura original y las tareas que se desarrollan en cada parte, las dependencias y su organización interna. Según Isabel Juan,² que está realizando su tesis doctoral sobre la construcción del hospital, el objetivo de este plano era ilustrar una petición a Su Majestad el Rey de ayuda económica para paliar las graves deficiencias de éste, sesenta años después de su apertura. Resulta muy interesante la leyenda que acompaña el plano, gracias a la cual sabemos que la zona delineada en azul, que vendría a ocupar una quinta parte del total, estaba ya calificada por los cartógrafos como «obra ruinosa en donde habitan los huérfanos, madrinas y mujeres preñadas». Sin duda se refiere a las penosas dependencias de huérfanos y amas de cría existentes antes de la apertura del Hospicio Provincial en 1781 y del lugar de las madres apartadas por embarazos ilegítimos. Junto a dichas salas hallamos el «patio que media del hospital a la habitación de los huérfanos» que imaginamos umbrío y de altos muros entre pabellones.

Gracias al plano podemos conocer también la extensión de los huertos destinados a abastecer al hospital, que ocupaban casi la mitad de la superficie total, seguido del huerto del Capellán mayor y, como detalle no menor a tener en cuenta, el huerto y jardín de la boticaria, cuyo rastro físico se ha perdido y que ilustra la tradición farmacéutica y la existencia de un pequeño jardín botánico a su servicio.

Las salas asistenciales, propiamente dichas, definen la organización de la atención separada por sexos, sin el nexo que representó el vestíbulo sobre montado sobre la escalera barroca que aún perdura. También se documenta la existencia de «cuartos para enfermos de distinción», certificando nuevamente el carácter general de beneficencia de la institución. De la misma forma encontramos el «cuarto para los locos», en un lugar segregado; la capilla con sus anexos, viviendas para religiosos, boticario, dispensero y médicos; el cementerio, el horno de pan y la cocina completan el conjunto. Consideramos que el valor de dicho documento deriva, además de lo que describe, de su evidencia gráfica y la posibilidad de reconocer los espacios hoy en día.

² Juan Casademont, Isabel, «La construcción de l'antic hospital de Santa Caterina, un palau al servei dels més necessitats», en *Antic hospital de Santa Caterina, 350 anys d'esperit de servei*, Girona, Diputació de Girona, 2016, pp. 81-106.

UN REGLAMENTO DE 1794

El segundo documento a comentar es el *Arreglo de constituciones o ordenanzas para el Santo Hospital de Santa Catalina Mártir de la Ciudad de Gerona* (1794) redactado por la Real Junta de Administradores. Hemos tenido acceso a un ejemplar manuscrito que se conserva en la *Fundació Rafael Masó* de Girona y que se encuentra entre la documentación personal de Francesc de Paula Montaña, antepasado que ejerció como médico en el hospital a mediados del siglo XIX. Igualmente se conserva el oficio que D. Joaquim Porcalla, en calidad de administrador, le envió como referencia de funcionamiento. La fecha atribuida de 1794 proviene de la investigación que Pere Ribas,³ administrador en 1979, realizó y publicó en la *Revista de Girona* con motivo del 300 aniversario del hospital. Nuevamente, podemos leer entre líneas que poco debían haber cambiado las cosas en los cincuenta años que van de su redacción a su utilización por el Dr. Montaña.

En el *Arreglo* hallamos las normas de funcionamiento que en muchos casos se perpetuaron hasta mediados siglo XX, salvo la aplicación de los avances terapéuticos imprescindibles. He aquí el valor de un documento que nos retrata un hospital del siglo XVIII con la cruda transparencia del administrador.

De él se desprende que Santa Caterina seguía directamente el modelo del *Hospital de la Santa Creu* de Barcelona y así se repite al argumentar las novedades que aporta la reforma del reglamento apuntada. Esta obedece a la necesidad de adaptar la implementación de los religiosos en el centro a imagen de Barcelona. Define sus usuarios como pobres, huérfanos y enfermos, por este orden. Enmarca el recinto del siglo XVIII en el conjunto formado por el propio hospital, la Casa de la Comanda, lugar de embarazos ilícitos y expósitos, y la Casa de Convalecencia, como espacio de recuperación y reposo. Precisamente, el *Arreglo*, a diferencia del plano, se redactó con posterioridad a 1781, fecha de la inauguración del nuevo Hospicio Provincial que acabó con la función de la Casa de la Comanda y refleja la transición hacia la especialización asistencial.

El primer punto trata de la introducción de los religiosos, hermanos y hermanas, para la atención de los enfermos, el gobierno del hospital y la intendencia, cocina y servicios religiosos.

Define también la figura del Administrador, cargo rotativo entre la Junta, en la que encontramos representados al Cabildo, al Ayuntamiento y a los delegados di-

³ Ribas Serra, Pere, «Seguint els passos d'una administració», *Revista de Girona*, 89 (1979), pp. 243-247.

rectos de los ciudadanos. Esta composición emana de la condición de institución colegiada que es el hospital. El Administrador tenía como cometido velar diariamente por el buen funcionamiento, gestionar las rentas y limosnas que recibía el centro y coordinar los religiosos mediante visitas diarias a las diferentes salas de hombres, mujeres, farmacia, cocinas y despensas con un control estricto de ingresos, gastos, provisiones y existencias. En ausencia del Administrador quedaba al mando el Prior. Éste era el encargado de anotar en un cuaderno todos los movimientos económicos en metálico y en especie. Le incumbían también las cuentas de producción de las diferentes heredades del hospital, cobro de censales, alquileres de enseres, venta de verduras excedentes, etc. A él también competía organizar las compras diarias, tarea que podía delegar bajo supervisión.

ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA

Después de los religiosos, se detallan las funciones del equipo médico, que transcribimos a continuación al igual que los fragmentos del texto original que le siguen:⁴

También tiene dicho hospital dos médicos para visitar los enfermos turnando alternativamente por meses en este cargo y deberán así continuarse con la misma disposición. Dichos médicos no residen en el hospital, si que se les acude con el salario de 70 libras a cada uno y su obligación consiste en visitar el que es de mes dos veces al día dichos enfermos con inclusión de los familiares siempre que lo estén; una a las seis de la mañana y otra a las dos de la tarde, cuyas horas quedan así cuerdamente dispuestas a fin de que en tiempos oportunos y con buen arreglo puedan tomar los enfermos las medicinas y alimento correspondiente y para que en el descanso de la mañana y tarde haya lugar de administrar de espacio los sacramentos, que se mandasen y ejecutar las demás diligencias de sangrías, lavativas, etc. que sean necesarias para la curación.

Completaba la dotación un cirujano para la cura de llagas y otras tareas de la especialidad.

Uno de los aspectos más interesantes del documento es el de la pauta horaria que se establece, en buena parte perpetuada en los hospitales actuales. Los horarios se ajustan a la necesidad de combinar los beneficios de la medicina con los de la oración. Las visitas, curas y comidas se organizan de forma que sean compatibles con el ejercicio de la práctica religiosa para enfermos y personal.

⁴ *Arreglo de constituciones o ordenanzas para el Santo Hospital de Santa Catalina Mártir de la Ciudad de Gerona*, Fundació Rafael Masó, Fons Francesc de Paula Montaña, 1794.

Esta distribución horaria, a su vez, debía compatibilizarse con los horarios y obligaciones litúrgicas de los religiosos.

Otra práctica que ha perdurado es el del pase de guardia al final del turno de los facultativos, de forma análoga a como se produce en la actualidad. También se pueden reconocer los antecesores de los actuales médicos residentes, en la época «familiares»:

A más de los expresados médicos y cirujano, tiene el Hospital para toda prevención dentro de la casa y en calidad de Familiares, un practicante de Medicina y otro de Cirugía a los cuales a más de su manutención de comida y cama se les pasa 150 libras anuales a cada uno.

Las obligaciones de aquellos residentes eran la visita a todos los enfermos al alba, la supervisión en la aplicación de los tratamientos y medicinas, el seguimiento de las visitas junto al médico titular, y la vigilancia de los enfermos durante las comidas y en las incidencias que pudieran producirse. Su disponibilidad debía ser total durante día y noche, y también estaban al cuidado del servicio de urgencias, tal como leemos a continuación:

deben estar prontos y a mano en cualquier instante del día para las ocurrencias que se ofrezcan así respectivamente a los enfermos que se hallen en el hospital como a efecto de dar las primeras providencias para los que nuevamente entren en él, por cuyo motivo no podrán salir de casa si no por solo desahogo, paseo o diligencia i [*tachado*: de ninguna manera] les será libre de hacerlo [*tachado*: por la noche] después de tocadas las primeras oraciones ni dormir fuera sin especial permiso de la Junta o del Señor Administrador de mes.

El tachado del texto revela una cierta permisividad en el tema de la nocturnidad en la revisión de las normas.

LA FARMACIA, RETRATO PRIVILEGIADO DE UNA DEPENDENCIA SECULAR

El hospital de Santa Caterina cuenta con una de las farmacias hospitalarias más antiguas del país.⁵ Por otra parte, tal como recogen diversos autores,⁶ esta de-

⁵ Vela Aulesa, Carles, «La farmacia de l'antic Hospital de Santa Caterina», en AADD, *Antic hospital de Santa Caterina, 350 anys d'esperit de servei*, Girona, Diputació de Girona, 2016, pp. 109-140.

⁶ Vela Aulesa, Carles. «Boticarios y asistencia hospitalaria en Barcelona (siglos XIV-XV)», en Huguet-Termes, T. *et al.* (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo. 1300-1700*,

pendencia era común en los hospitales de la época y como tal mereció un apartado en el reglamento:

Como dentro del mismo Hospital hay una completa botica del todo provista de simples y compuestos, y de todos los aparejos correspondientes, está siempre un boticario el cual reside dentro la casa y se le había dado hasta ahora el salario de 50 ll cada año a más de manutención de comida y cama.

Con la llegada de los religiosos, la farmacia pasó a manos de uno de ellos extinguiéndose temporalmente el cargo y sueldo de boticario. Las tareas encargadas al boticario eran:

1º Tener provista la botica de todos los medicamentos necesarios así simples como compuestos trabajando estos y comprando aquellos a cuyo efecto siempre que sea menester acudirá al Sr. Administrador de mes para acordar lo conveniente, y para que le dé o mande al Prior que le entregue el dinero que sea necesario a este efecto, notando a consecuencia en su respectivo libro todo lo que se compre y gaste para dicha botica. 2º Cuidará que en el pequeño jardín botánico que hay inmediato a sus oficinas, nada falte de cultivo de hierbas y plantas para la provisión.

El boticario también tenía que asistir a las visitas del médico y cirujano y anotar en su cuaderno particular los preparados recetados, bien identificados y numerados a fin de evitar equivocaciones. Igualmente estaba a su cargo el control de ingresos, altas, defunciones y otros datos con relación a todos los enfermos.

UN HOSPITAL EN MANOS DE RELIGIOSOS

Atendiendo la descripción del equipo de religiosos, vemos que su número, cuatro hermanos y cuatro hermanas además del Prior y dos curas, superaba largamente la dotación del servicio médico. Las obligaciones de los curas consistían en tener cuidado de la iglesia, la sacristía, servicios religiosos a los enfermos como el rezo del rosario a diario, administración de sacramentos a los moribundos, instrucción del catecismo a los sirvientes y las misas y liturgias habituales de un rector. Específicamente para el cargo de Prior se dicta que debe ser un sacerdote de buena vida, cuidadoso, aplicado e inteligente y, si fuera posible, que

Lleida, Milenio, 2014, pp. 325-343. Huguet-Termes, Teresa, Fontanals Jaumà, Reis y Sorní Esteve, Xavier, «La nova apotecaria de l'hospital general de Santa Creu de Barcelona el 1696», *Revista de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya*, 27 (2004), pp. 7-58.

también pudiera ser confesor. Siempre estará a las órdenes del Administrador sin potestad de decisión. En cuanto a los hermanos y hermanas, el documento detalla los aspectos más prácticos como que la manutención y atención en caso de enfermedad corría a cargo del Hospital. También se fija la obligación de la administración de proveer de los hábitos regulares *«según su uso regular de sotana y manteo de sarga negra y las hermanas con un ropaje y escapulario ancho de igual calidad y sus tocas y velos correspondientes, debiendo éstas y aquellos llevar en el pecho un escudo con las armas del Hospital»*. Respecto a las funciones asignadas, tenían a cargo el cuidado e higiene de los enfermos, a excepción de *«vaciar vasos e inmundicias, y a cuyo efecto y para todos los usos mecánicos y enterrar a los muertos habrá un mozo o peón que deberá egecutarlo, pero será de cargo de los hermanos invigilar que lo cumpla con puntualidad y se increparia contra ellos toda omision»*. Por higiene el reglamento marcaba la obligación de barrer diariamente la sala y perfumarla y rociarla con vinagre, limpiar las camas, conducir los difuntos a la iglesia y al cementerio. Otra de las tareas minuciosamente detallada consistía en velar por la conservación de colchones, jergones y camas y controlar los movimientos de la lencería utilizada. También era prescriptivo asistir a las visitas del médico, y anotar y administrar personalmente los medicamentos y tratamientos prescritos. Igualmente tenían como cometido recoger y guardar las ropas y pertenencias personales del enfermo al ingresar y guardar su dinero. En caso de defunción el dinero quedaba para misas y los efectos personales eran vendidos a favor del Hospital. Religiosos y religiosas tenían el mismo cometido a desempeñar en el ala de los hombres y de las mujeres, respectivamente. En el caso de las monjas, quedaban eximidas del transporte de las difuntas y, ampliaban sus tareas en la supervisión de cocinas, lavandería y atención y gobierno de la sala de recién nacidos y expósitos.

LA ATENCIÓN A LOS HUÉRFANOS

Resulta conmovedora la atención al detalle del Reglamento respecto a los huérfanos. Sin duda a causa de la alta mortalidad infantil que se registraba en el establecimiento, el cuidado de los recién nacidos era objeto de un celo especial. A través de un riguroso protocolo se pretendía diluir la duda sobre posibles negligencias al tiempo que se perseguía reducir el riesgo de fatales accidentes. El cuadro que describe este apartado del Reglamento nos presenta la realidad de las amas de cría, internas en el hospital, y a las que se sometía a un estricto control de su conducta y alimentación atendiendo la responsabilidad de su tarea.

Estará también a su cuidado la Quadra de los niños expósitos procurando en ella todo aseo y limpieza, e invigilaran mucho que nada falte a dichos niños, y que las Amas les traten con cariño y se presten a darles el pecho cuanto puedan, y caso que en la ocurrencia de excesivo número no tengan suficiente leche para alimentarles se valdrán de la de cabra y componiéndola dichas Hermanas en los propios términos que se ejecuta en el Hospital de Barcelona practicarán las mismas diligencias y les alimentaran y contentaran por este medio en cuanto puedan: también velaran sobre la buena conducta de otras Amas, procurando que no vivan distraídas; y que nunca entren Hombres en su habitación sin conocimiento y permiso del Administrador de mes o del Prior; Que no se excedan en la comida y bebida; que en la noche no duerman con los niños en la cama, ni les pongan en peligro de ahogarse quemarse o causarles otro daño; y por último que nunca falte muy clara luz en la Quadra para que todo se pueda maniobrar sin contingencia de desgracia.

LAVANDERÍA Y COCINA

La infraestructura de atención al enfermo corría como hemos visto a cargo de las monjas quienes debían:

...cuidar de la grande ropería del Hospital y de la Casa de la Comanda; en aquella está el general depósito de las sábanas, camisas, gorros, pañuelos y demás correspondiente al Servicio de los enfermos y familiares; igualmente están las piezas de lienzo que se hacen tejer, y así bien el hilo que se recoge de limosna, y la bayeta para la ropita de los expósitos la mortaja de los difuntos, y mil otras cosas que deben quedar individuadas en el inventario de que han de estar encargadas otras Hermanas: En la ropería de la comanda se están con separación las sábanas mejores y más escogidas con destino al Servicio de los Capellanes, de los Oficiales y de los Hermanos y Hermanas; y así bien esta toda la ropita perteneciente a los niños expósitos, tanto la que se necesita para los que se hallan dentro del Hospital como para los que se crían fuera de él, y quedan en manos de Amas.

La cocina era un lugar estratégico tanto por lo fundamental de una buena alimentación en el proceso de curación de los enfermos, como por la complejidad que entrañaba y por el volumen de gastos e ingresos en metálico y en especie. Así pues quedan descritas las diversas tareas que para el caso de los hermanos concernían al mantenimiento de las despensas y bodega, cuidando que las diferentes botas estuvieran siempre limpias, especialmente las que contenían malvasía y vino rancio, así como las pilas para aceite, habas, habichuelas y demás legumbres. Esta información al lado de la mención de la carne de vaca y carnero que debía administrarse y el cuidado de los cinco cerdos que se mantenían en

el hospital, da una idea bastante aproximada del tipo de dieta de enfermos y personal. No en vano se instituía el cargo de hermano despensero para poder velar por toda esta infraestructura.

Respecto al tema de la dieta es ilustrativo de la época a que no referimos la cuestión del ayuno y abstinencia de carne, que merece un párrafo del *Arreglo*:

Para que en la Quaresma y días de viernes no pueda haber quejas sobre falta de comida se previene que así respecto a los capellanes como a los demás familiares se observe puntualmente en punto de porciones de pescado bacalao o huevos [...] para los capellanes, oficiales y hermanos podrá comprarse pescado si el precio [no] exceda de diez sueldos la libra, a menos que por alguna justa causa lo permita el Sr. Administrador.

PERSONAL AUXILIAR Y DE SERVICIO

El funcionamiento de la estructura hospitalaria se completaba con el concurso de los auxiliares. El *Arreglo* contempla dos cocineras en la cocina principal y una en la de la Comanda, una enfermera para ayudar a las monjas en las tareas más ingratas de la atención a los enfermos, una criada a cargo de los niños ya destetados y otra criada a cargo de los cerdos, dos mozos para las mulas y el carro de los difuntos, un estudiante de farmacia, un monaguillo y un enfermero de soporte para el ala de los hombres y que también tenía la función de sepulturero. Este personal que acabamos de describir residía en el mismo hospital, cobraba un salario además de la manutención y dependía directamente del equipo de religiosos en primera instancia y del Administrador.

En 1855 el Hospital de Santa Caterina pasó a depender de la Diputación de Girona, en virtud de la Ley de Beneficencia y bajo su tutela atravesó todos los acontecimientos de la Girona contemporánea. Hoy con una moderna sede en Salt, está definitivamente integrado en la red de atención sanitaria pública del país. El viejo caserón rehabilitado como sede del gobierno autonómico ejerce de patrimonio ciudadano en recuerdo de tantas vidas y tantas historias vividas entre sus paredes.

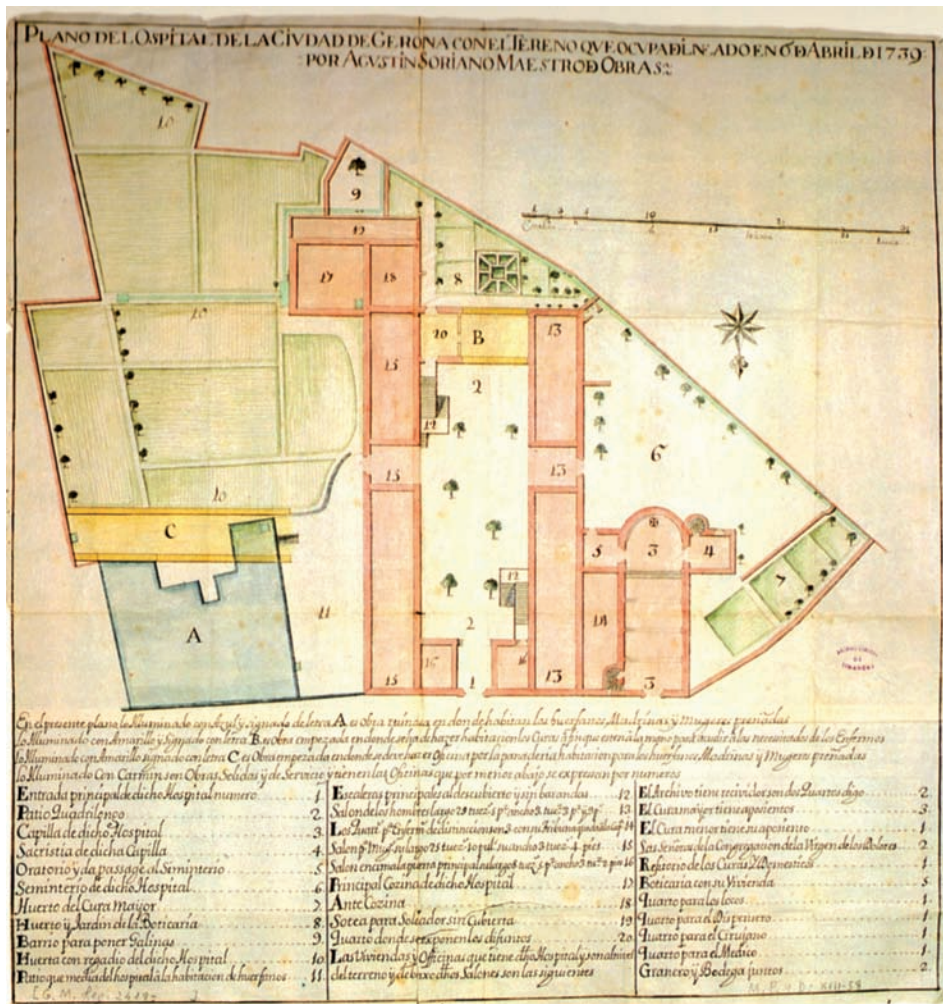


Fig. 1. Plano del Ospital de la Ciudad de Gerona con el terreno que ocupa delineado en 6 de abril de 1739 por Agustín Soriano Maestro de Obras. Archivo General de Simancas. M.P. y D. XIII-58 Leg. 2418.

BIBLIOGRAFÍA

- AADD, *Antic hospital de Santa Caterina, 350 anys d'esperit de servei*, Girona, Diputació de Girona, 2016.
- AADD, *Atlas. Girona Ciutat. XVII-XX*, Girona, Col·legi d'Arquitectes de Catalunya, Demarcació de Girona y Ajuntament de Girona. 1992.
- Arreglo de constituciones o ordenanzas para el Santo Hospital de Santa Catalina Mártir de la Ciudad de Gerona*, Fundació Rafael Masó, Fons Francesc de Paula Montaña, 1794.
- HUGUET-TERMES, Teresa, FONTANALS JAUMÀ, Reis y SORNÍ ESTEVA, Xavier, «La nova apotecaria de l'hospital general de Santa Creu de Barcelona el 1696», *Revista de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya*, 27 (2004), pp. 7-58.
- GIL TORT, Rosa M.^a, *L'assistència sanitària. Dels hospitals medievals al parc hospitalari Martí i Julià*, Girona, Diputació de Girona, 2004.
- JUAN CASADEMONT, Isabel, «La construcció de l'antic hospital de Santa Caterina, un palau al servei dels més necessitats», en AADD, *Antic hospital de Santa Caterina, 350 anys d'esperit de servei*, Girona, Diputació de Girona, 2016, pp. 81-106.
- RIBAS SERRA, Pere, «Seguint els passos d'una administració», *Revista de Girona*, 89 (1979), pp. 243-247.
- VELA AULESA, Carles. «Boticarios y asistencia hospitalaria en Barcelona (siglos XIV-XV)», en Huguet-Termes, T. et al. (eds.), *Ciudad y hospital en el Occidente europeo. 1300-1700*, Lleida, Milenio, 2014, pp. 325-343.
- , «La farmacia de l'antic Hospital de Santa Caterina», en AADD, *Antic hospital de Santa Caterina, 350 anys d'esperit de servei*, Girona, Diputació de Girona, 2016, pp. 109-140.

MODELLO SIGNORILE E IMPRESA DELLA CARITÀ NEL PATRIMONIO DI UN OSPEDALE DELLA NAPOLI MODERNA

VITTORIA FIORELLI

Università degli Studi Suor Orsola Benincasa - Napoli

NELLA *DESCRIZIONE GEOGRAFICA E POLITICA DELLE SICILIE* pubblicata alla fine del Settecento Giuseppe Maria Galanti tracciava per primo il quadro dettagliato della feudalità religiosa nel Mezzogiorno in una prospettiva di lungo periodo. Utilizzando il cedula compilato in occasione dell'incoronazione di Alfonso il Magnanimo, egli individuava i baroni ecclesiastici chiamati a contribuire alle spese per dimostrare come, ancora alla seconda metà del secolo XVIII, persistesse il governo di uomini e terre affidato a istituzioni percepite come intrinseche alla gestione religiosa.¹

Ignorati dalla discussione storiografica fino a tempi recentissimi, i feudi ecclesiastici hanno solo di recente trovato una collocazione all'interno del dibattito scientifico orientato a delineare una evoluzione differenziata e plurale della storia feudale nella quale ha preso corpo il modello interpretativo di un fenomeno non residuale del moderno regime di terre e di vassalli che ha caratterizzato l'area mediterranea.²

Non è nostra intenzione tornare su quello snodo tematico che abbiamo più volte discusso altrove. Il contributo che vorremmo dare alla storia delle reti ospedaliere è piuttosto quello di analizzare un composito patrimonio signorile riconducibile a una istituzione assistenziale per delineare il profilo di gestione dell'amministrazione baronale di lungo periodo connessa alla vocazione alla cura delle criticità sociali.

¹ Galanti, Giuseppe M., «De' feudi ecclesiastici», in *Della descrizione geografica e politica delle Sicilie*, Napoli 1789-1790, Assante, F. e Demarco, D. (edd.), Napoli, ESI, 1969, v. II, pp. 28-35.

² Mi limito qui a rinviare a Musi, Aurelio, *Il feudalesimo nell'Europa moderna*, Bologna, il Mulino, 2007, dal quale ha preso avvio la rilettura storiografica e ai saggi raccolti in Novi Chavarria, Elisa e Fiorelli, Vittoria (coord.), *Baroni e vassalli. Storie moderne*, Milano, Franco Angeli, 2011. Più di recente i saggi raccolti in Cancila, Rossella e Musi, Aurelio (coord.), *I feudalesimi nel Mediterraneo moderno*, Palermo, Mediterranea, 2015.

Insieme a vescovi, certose, ordini religiosi e militari, infatti, Galanti registrava un sistema di feudi riconducibile a «l'Ospedale della Nunziata di Napoli», ente composito e longevo radicato nel tessuto civile napoletano per il quale, nonostante il suo patrimonio fosse ramificato in tutte le province del Regno, ha rappresentato uno dei poli di progettazione della presenza dei ceti urbani nella vita economica e politica della capitale.³

Obiettivo di queste brevi riflessioni non è tornare sul sistema di produzione nei territori governati dall'Annunziata secondo lo schema *utile padronal/contadini*, quanto piuttosto quello di rintracciare il profilo di lunga durata di una storia sociale del potere che intrecci la questione della giurisdizione riconducibile a un ente assistenziale urbano con il sistema di donazioni e di cessioni che, costituitosi in ingente patrimonio di terre di vassalli tra XIV e XV secolo, si è poi integrato nel panorama moderno e purale di quelli che sono stati autorevolmente definiti «feudalesimi mediterranei». La dinamica dei tempi e delle circostanze delle alienazioni contribuisce infatti a definire il profilo della gestione signorile, ma anche la relazione delle rendite provenienti da quei cespiti con i flussi di finanziamento delle attività filantropiche.

In questa prospettiva, più che l'incidenza e lo spessore dei dati economici, pur di grande rilievo per determinare la sostenibilità del progetto assistenziale dell'opera pia, assumono una rilevanza fondamentale due elementi caratterizzanti della signoria moderna: il nesso tra possesso e giurisdizioni e la relazione di potere tra Stato e feudalità. Per entrambi, la specificità della Casa Santa propone una chiave innovativa per analizzare il ruolo di un'istituzione che fu annoverata tra gli enti ecclesiastici dai riformatori del Settecento per la sua funzione pubblica di gestione del disagio. Luogo di contrattazione all'interno dei gruppi di potere aggregati ai Seggi cittadini e tra questi e i rappresentanti della Corona, organico alle dinamiche di collusione / collisione indicate dagli storici come la «via napoletana allo Stato moderno», essa era indicata dalla trattatistica della prima età moderna tra le principali manifestazioni della statura politica della capitale.⁴

³ Per la bibliografia sull'Annunziata e per tutte le fonti citate di seguito si rinvia a Fiorelli, Vittoria, «Dalla città al contado. La Casa Santa dell'Annunziata tra potere urbano e governo del territorio nel Mezzogiorno moderno», in Novi Chavarria, E. e Fiorelli, V. (coord.), *op. cit.*, pp. 37-56; *Ead.*, «Un grande feudatario del Regno di Napoli: la Santa Casa dell'Annunziata», in Musi, A. e Noto, M.^a A. (coord.), *Feudalità laica e feudalità ecclesiastica nell'Italia meridionale*, Palermo, Mediterranea, 2011, pp. 337-352. *Cfr.*: Marino, Salvatore, *Ospedali e città nel Regno di Napoli. Le Annunziate: istituzioni, archivi e fonti*, Firenze, Olschki, 2014.

⁴ Musi, Aurelio, «Pauperismo e pensiero giuridico a Napoli nella prima metà del secolo XVII», in Politi, G. *et al.* (coord.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, Bibl. Statale, 1982, pp. 259-282.

Nei suoi *Discorsi* sull'Annunziata, Imperato, illustre esponente del ceto civile forense e convinto sostenitore, col Summonte, dell'importanza della rappresentanza popolare nel governo della capitale, trovava conferma del ruolo e della qualità politica del popolo napoletano proprio nella sua partecipazione al governo della Casa Santa dove quattro dei cinque governatori erano indicati dal Seggio del Popolo, solo uno dal nobile Seggio di Capuana. Così egli legittimava la funzione politica dell'istituzione dove «si riceuono, educano, gouernano e mantengono migliaia di persone miserabili; e perciò tiene necessità di essere gouernata dal populo, e non dalla plebe che non si cura d'altro sol che de l'abondanza». ⁵ Una chiara definizione della qualità civile dell'impegno assistenziale in un tempo in cui la responsabilità della gestione del disagio era del tutto estranea agli interessi delle autorità statali.

Struttura molto ambita di potere economico e cittadino, nei primi secoli della sua storia l'Annunziata fu favorita dai sovrani e sostenuta dalla nobiltà e dal patriziato dediti alla beneficenza come rappresentazione della distinzione di ceto. L'investitura feudale da parte delle dinastie regnanti profilava però una statura «nazionale» dell'ente caritativo, signore di terre e di vassalli in tutte le province del Regno. Un riconoscimento che andava oltre l'innescò del processo virtuoso di donazioni che, passando dalle cessioni di Casa Reale ai lasciti testamentari di provenienza aristocratica, determinò, entro la fine del secolo XVI, la consistenza del sistema di feudi sottoposti al suo governo e l'ingente fortuna che, secondo Imperato, generava una rendita annua di circa 200.000 ducati, la metà dei quali provenivano da redditi signorili o fiscali.

Giurisdizioni e privative avrebbero seguito un flusso talvolta differente per tempi e provenienze rispetto a quello della terra determinando una struttura patrimoniale che, consolidatasi entro la fine del Cinquecento, non avrebbe modificato in modo sostanziale il quadro generale dei domini. Questo si sarebbe conservato essenzialmente inalterato fino al fallimento del Banco Ave Gratia Plena annesso all'ospedale nel 1587 per garantire, attraverso l'investimento dei capitali nelle attività finanziarie, la sostenibilità economica degli impegni assistenziali. ⁶

⁵ Imperato, Francesco, *Discorsi intorno all'origine, reggimento e stato della Gran Casa della SS. Annunziata di Napoli*, Napoli, E. Longo, 1629, pp. 21-22.

⁶ Come è noto, l'apertura di banche pubbliche presso istituzioni assistenziali era indice di valenza politica e radicamento urbano. Su questo *cf.*: almeno Muto, Giovanni, «Forme e contenuti economici dell'assistenza nel mondo moderno: il caso Napoli», in Politi, G. *et al.*, *op. cit.*, pp. 237-258; Campanelli, Marcella, «Chiesa e assistenza pubblica a Napoli nel Cinquecento», in De Rosa, L. (coord.), *Gli inizi della circolazione della cartamoneta e i banchi pubblici napoletani nella società del loro tempo*, Napoli, Banco Napoli, 2002, pp. 143-168.

Tralasciando i feudi alienati precocemente, una mappatura dei domini rimasti nel complesso patrimoniale dell'Annunziata in età moderna si può ricavare incrociando i dati desunti da un inventario del 1609 conservato nell'Archivio della Casa Santa con quelli registrati nelle fonti più tarde: gli *Apprezzi* redatti in occasione delle alienazioni settecentesche dei feudi, gli estremi desunti dal *Dizionario geografico* di Giustiniani e le notizie incluse da Bonazzi ne *Le ultime intestazioni feudali* all'inizio del Novecento.⁷

Una parte consistente dei feudi erano collocati nel Principato Citra, dove, per lo più, si trovavano terre e casali di piccole dimensioni aggregati alle signorie di Castellamare della Bruca, Cornuti, Vallo di Novi, Sala e Salelle.⁸

In Capitanata l'Annunziata era «utile padrona» di Lesina, il feudo, una volta nella disponibilità dei monasteri benedettini di Montecassino e di S. Vincenzo al Volturno, includeva un centro abitato di non piccole dimensioni e l'intero lago dal quale si traeva una cospicua rendita derivante dalla pesca delle anguille e dalla caccia di volatili lacustri.⁹

In Basilicata si trovava il feudo di Vignola, in Calabria Citra quello di S. Vincenzo a Timpone con i suoi casali, mentre in Terra di Lavoro, oltre alla signoria di Valle di Maddaloni, la Santa Casa governava i territori di Mugnano,

⁷ Il volume manoscritto datato 1609 era stato compilato da Scipione Candido *Patrimonio di questa Santa Casa et Hospedale dela Santiss.a Annunziata di questa città di Napoli* si trova in Archivio Storico Municipale, Napoli – ex Real Casa Santa dell'Annunziata. (ASMuN – ex RCSA); Giustiniani, Lorenzo, *Dizionario geografico-ragionato del Regno di Napoli*, Napoli, Manfredi, 1797-1805; Bonazzi, Francesco, *Le ultime intestazioni feudali registrate nel cedolario di Principato Ultra*, Napoli, Detken & Rocholl, 1911; *Id.*, *Le ultime intestazioni feudali registrate nel cedolario di Principato Citra*, Napoli, Detken & Rocholl, 1914; *Id.*, *Le ultime intestazioni feudali registrate nel Cedolario di Basilicata*, Napoli, Detken & Rocholl, 1915.

⁸ A Castellamare erano aggregate le terre di Ascea, Catona e Terradura, al Casale di Cornuti e Vallo di Novi quelle di Ioyo, Rocca d'Aspri, Serra di Montorio e Spio, a Sala e Salelle i territori di Gioi, Le Serre e San Nicola Marsicani. L'*Apprezzo* redatto dal tavolario Donato Gallerano nel 1732 è in Archivio di Stato di Napoli (ASNa), Commissione Liquidatrice del Pubblico Demanio, b. 728, ma un precedente del 1660 è ivi, *Notai '600*, G. Ragucci 508/15. In ASMuN – ex RCSA: *Platea della Baronìa di Castellamare della Bruca nell'anno 1610*, Div. II, Sez. I, Cat. 4(5); un manoscritto del 1619, Div. II, Sez. I, Cat. 4(6); *Platea della Baronìa d'Ascea, Castellamare della Bruca*, data 1631, Div. II, Sez. I, Cat. 4(4).

⁹ *Relazione ed Apprezzo della Città, Territorio, Lago ed attinente di Lesina*, ASNa, Carte della Società Storica Napoletana, b. 1, fasc. 1. Cfr. almeno De Pardo, Michele, *Raccolta di Atti e Documenti concernenti il Lago detto di Lesina*, Napoli, Giannini, 1903; Cavallo, Salvatore P., *Il feudo di Lesina nell'ambito della S. Casa dell'Annunziata di Napoli*, Bologna, Forni, 2008.

Cardinale e Quadrelle.¹⁰ Questi ultimi facevano parte del più rilevante dei domini feudali controllati dall'ente assistenziale napoletano costituito dalle terre provenienti dalla commenda di Montevergine, per lo più dislocate nella provincia di Principato Ultra e raccolte attorno ai centri di Mercogliano, Montefuscoli, Pietra de' Fusi.

Nella sostanziale omogeneità dei feudi dell'Annunziata, l'annessione all'ospedale napoletano di questo antico monastero con «tutte le sue Grancie et Abbazie» costituisce un fatto di notevole rilievo.¹¹ Nel 1515, il cardinale Luigi d'Aragona, ultimo abate commendatario, aveva rinunciato «in manibus Summi Pontificis» al privilegio e al controllo dei feudi di Mercogliano, Montefuscoli, Mugnano, Ospedaletto e Quadrelle con tutte le loro dipendenze e le loro giurisdizioni e Leone X assegnò quel patrimonio all'Annunziata con la bolla del 30 settembre.

Il conferimento alla Casa Santa della commenda, coerente con il disegno di riordino delle strutture di accoglienza del Regno, andava ben oltre la prospettiva di ottimizzare l'organizzazione assistenziale del territorio. La dipendenza amministrativa da un soggetto diverso dalla persona dell'abate aprì infatti un aspro contenzioso tra i monaci e il nuovo signore che si risolse solo nel 1567 quando, con un atto notarile, fu definita l'autonomia del governo spirituale della comunità ratificata da Sisto V nel 1588.

Non possiamo dilungarci su questa vicenda, ma è interessante notare come la natura particolare dei feudi benedettini li abbia salvati dalla transazione che costrinse l'Annunziata a spogliarsi di parte del suo patrimonio a seguito del fallimento, nel 1702, del Banco della Casa Santa travolto dai debiti contratti per sostenere le attività assistenziali. I governatori dovettero cedere una parte consistente dei feudi al Ceto dei Creditori che, firmata la Magna Concordia il 28 gennaio 1717, dopo un breve periodo di gestione collegiale, li vendettero per rientrare dell'esposizione finanziaria. I domini di Montevergine, invece, furono salvati dall'alienazione e, dunque, rimasero nella disponibilità dell'ospedale na-

¹⁰ L'*Apprezzo* di Vignola fu stilato da Gallerano all'inizio del Settecento, quando il feudo fu acquistato da Lucio Caracciolo, ASNa, Regia Camera della Sommaria, busta 35/1, fasc. VII. L'*Apprezzo di Valle* redatto nel 1753 dal tavolario Costantino Manni è in fase di inventariazione.

¹¹ Cfr. Costo, Tommaso, *Istoria dell'origine del sagratissimo luogo di Montevergine*, Venezia, Barezzo Barezzi, 1591; Galasso, Giuseppe, «La società campana nelle carte di Montevergine», in *Id.*, *Il Mezzogiorno nella storia d'Italia. Lineamenti di storia meridionale e due momenti di storia regionale*, Firenze, Le Monnier, 1992, pp. 329-359.

poletano fino all'emanazione delle leggi francesi nel 1806 insieme alla Bagliva di Sansevero, Valle e il casale di Lentace acquistato nel 1694.¹²

Quasi tutti dislocati nelle zone interne del Mezzogiorno peninsulare, i domini dell'Annunziata appartenevano per lo più alla categoria della microfeudalità rurale ed erano caratterizzati da centri abitati diffusi sul territorio e scarsamente popolati.

Solo due di essi, sviluppatisi attorno a insediamenti nati a ridosso della costa, derivavano da agglomerati fortificati di origine medioevale. La perdita di centralità dell'azione difensiva, però, avrebbe col tempo condannato Lesina e Castellamare della Bruca a una lenta decadenza che, nel caso di quest'ultimo, determinò l'abbandono della rocca militare a vantaggio di un nuovo abitato allocato nella fascia costiera dove si sarebbe sviluppato il centro di Ascea che, con il tempo, sarebbe subentrato anche nell'intestazione feudale.

Posto che la trasformazione gestionale in una prospettiva di redditività anche dei beni feudali è stata ormai accreditata come elemento dinamico e caratterizzante dei feudalesimi mediterranei moderni, la stasi gestionale dei domini signorili dell'Annunziata costituisce un tratto distintivo che ha determinato l'assenza di poli di sviluppo economico e sociale incidendo non poco sulla tenuta demografica dei centri abitati di quei feudi. Una specificità ancora una volta riconducibile alla preminenza della statura politica urbana dell'ente manifestata nelle attività caritative e al ruolo assunto dal governo dell'ospedale napoletano nelle dinamiche di contrattazione tra i Seggi della capitale e tra questi e i rappresentanti di Madrid.

L'assenza di uno slancio imprenditoriale nella gestione dei domini periferici e l'approccio conservativo nella gestione del patrimonio signorile furono dunque la naturale conseguenza della necessità di garantire all'ospedale napoletano la liquidità necessaria a sostenere le attività assistenziali. Privilegiare investimenti nelle rendite fiscali e nelle attività finanziarie comportò inevitabilmente la consegna dei domini rurali alla decadenza e all'arretratezza economica rilevata a più riprese dai tavolari che denunciarono negli *Apprezzi* l'inesorabile decadenza dei corpi baronali e produttivi. Insomma, una beneficenza urbana a detrimento dello sviluppo del contado.

In una prospettiva di lunga durata, la politica gestionale dei beni signorili perseguita dai governatori dell'ospedale traccia infatti un quadro che si discosta

¹² Ai creditori furono ceduti Lesina, la gabella del tumulaggio del Fortore, Vignola, Castellamare della Bruca, Sala e Salelle e S. Vincenzo a Timpone.

dall'orientamento generale che gli studiosi hanno rilevato nell'evoluzione della feudalità moderna. Mentre l'aristocrazia della terra e del capitale rinnovava l'assetto dei patrimoni e investiva in terre e giurisdizioni, imprimendo così una svolta imprenditoriale allo stile del governo delle terre, l'Annunziata non sembra dimostrare alcun interesse per una politica di investimenti in quel settore. Una scelta che distingueva la Casa Santa anche dagli ordini religiosi che, tra Cinque e Seicento, molto si impegnarono per aumentare le loro rendite anche innovando lo stile di governo di uomini e terre.

Per i governatori dell'ente assistenziale, invece, l'accrescimento del patrimonio fondiario, feudale e allodiale, costituiva un filone saldamente connesso alle provenienze esterne, accresciuto dal flusso costante di lasciti e donazioni, mentre la svolta imprenditoriale era orientata all'attività finanziaria nella quale avevano fatto confluire la liquidità di cui disponevano.

L'impegno caritativo e assistenziale urbano drenava risorse ed esigeva una liquidità costante che neanche la modernizzazione del sistema delle rendite feudali riusciva a garantire. La scelta, comune alle istituzioni di beneficenza, di sostenere la complessità delle strutture attraverso l'apertura di banchi pubblici avrebbe risposto per un tempo limitato alle necessità economiche ben presto risucchiate dal vortice dell'esposizione finanziaria che travolse innanzitutto il patrimonio feudale e terriero.

Da uno sguardo sintetico alle rendite registrate dai tavolari per predisporre la cessione dei feudi dopo il 1702, infatti, risulta evidente che, mentre il loro valore patrimoniale era rimasto praticamente inalterato, il sistema di cessione dei benefici feudali scelto dall'Annunziata generava una previsione di utili non proprio appetibile. Le entrate, per quanto avessero mantenuto una sostanziale stabilità rispetto alle rendite annue registrate nelle *Platee* compilate tra Cinque e Seicento, risultavano infatti enormemente svalutate.

«Utile padrona» di microsignorie rurali non particolarmente remunerative, nonostante la cospicua rivalutazione dei capitali, l'Annunziata aveva impiantato un sistema per la cessione di terre e giurisdizioni che, sollevandola dall'onere dell'amministrazione diretta, imprimeva uno stile da *rentier* al governo condotto a distanza dai suoi rappresentanti. I contratti di affitto, passando in successione familiare per generazioni, determinavano una stabile parcellizzazione che ha contribuito a impedire la costituzione di nuclei gestionali di una qualche rilevanza sul territorio e ha disincentivato ulteriormente l'impegno dei governatori, espressione del Seggio del Popolo, sempre più interessati al finanziamento delle attività caritative urbane che all'impulso innovativo nel contado. Fino al 1702, gli unici investimenti sul patrimonio feudale mirarono infatti a perfezionare il controllo di signorie già parte dei beni dell'Annunziata.

Nel corso del tempo, la scissione tra la titolarità del feudo e la gestione economica e produttiva dei territori aveva segnato un distacco tra l'Annunziata e i suoi vassalli, nonostante il diretto controllo del governo attraverso le corti baronali di prime e seconde cause, il *mero e misto imperio* e la podestà del gladio, perno del potere feudale, garantisse alla Casa Santa un saldo posizionamento all'interno di quella dinamica di collaborazione tra Stato e poteri feudali che aveva assicurato la dilatazione dell'incidenza del dominio signorile nell'amministrazione periferica.

Una lettura a campione delle deliberazioni raccolte nei volumi degli *Appuntamenti* evidenzia, invece, che la risorsa di promozione sociale costituita dalle nomine periferiche del personale continuò a costituire il principale canale di gestione e di controllo del governo dell'ospedale napoletano sui feudi.¹³

In definitiva, mi sembra credibile sostenere che anche l'analisi del componente feudale del patrimonio dell'Annunziata confermi l'unicità della lunga storia dell'ospedale napoletano. La concessione del governo di terre e di vassalli segnava infatti un riconoscimento politico da parte delle corone che affiancavano alle donazioni di beni e risorse i poteri feudali attribuiti all'istituzione ospedaliera in virtù dell'impegno assistenziale percepito come valore in una prospettiva che non si limitava all'ambiente urbano o al contado che ne dipendeva, ma delineava una statura politica «nazionale», riconoscibile cioè nella dimensione del Regno, della capitale e delle sue province. Questa matrice originaria, però, ha viziato nel tempo il rapporto tra l'Annunziata e i suoi vassalli, ulteriormente marginalizzato dalla funzione caritativa composita e finanziariamente onerosa che il governo del Seggio del Popolo aveva contribuito a potenziare in funzione della rilevanza che l'istituzione ospedaliera aveva assunto nelle dinamiche politiche tra Napoli e la Corona di Spagna.

¹³ Per esempio la deliberazione del 29 agosto 1630 dalla quale risulta che, l'anno precedente, la Piazza di Capuana aveva preteso di indicare i governatori delle «Baronie di Mercugliano e Pietra de' Fusi». ASMun-ex RCSA, *Appuntamenti* 16, f. 32r.

BIBLIOGRAFIA

- BONAZZI, Francesco, *Le ultime intestazioni feudali registrate nel cedolario di Principato Ultra*, Napoli, Detken & Rocholl, 1911.
- , *Le ultime intestazioni feudali registrate nel cedolario di Principato Citra*, Napoli, Detken & Rocholl, 1914.
- , *Le ultime intestazioni feudali registrate nel Cedolario di Basilicata*, Napoli, Detken & Rocholl, 1915.
- CAMPANELLI, Marcella, «Chiesa e assistenza pubblica a Napoli nel Cinquecento», in De Rosa, L. (coord.), *Gli inizi della circolazione della cartamoneta e i banchi pubblici napoletani nella società del loro tempo*, Napoli, Banco Napoli, 2002, pp. 143-168.
- CANCILA, Rossella e MUSI, Aurelio (cooord.), *I feudalesimi nel Mediterraneo moderno*, Palermo, Mediterranea, 2015.
- CAVALLO, Salvatore P., *Il feudo di Lesina nell'ambito della S. Casa dell'Annunziata di Napoli*, Bologna, Forni, 2008.
- COSTO, Tommaso, *Istoria dell'origine del sagratissimo luogo di Montevergine*, Venezia, Barezzi Barezzi, 1591.
- DE PARDO, Michele, *Raccolta di Atti e Documenti concernenti il Lago detto di Lesina*, Napoli, Giannini, 1903.
- DE ROSA, Luigi (coord.), *Gli inizi della circolazione della cartamoneta e i banchi pubblici napoletani nella società del loro tempo*, Napoli, Banco Napoli, 2002.
- FIORELLI, Vittoria, «Dalla città al contado. La Casa Santa dell'Annunziata tra potere urbano e governo del territorio nel Mezzogiorno moderno», in Novi Chavarria, E. e Fiorelli, V. (cooord.), *Baroni e vassalli. Storie moderne*, Milano, Franco Angeli, 2011, pp. 37-56.
- , «Un grande feudatario del Regno di Napoli: la Santa Casa dell'Annunziata», in Musi, A. e Noto, M.^a A. (cooord.), *Feudalità laica e feudalità ecclesiastica nell'Italia meridionale*, Palermo, Mediterranea, 2011, pp. 337-352.
- GALANTI, Giuseppe M., «De' feudi ecclesiastici», in *Della descrizione geografica e politica delle Sicilie*, Napoli 1789-1790, Assante, F. e Demarco, D. (edd.), Napoli, ESI, 1969, pp. 28-35.
- GALASSO Giuseppe, *Il Mezzogiorno nella storia d'Italia. Lineamenti di storia meridionale e due momenti di storia regionale*, Firenze, Le Monnier, 1992.
- , «La società campana nelle carte di Montevergine», in Galasso, Giuseppe, *Il Mezzogiorno nella storia d'Italia. Lineamenti di storia meridionale e due momenti di storia regionale*, Firenze, Le Monnier, 1992, pp. 329-359.
- GIUSTINIANI, Lorenzo, *Dizionario geografico-ragionato del Regno di Napoli*, Napoli, Manfredi, 1797-1805.
- IMPERATO, Francesco, *Discorsi intorno all'origine, reggimento e stato della Gran Casa della SS. Annunziata di Napoli*, Napoli, Egidio Longo, 1629.

-
- MARINO, Salvatore, *Ospedali e città nel Regno di Napoli. Le Annunziate: istituzioni, archivi e fonti*, Firenze, Olschki, 2014.
- MUSI, Aurelio e NOTO, M.^a Anna (coordd.), *Feudalità laica e feudalità ecclesiastica nell'Italia meridionale*, Palermo, Mediterranea, 2011.
- MUSI, Aurelio, «Pauperismo e pensiero giuridico a Napoli nella prima metà del secolo XVII», in Politi, G. *et al.* (coordd.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, Biblioteca Statale, 1982, pp. 259-282.
- , *Il feudalesimo nell'Europa moderna*, Bologna, il Mulino, 2007.
- MUTO, Giovanni, «Forme e contenuti economici dell'assistenza nel mondo moderno: il caso Napoli», in Politi, G. *et al.*, *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, Biblioteca Statale, 1982, pp. 237-258.
- NOVI CHAVARRIA, Elisa e FIORELLI, Vittoria (coordd.), *Baroni e vassalli. Storie moderne*, Milano, Franco Angeli, 2011.
- POLITI, G. *et al.* (coordd.), *Timore e carità. I poveri nell'Italia moderna*, Cremona, Biblioteca Statale, 1982.

GLI OSPEDALI MINERARI NELLA SARDEGNA DELL'OTTOCENTO*

MARIANGELA RAPETTI

ELEONORA TODDE

Università degli Studi di Cagliari

INTRODUZIONE

Nel 1848 l'estensione in Sardegna dell'editto promulgato da Carlo Alberto di Savoia il 30 giugno 1840¹ stabilì che la proprietà del sottosuolo era disgiunta da quella del soprassuolo, risvegliando l'attività mineraria, entrata in piena crisi dopo il dominio spagnolo dell'isola (1479-1714). Iniziò così la rinascita dell'industria estrattiva sarda, con l'arrivo di ingenti capitali italiani e stranieri e con il proliferare di società operanti nell'isola per più di un secolo, fino alla definitiva chiusura dell'intero comparto nei primi anni Novanta del Novecento.

Tra le grandi società europee che investirono in Sardegna vi furono la belga Vieille-Montagne e le francesi Pertusola e Malfidano, tutte operanti nelle miniere dell'Iglesiente e del Guspinese, nella Sardegna sud-occidentale. Tra le società a capitali sardi e italiani si ricordano la Società anonima di Montevecchio,²

* Il presente lavoro è articolato secondo un piano di ricerca comune, ma il risultato è frutto di una elaborazione differenziata: i primi due paragrafi sono di Eleonora Todde, il terzo di Mariangela Rapetti.

¹ Archivio di Stato di Cagliari, *Atti governativi e amministrativi*, Carlo Alberto, n. 1790, 1848 settembre 6, *Decreto reale col quale si ordina che il regio editto del 30 giugno 1840 sulle miniere, cave ed usine debba pubblicarsi in Sardegna per avere forza di legge*. Cfr. *Atti del Parlamento subalpino: sessione del 1848 dall'8 maggio al 30 dicembre 1848 raccolti e corredati di note e di documenti inediti da Amedeo Pinelli e Paolo Trompeo, Documenti parlamentari*, I, Torino, 1855, pp. 100-101. L'editto ricalcava le Regie Patenti 18 ottobre 1822, n. 1404, cfr. *Repertorio delle miniere: ossia raccolta di regie patenti, regolamenti, memorie e notizie sopra le sostanze minerali degli Stati di S.M. il Re di Sardegna*, I, Torino, 1826.

² Cfr. Minghetti, Filippo, *Le miniere di Montevecchio*, in *Notizie sull'industria del piombo e dello zinco in Italia*, I, Milano, 1949, pp. 465-566; Marzocchi, Giuliano, *Cronistoria della miniera di Montevecchio*, Roma, Industria grafica Failli Fausto, 1995.

la Società di Monteponi³ e la Società di Seddas is Moddizzis, guidata dall'illustre tecnico Giorgio Asproni.⁴

I territori si modificarono a seguito dell'intensa attività estrattiva e le esigenze di organizzazione aziendale favorirono lo sviluppo dei villaggi minerari. Fu così che paesaggi ancora incontaminati si popolarono di impianti e cantieri. Questi villaggi sorsero, nella seconda metà del XIX secolo, in località spesso distanti dai centri abitati rappresentando un *unicum* nel sistema insediativo sardo,⁵ caratterizzato dal fatto che la miniera scandiva sia i ritmi del lavoro che quelli della vita. Il villaggio minerario era costituito, oltre che dalle strutture produttive esterne, dalle case destinate agli operai sposati e con figli a carico, dalla foresteria per gli scapoli e gli impiegati, dalla villa della Direzione e dai principali servizi (infermeria o ospedale, farmacia, spaccio, etc.).⁶ Il presente contributo si propone di fornire una prima ricognizione sull'assistenza sanitaria e sugli ospedali sorti in questi nuovi centri, con un focus sulle fonti archivistiche e bibliografiche di riferimento.

Per meglio illustrare l'impatto sociale che queste strutture hanno avuto nel contesto isolano è bene ricordare che in Sardegna, a partire dal 1828, l'assistenza medica era garantita a tutta la popolazione dalle condotte medico-chirurgiche, attive nelle località rurali, dai pochi ospedali ubicati nei centri maggiori (soprattutto Cagliari, a sud, e Sassari, a nord) e dal piccolo ospedale rurale di Siddi (nel centro dell'isola), mentre le altre strutture di ricovero (Iglesias, Oristano, Bosa, Alghero, Ozieri, Tempio, Orosei e Nuoro), nella seconda metà del secolo, erano oramai datate e inadeguate.⁷

³ Cfr. *Società di Monteponi: centenario 1850-1950*, Torino, Tipografia Bona, 1952.

⁴ Cfr. Mezzolani, Sandro e Simoncini, Andrea, *Sardegna da salvare, Storia, paesaggi, architetture delle miniere. Il Parco Geominerario Storico Ambientale della Sardegna*, Nuoro, Editrice Archivio Fotografico Sardo, 2007, pp. 228-236; Carta, Annalisa e Macrì, Marta, «Il villaggio abbandonato di Seddas is Moddizzis», in Atti del convegno *Villaggi Postmedievali della Sardegna. Abbandoni, nuove fondazioni, ripopolamenti*, Sassari 12-13 dicembre 2014 (in corso di stampa). Su Asproni cfr. Corda, M.^a Carla, *Giorgio Asproni, un pioniere dell'industria mineraria sarda*, Cargeghe, Documenta, 2009.

⁵ Vengono individuate cinque tipologie di villaggi minerari: nel contesto degli aggregati urbani, nei centri rurali, nell'entroterra, insediamento costiero, «a bocca di miniera». Cfr. Mistretta, Pasquale, «Gli habitat minerari», in Manconi, F. (coord.), *Le miniere e i minatori della Sardegna*, Milano, Silvana Editoriale, 1986, pp. 115-138.

⁶ Boggio, Francesco, «I paesaggi minerari», in Brigaglia, M. (coord.), *La Sardegna. La geografia, la storia, l'arte e la letteratura*, I, Cagliari, Edizioni della Torre, 1994, p. 94.

⁷ Gli ospiti delle strutture erano prevalentemente di bassa estrazione sociale, ma non esclusivamente. Le vie di comunicazione isolate non consentivano agli abitanti dei villaggi più lontani di raggiungere agevolmente gli ospedali, pertanto, se non in casi estremi, i ricoverati

LE FONTI ARCHIVISTICHE E BIBLIOGRAFICHE

Il patrimonio archivistico delle cessate imprese minerarie operanti nell'isola, dopo lunghe e tormentate vicende, è oggi confluito in diverse sedi conservative. In attesa della costituzione di un Archivio minerario di concentrazione da parte dell'Igea SpA,⁸ società in house della Regione Sardegna, il vastissimo patrimonio documentario è oggi costituito da numerosi fondi: il fondo *Monteponi-Montevecchio* nell'Archivio storico del Comune di Iglesias;⁹ l'Archivio Storico Minerario della società Igea (sedi di Iglesias, Gadoni e Lula);¹⁰ l'Archivio storico minerario Su Suergiu, di proprietà della società Igea, ma gestito dal Comune di Villasalto;¹¹ l'Archivio documentale della miniera di Montevecchio, anch'esso dell'Igea e affidato al Comune di Guspini;¹² l'Archivio del Distretto minerario della Sardegna.¹³

provenivano dalla città e dalle località più vicine. Sull'ospedalità nella Sardegna ottocentesca cfr. Doderò, Giuseppe, *Storia della medicina e della sanità pubblica in Sardegna. Medici, malati, medicine attraverso i secoli*, Cagliari, Aipsa, 1999, pp. 375-473.

⁸ Mamei, Patrizia, «Tutela e valorizzazione delle fonti archivistiche minerarie», in Tasca, C., Carta, A. e Todde, E. (coord.), *«Dell'industria delle argenterie». Nuove ricerche sulle miniere nel Mediterraneo*, Perugia, Morlacchi, 2016, pp. 13-20. In seguito alla liquidazione dell'Ente Minerario Sardo, così come disposto dalla Legge Regionale n. 33 del 4 dicembre 1998, l'Igea è stata individuata quale soggetto giuridico operante nell'attività di messa in sicurezza, il ripristino ambientale e la bonifica di aree minerarie dismesse e/o in via di dismissione, agendo nell'ambito dei piani e delle linee di indirizzo provenienti dal suo unico azionista la Regione Autonoma della Sardegna.

⁹ Cfr. *l'Inventario del Fondo della Società Monteponi e Montevecchio S.p.A.*, realizzato al termine dei lavori di riordinamento iniziati nel 1994 e andati avanti per diversi anni.

¹⁰ *Sistema Informativo Unificato per le Soprintendenze Archivistiche, Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo*, Direzione generale archivi, Roma: <<http://suisa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?ChiaveAlbero=352571&ApriNodo=0&TipoPag=compare&Chiave=352571&ChiaveRadice=352571&RicSez=fondi&RicVM=indice&RicTipoScheda=ca>> [01/09/2017].

¹¹ *Ibidem*: <<http://suisa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?ChiaveAlbero=280339&ApriNodo=1&TipoPag=compare&Chiave=280339&ChiaveRadice=352571&RicSez=fondi&RicVM=indice&RicTipoScheda=ca#N280339>> [01/09/2017].

¹² *Ibidem*: <<http://suisa.archivi.beniculturali.it/cgi-bin/pagina.pl?ChiaveAlbero=280337&ApriNodo=1&TipoPag=compare&Chiave=280337&ChiaveRadice=352571&RicSez=fondi&RicVM=indice&RicTipoScheda=ca#N280337>> [01/09/2017].

¹³ Carta, Annalisa e Todde, Eleonora, «Rappresentare il territorio nell'età del Risorgimento: il Corpo Reale delle Miniere», in Guida Marin, L., Mele, M.G.R. e Serreli, G. (coord.), *Centri di potere nel Mediterraneo occidentale. Dal Medioevo alla fine dell'Antico Regime*, Milano, Franco Angeli, 2018, pp. 187-198.

Il materiale finora censito ammonta a circa 64.000 unità archivistiche, tra le quali 2.500 immagini.¹⁴ Nel corso degli ultimi venti anni, i Comuni interessati e la Soprintendenza archivistica isolana hanno dedicato grande impegno al recupero e alla salvaguardia della documentazione che, però, è stata riordinata solo in parte e ancora pochi sono i mezzi di corredo a disposizione dell'utenza.¹⁵

L'esame di elenchi e inventari ha rivelato la presenza di documenti inerenti la sanità e gli ospedali minerari già dalla seconda metà dell'Ottocento, preziosi materiali che, in altri contesti, sono andati invece irrimediabilmente perduti.¹⁶ Ad esempio, per le miniere di Monteponi e Montevecchio troviamo la documentazione sul servizio sanitario, gli infortuni, le malattie e le cartelle sanitarie all'interno delle serie *Amministrazione generale e Personale*, mentre la serie *Attività sociali* include gli atti relativi all'assistenza e agli ospedali. La serie *Infortuni* dell'Archivio Storico del Distretto Minerario della Sardegna conserva le relazioni sugli infortuni, i rapporti su vigilanza e sicurezza nei luoghi di lavoro e la normativa di riferimento.

Vanno segnalati anche gli inventari che descrivono il «gabinetto del dottore» di Monteponi, con i mobili, la biblioteca specialistica e l'armamentario per le amputazioni, la dissezione dei cadaveri e le medicazioni (1878-1881);¹⁷ i più recenti *Registri dei ricoveri* dell'ospedale di Montevecchio (1909-1913, 1925-1936);¹⁸ nu-

¹⁴ Concas, Fabiano e Ortu, Claudia, «L'Archivio minerario di concentrazione della Sardegna», *Archivi*, V, 2 (luglio-dicembre 2010), p. 35.

¹⁵ Ad esempio il già citato inventario del Fondo della Società Monteponi e Montevecchio S.p.A. conservato nell'Archivio Storico Comunale di Iglesias e l'inventario della miniera di Su Suergiu a Villasalto. È presente, inoltre, una banca-dati con le immagini digitalizzate della cartografia tecnica a Guspini. Attualmente in fase di riordinamento e inventariazione l'ingente patrimonio dell'Archivio Storico Minerario dell'Igea a Iglesias.

¹⁶ Tasca, Cecilia, «L'Ospedale in miniera. Fonti archivistiche e bibliografiche (1868-1908)», in Tasca, C., Carta, A. e Todde, E. (coord.), «*Dell'industria delle argenterie*». Nuove ricerche sulle miniere nel Mediterraneo, Perugia, Morlacchi, 2016, p. 104.

¹⁷ Archivio Storico del Comune di Iglesias, Fondo della Società Monteponi e Montevecchio (di seguito ASCI, Fondo Mp/Mv), Serie *Amministrazione generale*, bb. 717 e 720. Cfr. Lai, M.^a Bonaria, Olivo, Patricia e Usai, Giuseppina (coord.), *Eclittismo e miniere: riflessi europei nell'architettura e nella società sarda tra '800 e '900*, Cagliari, Soprintendenza Archivistica per la Sardegna, 2004, p. 34.

¹⁸ Archivio Documentale della Miniera di Montevecchio (di seguito ADMM), Serie *sanitaria*, unità 3341-3343. Cfr. Todde, Eleonora, *Lineamenti di legislazione sulla prevenzione degli infortuni e l'andamento infortunistico nella miniera di Montevecchio dal 1900 fino ai giorni nostri*, Università degli Studi di Cagliari, 2009-2010 (tesi di laurea, rel. Prof.ssa Cecilia Tasca), pp. 172-173.

merose foto, cartine e disegni degli ospedali di Montevecchio e Monteponi a partire dal 1887.¹⁹

Di particolare interesse un volume degli anni 1874-1878 –che contiene preziose informazioni sull’ospedale della Società Vieille-Montagne fondato e diretto dal medico Giuseppe Basso Arnoux a Iglesias– al cui interno sono conservati la planimetria dei locali, gli inventari degli arredi e della farmacia, i regolamenti interni e i rendiconti, nonché i prospetti statistici sui ricoverati, le malattie e i decessi riconducibili, presumibilmente, ai primi cinque anni di attività.²⁰

Oltre alle fonti documentarie primarie, interessanti spunti provengono dalle fonti a stampa relative al sistema sanitario minerario, come le testimonianze dei medici che hanno operato nel comparto estrattivo isolano, ad esempio le relazioni sull’ospedale della Gonnese Mining company²¹ e il rendiconto del dottor Bruera per l’ospedale di Monteponi.²² La più antica tra queste è la relazione di Battista Zedda, medico chirurgo dell’ospedale della Miniera di Malfidano a Buggerru, sulla quale si tornerà in seguito.²³

Sia le fonti dirette che quelle indirette restituiscono un interessante spaccato degli infortuni e delle malattie che maggiormente ricorrevano nelle miniere sarde, ovvero saturnismo,²⁴ angioneurosi²⁵ e pneumoconiosi.²⁶ Più in generale,

¹⁹ ASCI, Fondo Mp/Mv, Serie *Fotografica, tecnica e cartografica* e ADMM, Serie *Cartografia tecnica*. Cfr. Lai, M.^a Bonaria, Olivo, Patricia e Usai, Giuseppina (coord.), *Eclettismo e miniere...*, *op. cit.*, p. 32.

²⁰ Biblioteca Universitaria di Cagliari, Manoscritti numerazione romana, ms. XLIX. Cfr. Tasca, Cecilia, «L’Ospedale in miniera...», *op. cit.*, p. 106. Il volume, ancora inedito, è stato oggetto di uno studio condotto da parte delle scriventi, ora in corso di pubblicazione.

²¹ Leo, Emanuele, *Ospedale della Gonnese Mining company limited. Cenni storici*, Cagliari, Tipografia del Corriere di Sardegna, 1869.

²² Bruera, Stanislao, *Miniere di Monteponi: servizio sanitario, ospedale: rendiconto medico-clinico della campagna 1877-1878*, Iglesias, Cooperativa tipografica editoriale N. Canelles, 1878.

²³ Zedda, Battista, *Ospedale della miniera di Malfidano. Breve relazione sul medesimo e sulle malattie che vi si osservarono dal suo impianto (1 agosto 1868) a tutto dicembre detto anno per Battista Zedda, medico-chirurgo*, Cagliari, Tipografia del Corriere di Sardegna, 1869.

²⁴ Intossicazione da piombo, causata dall’inalazione o dall’ingestione della sostanza durante la lavorazione in galleria. Cfr. Apostoli, Pietro e Alessio, Lorenzo «*Rischi e patologie da metalli*», in Foà, V. e Ambrosi, L. (coord.), *Medicina del Lavoro*, Torino, Utet, 2003, pp. 173-198.

²⁵ Malattia da strumenti vibranti che provocava disturbi vasomotori e un’alterazione del sistema nervoso. Cfr. Meloni, Michele e Casula, Duilio, «*Malattia da vibrazioni meccaniche*», in Casula, D. (coord.), *Medicina del Lavoro*, Bologna, Monduzzi, 2003, pp. 265-279.

²⁶ Malattie del sistema respiratorio, causate dall’inalazione di polvere. Particolarmente diffusa in ambiente minerario la silicosi, ossia una fibrosi polmonare diffusa, a carattere nodulare,

offrono un quadro esaustivo dell'intera assistenza sanitaria offerta dalle Società ai propri operai e alle loro famiglie, testimonianza dell'impegno profuso in un settore che esulava dalla mera produzione del giacimento, rientrando, invece, nel più stretto interesse economico delle aziende.

GLI OSPEDALI DEI VILLAGGI MINERARI

L'assistenza sanitaria ai lavoratori del comparto estrattivo veniva erogata sia dalle amministrazioni comunali che, nella maggior parte dei casi, dalle Ditte esercenti. Dalle fonti si evince che i primi ospedali minerari erano tecnologicamente avanzati e attrezzati per la cura delle malattie professionali e degli infortuni sul lavoro; nei centri minori erano invece presenti semplici infermerie fornite di posti letto.²⁷

Nella relazione conclusiva all'Inchiesta *Sulle condizioni dell'industria mineraria nell'isola di Sardegna*, condotta da Quintino Sella nel 1869, abbiamo le prime attestazioni di ospedali minerari. Della miniera di Masua (Iglesias), gestita dalla Società anonima delle Miniere di Montesanto di Genova, il Sella riferiva che i 600 operai avevano a disposizione un ospedale con 24 letti;²⁸ di Monteponi scriveva che «un grande ospedale capace di 40 letti riceve i malati alla miniera stessa; mentre agli operai che sono abitanti della vicina Iglesias viene dato un sussidio in caso di malattia».²⁹ Di diverso parere il letterato Carlo Corbetta, che in seguito al suo viaggio in Sardegna e Corsica, nel 1877, descriveva la struttura di Monteponi come non adeguatamente predisposta, a differenza del più attrezzato ospedale di Montevecchio,³⁰ nel Guspinese.

Complessivamente, tra il 1864 e il 1893 furono aperti nove ospedali minerari: Monte Narba (San Vito), Malfidano (Buggerru), Montevecchio (Guspini), Monteponi, Masua, Vieille Montagne e Nebida (Iglesias), S'arcillonis (Burcei), Argen-

conseguente all'inalazione di polveri contenenti biossido di silicio allo stato libero, comunemente denominata silice libere. Di Lorenzo, Luigi, «Malattie respiratorie da polveri minerali», in Foà, V. e Ambrosi, L. (coord.), *Medicina del Lavoro*, Torino, Utet, 2003, pp. 303-334; Sanna-Randaccio, Francesco, «Broncopneumopatie professionali (con esclusione delle BPP a patogenesi immuno-allergica)», in Casula, D. (coord.), *Medicina...*, op.cit., pp. 531-568.

²⁷ *Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla condizione degli operai delle miniere della Sardegna*, II-IV, Roma, Tipografia della Camera dei deputati, 1910, p. 324.

²⁸ Sella, Quintino, *Sulle condizioni dell'industria mineraria nell'isola di Sardegna*, a cura di Francesco Manconi, Nuoro, Ilisso, 1999, p. 189.

³⁰ Corbetta, Carlo, *Sardegna e Corsica*, Milano, Libreria editrice G. Brigola, 1877, p. 340.

tiera (Sassari).³¹ Rilevante la documentazione sugli ospedali delle miniere di Montevecchio e Buggerru: il primo perché realizzato nel più importante centro estrattivo isolano, pioniere sia in campo tecnologico che in quello della medicina del lavoro³² e il secondo perché, pur essendo situato in un piccolo centro, conserva la più antica relazione sullo stato della struttura e, più in generale, dell'assistenza sanitaria.

L'ospedale della miniera di Montevecchio

Tra i villaggi minerari sorti a metà dell'Ottocento nella Sardegna sud-occidentale, uno dei primi a dotarsi di una struttura ospedaliera fu quello di Montevecchio. Le Società che nel corso degli anni si sono succedute nella gestione di questo sito hanno, infatti, sempre dimostrato una spiccata sensibilità verso il problema, rappresentando fin dai primi anni di attività una delle eccellenze sanitarie regionali.³³

La prima attestazione risale al maggio 1869: Giulio Axerio, ingegnere del Corpo Reale delle Miniere, dopo un'ispezione scriveva che gli operai venivano curati gratuitamente a casa o presso l'ospedale locale, mentre un nuovo nosocomio era in costruzione.³⁴ Questo nuovo e moderno ospedale venne descritto dal Sella nel 1871 come uno stabilimento «fornito dalla cassa di soccorso che vi mantengono gli operai»³⁵ e, nel 1877, dal Corbetta come «un vero gioiello degno di essere preso a modello in ogni sua parte».

Era situato nella posizione più elevata del villaggio minerario di Gennas. Il medico direttore e l'infermiere risiedevano nella struttura; erano presenti la farmacia, la lavanderia e la cucina; contava oltre 50 letti, distribuiti in sale da 8 a 10 letti ciascuna, ben arieggiate e riscaldate.³⁶

³¹ Tasca, Cecilia, «L'Ospedale in miniera...», *op. cit.*, p. 128. A questi se ne aggiungeranno altri otto nei primi anni del Novecento.

³² Cfr. Todde, Eleonora, *Infortunati e malattie nel sottosuolo: prevenzione e assistenza sanitaria nella miniera di Montevecchio (1863-1996)*, Università degli Studi di Cagliari, 2013-2014 (Tesi di dottorato).

³³ *Ibidem*, § 3-4, pp. 277-487.

³⁴ Axerio, Giulio, *Relazione sulle miniere di Montevecchio*, Livorno, 1869. Nel caso del ricovero a domicilio, l'operaio aveva diritto ai 2/3 della paga giornaliera fino a 60 giorni di malattia.

³⁵ Sella, Quintino, *Sulle condizioni dell'industria...*, *op. cit.*, p. 137.

³⁶ «A ciascun letto poi risponde un'apertura che ha comunicazione con una corsia o corridojo posteriore interno che disimpegna i locali, e nel quale scorrono facilmente i letti, nei casi di morte, di spurghi o d'altro, richiudendosi subito l'apertura», Corbetta, Carlo, *Sardegna...*, *op. cit.*, pp. 329-330.

Durante il Collegio degli Ingegneri e Architetti della Sardegna tenutosi a Cagliari nel 1902, l'ing. Mossa spiegò che l'ospedale contava in quel momento 30 letti e alcune sale riservate, ma che gli operai ammalati, talvolta, preferivano trascorrere il periodo di degenza presso le rispettive famiglie, beneficiando ugualmente di assistenza e medicine gratuite mediante i medici dei paesi, stipendiati dall'Amministrazione. Tra i servizi garantiti vi erano sussidi per gli ammalati, pensioni vitalizie per gli invalidi (anzianità di servizio o infortuni sul lavoro) e per le vedove. Per il soccorso, la previdenza, l'istruzione e altri servizi utili alla popolazione dei villaggi minerari l'Amministrazione della miniera spendeva allora oltre 30.000 Lire l'anno, nelle quali erano comprese 4.500 Lire per i sussidi agli ammalati ricoverati in famiglia e 14.000 per le pensioni.³⁷

Dagli Atti della Commissione di Inchiesta presieduta dal senatore Salvatore Parpaglia (1906-1910)³⁸ e dai documenti della Commissione consiliare d'indagine e di studio sulle condizioni di sicurezza e di igiene e sui sistemi di lavoro e di produzione nelle miniere sarde degli anni Cinquanta³⁹ apprendiamo che l'ospedale subì varie modifiche, fino alla definitiva chiusura con la cessazione delle attività estrattive della miniera.

L'ospedale della Società Malfidano

Quintino Sella testimoniava anche il recente stabilimento di un ospedale a Buggeru, destinato ai lavoratori delle miniere di Malfidano (660 nella buona stagione, metà dei quali «continentali», ovvero giunti dalla penisola).⁴⁰ L'ospedale era diretto dal medico Battista Zedda il quale, desideroso di comunicare e confrontare le proprie esperienze sul campo con i colleghi impegnati in strutture analoghe, diede alle stampe, nel 1869 e nel 1870, due relazioni sulle malattie osservate.⁴¹

³⁷ Mossa, Francesco, *Appunti sull'industria mineraria in Sardegna*, Cagliari, Tipo-Litografia Commerciale, 1902, p. 222.

³⁸ *Atti della Commissione parlamentare di inchiesta sulla condizione degli operai delle miniere della Sardegna*, II, Roma, Tipografia della Camera dei deputati, 1910, p. 330.

³⁹ Archivio del Consiglio Regionale della Sardegna, V Legislatura, *Atti della Commissione consiliare d'indagine sulle miniere*. Cfr. Servizio di Segreteria Archivio Storico (coord.), *Il problema minerario negli atti del Consiglio*, Cagliari, S.T.E.F. S.p.A., 1980.

⁴⁰ Sella, Quintino, *Sulle condizioni dell'industria...*, op. cit., p. 201.

⁴¹ Zedda, Battista, *Ospedale della miniera di Malfidano. Breve relazione...*, op. cit.: Id., *Ospedale della miniera di Malfidano. Relazione medica sulle malattie che vi si osservarono dal 1° gennaio a tutto dicembre 1869*, Cagliari, 1870.

La prima è accompagnata dalla descrizione dell'ospedale, costruito subito dopo l'apertura della miniera, nel 1866, per far fronte alle difficoltà causate da un'epidemia di colera e dal trasferimento degli operai feriti e ammalati presso una struttura allestita a Iglesias, distante almeno tre ore e mezzo di viaggio.

Il caseggiato fu ben organizzato: una parte venne destinata ai malati e attrezzata con letti in ferro, materassi, lenzuola e coperte, con una capienza che andava dai 12 ai 20 posti. Accanto alla sala di degenza furono allestiti il guardaroba, la farmacia, la cucina, una stanza per il ricovero dei caporali, l'alloggio del medico-chirurgo e quello dell'infermiere. La struttura era destinata agli uomini, mentre le donne che lavoravano in miniera –soprattutto cernitrici– venivano assistite gratuitamente nelle loro case.

La spesa giornaliera per ciascun ricoverato era di 3,50 Lire, poco più rispetto al salario di un operario specializzato, retribuito 3,20 Lire per 10 ore di lavoro.⁴² Nei primi cinque mesi di attività, vi furono ricoverati 130 uomini, per la maggior parte affetti da diverse forme di febbre (71 casi), seguiti da 37 casi di infiammazioni (gastrite e gastro-enterite, bronchite, oftalmia, risipola e gengivite), 8 di nevralgia e 14 di malattie locali.⁴³ Nel corso del 1869, i ricoveri furono 241 e si registrarono 10 decessi.⁴⁴

L'analisi del medico Zedda è dettagliatissima e indica, oltre alle terapie impiegate, anche quelli che erano, a suo giudizio, i fattori scatenanti le diverse patologie: l'escursione termica, l'alimentazione inadeguata (tanto quella povera e di scarsa qualità quanto quella ricca e calorica), l'eccesso di alcol e tabacco, la fatica e i rischi del mestiere, la scarsa igiene e «l'usare vesti assai leggere specialmente i lavoratori continentali non abituati certamente al nostro clima».⁴⁵ Quest'ultima constatazione, benché basata semplicemente sull'abbigliamento, richiama le osservazioni mediche fatte sin dal tardo Medioevo, che avevano

⁴² Lo stipendio giornaliero di un minatore era di 2,75 Lire, di un manovale 1,62 Lire, 1,22 Lire quello della cernitrice.

⁴³ Zedda, Battista, *Ospedale della miniera di Malfidano. Breve relazione...*, op. cit., pp. 16-17.

⁴⁴ Zedda, Battista, *Ospedale della miniera di Malfidano. Relazione medica...*, op. cit., p. 14. Sul proseguimento delle attività dell'ospedale Malfidano, attivo fino alla metà del Novecento, cfr. Zanobio, Bruno e Armocida, Giuseppe, «Il lavoro in miniera e la medicina», in Piola Caselli, F. e Piana Agostinetti, P. (coord.), *La miniera, l'uomo e l'ambiente*, Firenze, 1996, pp. 335-347, in particolare le pp. 338-340.

⁴⁵ Zedda, Battista, *Ospedale della miniera di Malfidano. Breve relazione sul medesimo...*, op. cit., p. 17.

messo in luce quanto il clima sardo portasse facilmente i forestieri ad ammalarsi. Il tema è facilmente riconducibile alla cosiddetta «sarda intemperie» studiata dai medici ottocenteschi,⁴⁶ e meriterebbe di essere approfondito, visto l'alto numero di ricoveri dei «continentali» in questo ospedale (102 a fronte di 28 sardi nei primi cinque mesi di attività).

FONTI E BIBLIOGRAFIA

- Archivio del Consiglio Regionale della Sardegna, V Legislatura, *Atti della Commissione consiliare d'indagine sulle miniere*.
- Archivio Documentale della Miniera di Montevecchio, Serie *Cartografia tecnica*.
- Archivio Documentale della Miniera di Montevecchio, Serie *sanitaria*.
- Archivio di Stato di Cagliari, Serie *Atti governativi e amministrativi*.
- Archivio Storico Comunale di Iglesias, Fondo della Società Monteponi e Montevecchio, Serie *Amministrazione generale*.
- Archivio Storico Comunale di Iglesias, Fondo della Società Monteponi e Montevecchio, Serie *Fotografica, tecnica e cartografica*.
- Biblioteca Universitaria di Cagliari, *Manoscritti numerazione romana*.
- APOSTOLI, Pietro e ALESSIO, Lorenzo, «Rischi e patologie da metalli», in Foà, V. e Ambrosi, L. (coord.), *Medicina del Lavoro*, Torino, Utet, 2003, pp. 173-198.
- Atti del Parlamento subalpino: sessione del 1848 dall'8 maggio al 30 dicembre 1848 raccolti e corredati di note e di documenti inediti da Amedeo Pinelli e Paolo Trompeo, Documenti parlamentari*, I, Torino, 1855.
- Atti della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla condizione degli operai delle miniere della Sardegna*, II-IV, Roma, Tipografia della Camera dei deputati, 1910.
- AXERIO, Giulio, *Relazione sulle miniere di Montevecchio*, Livorno, 1869.
- BOGGIO, Francesco, «I paesaggi minerari», in Brigaglia, M. (coord.), *La Sardegna. La geografia, la storia, l'arte e la letteratura*, I, Cagliari, Edizioni della Torre, 1994, pp. 91-98.
- BRUERA, Stanislao, *Miniere di Monteponi: servizio sanitario, ospedale: rendiconto medico-clinico della campagna 1877-1878*, Iglesias, Cooperativa tipografica editoriale N. Canelles, 1878.
- CARTA, Annalisa e MACRÌ, Marta, «Il villaggio abbandonato di Seddas is Moddizzis», in Atti del convegno *Villaggi Postmedievali della Sardegna. Abbandoni, nuove fondazioni, ripopolamenti*, Sassari 12-13 dicembre 2014 (in corso di stampa).

⁴⁶ Si tratta di studi che meriterebbero una disamina a parte, *cf.*: Doderò, Giuseppe, «Ippocratismo, malaria e medicina didascalica in Sardegna», in Leo, P. A., *Di alcuni antichi pregiudizii sulla così detta Sarda Intemperie*, a cura di G. Marci, Cagliari, 2005, pp. XXI-LXXVIII.

- CARTA, Annalisa e TODDE, Eleonora, «Rappresentare il territorio nell'età del Risorgimento: il Corpo Reale delle Miniere», in Guida Marin, L., Mele, M.G.R. e Serreli, G. (coord.), *Centri di potere nel Mediterraneo occidentale. Dal Medioevo alla fine dell'Antico Regime*, Milano, Franco Angeli, 2017, pp. 187-198.
- CONCAS, Fabiano e ORTU, Claudia, «L'archivio minerario di concentrazione della Sardegna», *Archivi*, V, 2 (luglio-dicembre 2010), pp. 5-35.
- CORBETTA, Carlo, *Sardegna e Corsica*, Milano, Libreria Editrice G. Brigola, 1877.
- CORDA, M.^a Carla, *Giorgio Asproni, un pioniere dell'industria mineraria sarda*, Cargeghe, Documenta, 2009.
- DI LORENZO, Luigi, «Malattie respiratorie da polveri minerali», in Foà, V. e Ambrosi, L., *Medicina del Lavoro*, Torino, Utet, 2003, pp. 303-334.
- DODERO, Giuseppe, *Storia della medicina e della sanità pubblica in Sardegna. Medici, malati, medicine attraverso i secoli*, Cagliari, Aipsa, 1999.
- , «Ippocratismo, malaria e medicina didascalica in Sardegna», in Leo, P. A., *Di alcuni antichi pregiudizii sulla così detta Sarda Intemperie*, a cura di G. Marci, Cagliari, Cucc, 2005, pp. XXI-LXXVIII.
- LAI, M.^a Bonaria, OLIVO, Patricia e USAI, Giuseppina (coord.), *Eclettismo e miniere: riflessi europei nell'architettura e nella società sarda tra '800 e '900*, Cagliari, Soprintendenza Archivistica per la Sardegna, 2004.
- LEO, Emanuele, *Ospedale della Gonnesa Mining company limited. Cenni storici*, Cagliari, Tipografia del Corriere di Sardegna, 1869.
- MAMELI, Patrizia, «Tutela e valorizzazione delle fonti archivistiche minerarie», in Tasca, C., Carta, A. e Todde, E. (coord.), «*Dell'industria delle argentiere*». *Nuove ricerche sulle miniere nel Mediterraneo*, Perugia, Morlacchi, 2016, pp. 13-20.
- MARZOCCHI, Giuliano, *Cronistoria della miniera di Montevecchio*, Roma, Industria grafica Failli Fausto, 1995.
- MELONI, Michele e CASULA, Duilio, «Malattia da vibrazioni meccaniche», in Casula, D. (coord.), *Medicina del Lavoro*, Bologna, Monduzzi, 2003, pp. 265-279.
- MEZZOLANI, Sandro e SIMONCINI, Andrea, *Sardegna da salvare. Storia, paesaggi, architetture delle miniere. Il Parco Geominerario Storico Ambientale della Sardegna*, Nuoro, Editrice Archivio Fotografico Sardo, 2007.
- MINGHETTI, Filippo, *Le miniere di Montevecchio*, in *Notizie sull'industria del piombo e dello zinco in Italia*, v. I, Milano, 1949, pp. 465-566.
- MISTRETTA, Pasquale, «Gli habitat minerari», in Manconi, F. (coord.), *Le miniere e i minatori della Sardegna*, Milano, Silvana Editoriale, 1986, pp. 115-138.
- MOSSA, Francesco, *Appunti sull'industria mineraria in Sardegna*, Cagliari, Tipo-Litografia Commerciale, 1902.
- Portale della Miniera di Montevecchio*, Miniera Montevecchio, Guspini: <<http://www.minieramontevecchio.it/>> [01/09/2017].

- Repertorio delle miniere: ossia raccolta di regie patenti, regolamenti, memorie e notizie sopra le sostanze minerali degli Stati di S.M. il Re di Sardegna*, I, Torino, 1826.
- Sardegna abbandonata. I luoghi abbandonati della Sardegna*: <<https://www.sardegnaabbandonata.it/>> [01/09/2017].
- Sardegna Turismo. Il sito ufficiale del turismo della Regione Sardegna*, Regione Autonoma della Sardegna, Cagliari: <<https://www.sardegnaturismo.it/>> [01/09/2017].
- SANNA-RANDACCIO, Francesco, «Broncopneumopatie professionali (con esclusione delle BPP a patogenesi immuno-allergica)», in Casula, D. (coord.), *Medicina del Lavoro*, Bologna, Monduzzi, 2003, pp. 531-568.
- SELLA, Quintino, *Sulle condizioni dell'industria mineraria nell'isola di Sardegna*, a cura di Francesco Manconi, Nuoro, Ilisso, 1999.
- Servizio di Segreteria Archivio Storico (coord.), *Il problema minerario negli atti del Consiglio*, Cagliari, S.T.E.F. S.p.A., 1980.
- Sistema Informativo Unificato per le Soprintendenze Archivistiche, Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo*, Direzione generale archivi, Roma: <<http://siusa.archivi.beniculturali.it/>> [01/09/2017].
- TASCA, Cecilia, «L'Ospedale in miniera. Fonti archivistiche e bibliografiche (1868-1908)», in Tasca, C., Carta, A. e Todde, E. (coord.), «*Dell'industria delle argenterie*». *Nuove ricerche sulle miniere nel Mediterraneo*, Perugia, Morlacchi, 2016, pp. 93-128.
- TODDE, Eleonora, *Lineamenti di legislazione sulla prevenzione degli infortuni e l'andamento infortunistico nella miniera di Montevecchio dal 1900 fino ai giorni nostri*, Università degli Studi di Cagliari, 2009-2010 (tesi di laurea, rel. Prof.ssa Cecilia Tasca).
- , *Infortuni e malattie nel sottosuolo: prevenzione e assistenza sanitaria nella miniera di Montevecchio (1863-1996)*, Università degli Studi di Cagliari, 2013-2014 (tesi di dottorato).
- ZANOBIO, Bruno e ARMOCIDA, Giuseppe, «Il lavoro in miniera e la medicina», in Piola Caselli, F. e Piana Agostinetti, P. (coord.), *La miniera, l'uomo e l'ambiente*, Firenze, All'insegna del Giglio, 1996, pp. 335-347.
- ZEDDA, Battista, *Ospedale della miniera di Malfidano. Breve relazione sul medesimo e sulle malattie che vi si osservarono dal suo impianto (1 agosto 1868) a tutto dicembre detto anno per Battista Zedda, medico-chirurgo*, Cagliari, Tipografia del Corriere di Sardegna, 1869.
- , *Ospedale della miniera di Malfidano. Relazione medica sulle malattie che vi si osservarono dal 1 gennaio a tutto dicembre 1869*, Cagliari, Tipografia del Corriere di Sardegna, 1870.

LA PROYECCIÓN DE EDIFICIOS ASISTENCIALES EN ESPAÑA A INICIOS DEL SIGLO XIX: GUILLERMO CASANOVA Y EL PROYECTO DE HOSPITAL MILITAR PARA BARCELONA

MARIA DEL MAR ROVIRA I MARQUÈS¹

Universitat de Barcelona

DURANTE EL SIGLO XVIII, la arquitectura hospitalaria proyectada en España fue una muestra de la labor renovadora que, en cuanto a política asistencial, desarrollaron médicos y arquitectos ilustrados en Europa.² Con ello, las autoridades dispusieron de otra herramienta para hacer frente a las necesidades sociales resultantes de los avances científicos, promoviendo la salud de la población como instrumento para el progreso del país.

Partiendo de este contexto, centraremos nuestro interés en el papel de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando en la renovación del diseño hospitalario español, estableciendo como caso de estudio el proyecto de hospital militar para Barcelona que el académico Guillermo Casanova emprendió el 1803. Su elección se debe a que, como constataba el historiador Juan Riera,³ buena parte de las novedades científicas dadas en el Setecientos tuvieron al ejército

¹ El presente estudio se enmarca dentro del proyecto I+D ACPA - *Arquitectura y ciudad: programas artísticos en Barcelona (1714-1808). Relaciones e influencias en el ámbito mediterráneo* (MINECO/FEDER, UE, ref.: HAR2015-70030-P).

² La promoción de la sanidad en el Setecientos tuvo lugar en países como Inglaterra, Francia, Austria y España, donde la reforma hospitalaria se convirtió en un aspecto esencial. Al respecto, véanse: Thompson, John y Goldin, Grace, *The Hospital: a social and architectural history*, Londres, Yale University Press, 1975, pp. 105-115; Foucault, Michel, *et al.*, *Les machines à guérir*, Bruselas, Pierre Mardaga, 1979, pp. 7-17; Sambricio, Carlos, *La arquitectura española de la Ilustración*, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, 1986, pp. 206-217; Risse, Gunter, *Mending Bodies, Saving Souls*, Nueva York, Oxford University Press, 1999, pp. 231-288; Ferández Mérida, M.^a Dolores, «Aproximación a la historia de la arquitectura hospitalaria», *Cuadernos de Arte e Iconografía*, 29 (2006), pp. 58-87; Laget, Pierre-L., *L'hôpital en France. Histoire et architecture*, Lyon, Lieux Dits, 2012, pp. 96-114.

³ Riera, Juan, *Planos de hospitales españoles del siglo XVIII existentes en el Archivo General de Simancas*, Valladolid, Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1975, p. 13.

como promotor, sumándole la particularidad que el proyecto representaba el salto al campo académico de una actuación propia de la ingeniería militar.

EVOLUCIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN MILITAR EN BARCELONA

Desde el siglo XVI, los hospitales militares fijos habían sido emplazados en poblaciones que amparaban una numerosa guarnición castrense. Sin embargo, en el caso de Barcelona, la atención sanitaria se realizaba en el *Hospital de la Santa Creu* que, aunque era un conjunto civil, también asistía a los militares durante las contiendas.⁴

A inicios del siglo XVIII, con la instauración del poder borbónico, el contingente militar asentado en Barcelona aumentó,⁵ por lo que la suma de pacientes sobrepasó las capacidades estructurales del hospital y complicó las relaciones entre la administración hospitalaria y el ejército.⁶ Para solucionarlo, algunos miembros del Cuerpo de Ingenieros Militares realizaron propuestas para la construcción de un hospital castrense en la ciudad, ajustándose a las ordenanzas que regulaban su establecimiento en España.⁷

Así pues, la primera referencia sobre un proyecto hospitalario militar en Barcelona bajo el reinado de Felipe V data del 1716. Debía ser emplazado en la Ciudadela y poder asistir a 1.000 soldados, aunque no se conocen los planos ni los detalles sobre los criterios de construcción.⁸

El segundo proyecto, fechado en 1766, proponía su ubicación en los terrenos posteriores al Teatro de las Comedias del arrabal de Barcelona y contemplaba una

⁴ Cases, Adrià, «Aproximación al sistema sanitario militar borbónico durante la guerra de Sucesión española», *Cuadernos de Historia Moderna*, 39 (2014), p. 235; Cases, Adrià, *Guerra i quotidianitat militar a la Catalunya del canvi dinàstic (1705-1714)*, Barcelona, Fundació Noguera, 2015.

⁵ Muñoz Corbalán, Juan M., *Jorge Próspero Verboom. Ingeniero militar flamenco de la monarquía hispánica*, Madrid, Fundación Juanelo Turriano, 2015, pp. 84-141.

⁶ Massons, Josep M., «Els hospitals militars de Barcelona», *Gimbernat*, 9 (1988), p. 227; Fargues, Isabel y Tey, Roser, «L'atenció als militars a l'Hospital de la Santa Creu. Segle XVIII», *Barcelona Quaderns d'Història*, 7 (2002), pp. 249-263.

⁷ *Colección general de Ordenanzas Militares*, vol. VI, Madrid, Antonio Marín, 1765, pp. 753-792; León Tello, Francisco y Sanz Sanz, M.^a Virginia, *Estética y teoría de la arquitectura en los tratados españoles del siglo XVIII*, Madrid, CSIC, 1994, pp. 1042-1043.

⁸ Parrilla, Miguel, «Un hospital militar en 1716», *Medicina e Historia*, 15 (1972), pp. 7-26; Muñoz Corbalán, Juan M., *Jorge Próspero Verboom... op. cit.*, p. 114.

construcción de planta cruciforme, capacitada con 2.000 camas, que seguía como modelo el *Ospedale Maggiore* de Milán (1456), entre otros.⁹ No es de extrañar que una de las tipologías más recurrentes en el diseño de hospitales de nueva planta fuera la cruciforme. Se trataba de un modelo empleado en hospitales civiles españoles desde el siglo XVI, como en el Hospital Real de Santiago de Compostela (1501-1511),¹⁰ y su distribución favorecía la iluminación natural y la distribución de pacientes por enfermedades. Sin embargo, la disposición de sus pisos en altura disminuía la ventilación y condicionaba la salubridad del edificio.

Con todo, estos dos hospitales no llegaron a construirse debido a la envergadura y al coste de dichas empresas.¹¹ Ello conllevó el establecimiento de hospitales militares provisionales en espacios culturales de Barcelona, como el *Col·legi de St. Bonaventura* (1714-1720; 1793-1795) y el de *Cordelles* (1794),¹² ya que la relación tipológica entre el alojamiento de los religiosos y los edificios hospitalarios favoreció la acogida y asistencia de las tropas durante las contiendas.

EL PAPEL DE LA REAL ACADEMIA DE BELLAS ARTES DE SAN FERNANDO

Con la fundación de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando en 1752 y de su Comisión de Arquitectura en 1786, el planteamiento formal de los edificios proyectados en España evolucionó a la par que esta institución renovaba el concepto y la estética de las obras públicas.¹³

Para la proyección hospitalaria, la Academia decidió seguir las pautas de la *Académie Royale des Sciences*, institución responsable de la proyección del hospital que debía remplazar el *Hôtel-Dieu* de París, destruido en un incendio el 1772. Las propuestas francesas representaron un cambio sustancial para el diseño hospitala-

⁹ Archivo General de Simancas (AGS), Secretaría de Guerra, Legajos, 03323, *Proyecto de Hospital Real para Barcelona*, 1766; AGS, Mapas, Planos y Dibujos, 09/10, 11 y 12, publicados por: Riera, Juan, *Planos de hospitales españoles...*, *op. cit.*, pp. 27-31.

¹⁰ Suárez Quevedo, Diego, «La sombra del Quattrocento en las postrimerías del siglo XV hispano», *Anales de Historia del Arte*, 22, n.º especial (2012), p. 202.

¹¹ Campos, M.^a Soledad, «Sanidad militar en la edad moderna», *Revista Aequitas*, 2 (2012), p. 243.

¹² Biblioteca Nacional de Catalunya (BNC), Arxiu Històric (AH), 193 y 331, *Documentació sobre l'entrada de soldats malalts a l'Hospital*, 1750-1802, s.p.

¹³ Bonet Correa, Antonio, «Arquitectura y arquitectos en la Real Academia», en *Obras maestras de la Real Academia de San Fernando*, Madrid, La Academia, 1994, p. 49.

rio, debido a la participación conjunta de médicos y arquitectos para concebir un edificio que fuera un instrumento de cura en sí mismo, impidiendo el contagio y garantizando la comodidad y funcionalidad de su estructura.¹⁴

Por consiguiente, los proyectos presentados por arquitectos y científicos como Antoine Petit (1774), Bernard Poyet (1785) e Iberti (1788)¹⁵ abandonaron el uso de la planta cruciforme para adoptar nuevos patrones que, aunque innovadores, seguían sirviéndose de un solo edificio para acoger numerosos pacientes, suscitando problemas de ventilación.¹⁶ Por el contrario, la propuesta del científico Jean-Baptiste Le Roy (1773) consistía en el diseño de un hospital formado por 22 pabellones de dos pisos dispuestos en paralelo y flanqueando un jardín central.¹⁷

Una vez examinados los proyectos, la *Académie* optó por el modelo de Le Roy, disponiendo que el arquitecto del rey, Bernard Poyet, lo revisara. En 1787 Poyet presentó el nuevo proyecto para 1.200 camas,¹⁸ aunque este no se llegó a construir.

En el caso español, la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando pudo dar a conocer estos proyectos a través de los tratados de teóricos autóctonos como el matemático Benito Bails (1783), que elogiaba el proyecto radial de Petit;¹⁹ el arquitecto Francisco Valzania (1792), que defendía la tipología de pabellones para asegurar la salubridad de estos recintos;²⁰ y, por último, el escritor Valentín de Foronda (1793) que tradujo los informes realizados por la *Académie*, Poyet y Le Roy en torno a lo que debía ofrecer la arquitectura hospitalaria moderna.²¹ De esta forma, el uso de pabellones fue difundido y desarrollado en los exámenes de los aspirantes al grado de arquitecto y en los discursos de los arquitectos que optaban al título de académico de mérito.²²

¹⁴ Sobre este aspecto, véase: Foucault, Michel, *et al.*, *Les machines à guérir*, *op. cit.*, pp. 51-58 y 69-78; Steadman, Philip, *Building types and built forms*, Leicestershire, Matador, 2014, p. 65; Cherchi, Pier F., *Typological shift*, Siracusa, LetteraVentidue, 2016, pp. 44-45.

¹⁵ Foucault, Michel, *et al.*, *ibidem*, pp. 103-126.

¹⁶ Laget, Pierre-L., *L'hôpital en France...*, *op. cit.*, pp. 103-107.

¹⁷ Vidler, Anthony, *El espacio de la Ilustración*, Madrid, Alianza Editorial, 1997, p. 94-98, figs. 54-55.

¹⁸ Vidler, Anthony, *ibidem*, fig. 61.

¹⁹ Bails, Benito, «De arquitectura civil», *Elementos de matemática*, vol. IX, Madrid, Joaquín Ibarra, 1783, pp. 854-866.

²⁰ Valzania, Francisco A., *Instituciones de arquitectura*, Madrid, Sancha, 1792, p. 64.

²¹ Foronda, Valentín de, *Memorias leídas en la Real Academia de las Ciencias de París sobre la edificación de hospitales*, Madrid, Manuel González, 1793.

²² Archivo de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (ARABASF), Comisión de arquitectura, Arquitectos, 1803-1805, sig. 4-68-1; Pruebas de acceso, 1814, sig. 3-310-13;

Por lo que respecta a la estética hospitalaria, cabe destacar que los tratadistas no consideraron este aspecto como un elemento esencial. Como ya advertía Diderot, un hospital es un edificio donde la arquitectura debe subordinar el arte al punto de vista médico,²³ por lo que se eludían elementos que conllevaban el ornato y la suntuosidad de estos edificios. Para los teóricos ilustrados, la belleza no proporcionaba el bienestar al paciente, ya que los valores estéticos eran considerados inútiles desde un criterio funcional.²⁴ Pero a pesar de que los tratadistas vincularan lo estético al adorno, podemos señalar que la simetría, sencillez y proporción de la arquitectura defendida por estos autores,²⁵ conllevaba la armonía y el equilibrio del conjunto, aspectos que definían el concepto de la belleza de la arquitectura según Vitruvio.²⁶

EL PROYECTO DE HOSPITAL MILITAR PARA BARCELONA DE 1803

Uno de los proyectos hospitalarios más relevantes diseñado a instancias de la Academia fue el del hospital militar de Barcelona (1803),²⁷ ya que se trata de una propuesta ejemplar para conocer los principios que regían el diseño y la modernización de la tipología hospitalaria en España.

Su proyección se autorizó después de la visita de los reyes Carlos IV y María Luisa de Parma a Barcelona el 1802, cuando el intendente de Cataluña, Blas de

Para el periodo de 1814 a 1875 véase: Santamaría, Rosario, *La tipología hospitalaria española en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (1814-1875)*, Madrid, Tesis doctoral, UNED, 2000, vol. 1, pp.15-16; 106-107; 115-116.

²³ Diderot, Denis, *Encyclopédie ou Dictionnaire raisonné des sciences, des arts et des métiers*, t. VIII, Neufchastel, Samuel Faulche, 1765, p. 294.

²⁴ Bails consideraba que en la proyección de hospitales «es donde puede el Arquitecto desentenderse de la hermosura, porque todo debe posponerse a la salubridad»; y añadía que «el destino principal de un hospital no es hermosear un pueblo grande. La fábrica de un hospital solo debe encargarse a quien está muy enterado del valor de los hombres», Bails, Benito, «De arquitectura civil», *op. cit.*, p. 854.

²⁵ Valzania defendía que el objetivo del hospital «da a conocer bien claramente quan fuera de propósito sería una decoración engalanada, debiendo ser seria y al mismo tiempo sencilla», Valzania, Francisco A., *Instituciones de arquitectura*, *op. cit.*, pp. 65-66.

²⁶ Tatarkiewicz, Wladyslaw, *Historia de la estética III*, Madrid, Akal, 2014, pp. 52-53.

²⁷ ARABASE, Comisión de arquitectura, Hospitales y hospicios, sig. 2-29-5, *Hospital Militar de Barcelona*, 1803, s.p.

Aranza,²⁸ les expuso la escasez de medios asistenciales que sufría el cuerpo militar en la ciudad.

El intendente, conocedor del papel de la Academia en la renovación formal de la edificación pública, encargó el diseño de un edificio distinguido y con capacidad para 4.000 pacientes, ubicado en el arrabal de Barcelona y próximo a la muralla de la ciudad; y en abril de 1803 la Junta Particular de la Academia acordó que su ejecución fuese comisionada al académico Guillermo Casanova (Madrid, 1756-1804), autor de un extenso repertorio de proyectos para la edificación de hospicios, cárceles, iglesias y ayuntamientos.²⁹

Para desempeñar este encargo, Casanova afirmó que partiría del tratado de Bails, las memorias presentadas en la *Académie* y los proyectos hospitalarios diseñados por otros arquitectos con anterioridad;³⁰ aunque para la Academia era primordial una colaboración entre arquitectos y facultativos para acometer el diseño bajo fundamentos artísticos y científicos. Por ello, antes de emprender la obra, cuestionaron la magnitud del edificio a construir, instando a la Comisión de Arquitectura y a la Junta Superior del Real Colegio de Cirugía de San Carlos que expidiesen un informe con las razones por las que la disminución de pacientes y la división del hospital en varios edificios sería más ventajosa.

Basándose en las memorias francesas, las comisiones propusieron que se edificase un conjunto para 720 pacientes, suma equivalente a la proporción de soldados a asistir en Barcelona en tiempo de paz; y que, en caso de guerra, se establecieran hospitales provisionales para evitar aglomeraciones. También concretaron que el conjunto hospitalario estaría formado por 6 pabellones de 120 camas, para distribuir los pacientes por enfermedades; y estarían rodeados por patios con arbustos y una galería, para que pudieran pasear o divisarlos desde los pabellones.

Por último, los comisionados también se preocuparon por la estética del recinto, ya que el intendente deseaba que el conjunto presentara una arquitectura «sin luxo ni profussion, pero arreglada, noble y sencilla». Asimismo, la Junta Superior del Colegio de Cirugía consideraba que un hábil arquitecto podía fácilmente otorgar elegancia a la edificación, habiendo asegurado primero la sa-

²⁸ En el terreno de la administración militar, la intendencia de Cataluña tenía jurisdicción sobre los hospitales militares, pudiendo llegar a ser directores de los mismos. Escartín, Eduard, *La intendencia de Cataluña en el siglo XVIII*, Barcelona, Santandreu editor, 1995, pp. 406-407.

²⁹ Sambricio, Carlos, *La arquitectura española...*, *op. cit.*, p. 316.

³⁰ Como el del arquitecto Pedro de Ugartemendía, realizado para la Academia en marzo de 1803. ARABASE, Comisión de arquitectura, Arquitectos, 1803-1805, sig. 4-68-1.

lubridad del conjunto. A partir de sus informes, podemos deducir que Casanova conferiría distinción al hospital partiendo de la simplicidad estructural, de los ritmos creados por la situación y proporción de sus módulos y de los sutiles contrastes de color y textura de los materiales de construcción, evitando el uso de elementos de adorno que aumentarían el coste de construcción.

De todas formas, el proyecto se detuvo en septiembre de 1803, cuando los recursos económicos no permitieron a la Real Hacienda la adquisición del solar para llevarlo a cabo, utilizando de nuevo los cenobios barceloneses como centros de asistencia militar.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los factores implicados en el diseño hospitalario en Barcelona, hemos observado que la consideración de la enfermedad como una contrariedad para el desarrollo del país forzó a las autoridades a reformar el planteamiento de estos espacios y evitar el contagio que tan alto coste suponía para la Real Hacienda. Por ello, los parámetros estéticos de estas construcciones quedaron supeditados al cumplimiento de las condiciones de funcionalidad, higiene y sencillez estructural.

Por otra parte, cabe destacar que, aunque la eficacia de un hospital estructurado en pabellones había sido férreamente defendida en el contexto académico, estos no fueron erigidos hasta sesenta años después,³¹ cuando se establecieron el *Hôpital Lariboisière* de París y el Hospital de La Princesa de Madrid; y por lo que respecta a Barcelona, no sería hasta principios del siglo XX cuando se construirían conjuntos como el *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, el *Hospital Clínic* o el *Hospital del Mar*, demostrando la dilación con que los avances sanitarios eran aplicados en materia arquitectónica.

De todas formas, el hecho de retrasar la construcción hasta finales del siglo XIX e inicios del siglo XX permitió que los posibles efectos terapéuticos de los

³¹ Sobre la aplicación práctica del modelo hospitalario de pabellones a principios del siglo XX *vid.* Capel, Horacio, «La fuerte presencia de los edificios y espacios públicos en la ciudad actual. Los equipamientos sanitarios», en *La morfología de las ciudades*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 2005, vol. II, pp. 372-376; y Castañer Muñoz, Esteban, «L'hôpital civil de Léon Baille à Perpignan», en *Perpignan, l'histoire de l'hôpital dans la ville (1116-2016)*, Perpignan, Ville de Perpignan, 2018, pp. 177-181.

elementos estéticos empleados en su construcción fueran considerados en el momento de diseñar los hospitales, tal y como demuestra el conjunto modernista del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, proyectado en Barcelona el 1902.

BIBLIOGRAFÍA

- BONET CORREA, Antonio, «Arquitectura y arquitectos en la Real Academia», en *Obras maestras de la Real Academia de San Fernando*, Madrid, La Academia, 1994, pp. 47-52.
- CAMPOS, M.^a Soledad, «Sanidad militar en la edad moderna», *Revista Aequitas*, 2 (2012), pp. 225-250.
- CAPEL, Horacio, «La fuerte presencia de los edificios y espacios públicos en la ciudad actual. Los equipamientos sanitarios», en *La morfología de las ciudades*, Barcelona, Ediciones del Serbal, 2005, vol. II, pp. 366-384.
- CASES, Adrià, «Aproximación al sistema sanitario militar borbónico durante la guerra de Sucesión española», *Cuadernos de Historia Moderna*, 39 (2014), pp. 233-252.
- CASES, Adrià, *Guerra i quotidianitat militar a la Catalunya del canvi dinàstic (1705-1714)*, Barcelona, Fundació Noguera, 2015.
- CASTAÑER MUÑOZ, Esteban, «L'hôpital civil de Léon Baille à Perpignan: continuité et renouveau du modèle pavillonnaire au début du XXe siècle», en *Perpignan, l'histoire de l'hôpital dans la ville (1116-2016) (Actes de la Journée d'Histoire. Perpignan, 18 novembre 2016)*. *Perpignan Archives-Histoire*. 12, Perpiñán, Ville de Perpignan, 2018, pp. 171-182.
- CHERCHI, Pier F., *Typological shift*, Siracusa, LetteraVentidue, 2016.
- ESCARTÍN, Eduard, *La intendencia de Cataluña en el siglo XVIII*, Barcelona, Santandreu editor, 1995.
- FARGUES, Isabel y TEY, Roser, «L'atenció als militars a l'Hospital de la Santa Creu. Segle XVIII», *Barcelona Quaderns d'Història*, 7 (2002), pp. 249-263.
- FERNÁNDEZ MÉRIDA, M.^a Dolores, «Aproximación a la historia de la arquitectura hospitalaria», *Cuadernos de Arte e Iconografía*, 29 (2006), pp. 58-87.
- FOUCAULT, Michel et al., *Les machines à guérir*, Bruselas, Pierre Mardaga, 1979.
- LAGET, Pierre-L., *L'hôpital en France. Histoire et architecture*, Lyon, Lieux Dits, 2012.
- LEÓN TELLO, FRANCISCO y SANZ SANZ, M.^a Virginia, *Estética y teoría de la arquitectura en los tratados españoles del siglo XVIII*, Madrid, CSIC, 1994.
- MASSONS, Josep M., «Els hospitals militars de Barcelona», *Gimbernat*, 9 (1988), pp. 225-236.
- MUÑOZ CORBALÁN, Juan M., *Jorge Próspero Verboom. Ingeniero militar flamenco de la monarquía hispánica*, Madrid, Fundación Juanelo Turriano, 2015.
- PARRILLA, Miguel, «Un hospital militar en 1716», *Medicina e Historia*, 15 (1972), pp. 7-26.
- RIERA, Juan, *Planos de hospitales españoles del siglo XVIII existentes en el Archivo General de Simancas*, Valladolid, Publicaciones de la Universidad de Valladolid, 1975.

- RISSE, Gunter, *Mending Bodies, Saving Souls*, Nueva York, Oxford University Press, 1999.
- SAMBRICIO, Carlos, *La arquitectura española de la Ilustración*, Madrid, Consejo Superior de los Colegios de Arquitectos de España, 1986.
- SANTAMARÍA, Rosario, *La tipología hospitalaria española en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (1814-1875)*, Madrid, UNED, 2000 (tesis doctoral).
- STEADMAN, Philip, *Building types and built forms*, Leicestershire, Matador, 2014.
- SUÁREZ QUEVEDO, Diego, «La sombra del Quattrocento en las postrimerías del siglo XV hispano», *Anales de Historia del Arte*, 22, n.º especial (2012), pp. 197-224.
- TATARKIEWICZ, Wladyslaw, *Historia de la estética III*, Madrid, Akal, 2004.
- THOMPSON, John y GOLDIN, Grace, *The Hospital: a social and architectural history*, Londres, Yale University Press, 1975.
- VIDLER, Anthony, *El espacio de la Ilustración*, Madrid, Alianza Editorial, 1997.

JOSÉ SAN GIL HEREDIA Y LA REORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL *SANCTI SPIRITUS* DE BORJA (ZARAGOZA) EN EL SIGLO XIX

ALBERTO AGUILERA HERNÁNDEZ

MANUEL GRACIA RIVAS

Centro de Estudios Borjanos

INTRODUCCIÓN

Las últimas voluntades de Gracia, mujer de Bernat de Soria, fechadas en Borja, el 1 de abril de 1252, ofrecen por el momento la primera referencia histórica al hospital *Sancti Spiritus* a través de su mención en una de las mandas testamentarias.¹ Este temprano testimonio, por lo tanto, convierte a la institución benéfica, que aún subsiste bajo la denominación de «Fundación Hospital *Sancti Spiritus* y Santuario de Misericordia de Borja», en una de las más antiguas de España, aunque ubicada en el que fuera convento de capuchinos desde 1869.² Asimismo, las constituciones que en 1369 dio el obispo turiasonense Pedro Pérez Calvillo (1354-1391) a la iglesia de Santa María de Borja mencionan al capellán del hospital,³ que junto con los de las iglesias de San Miguel y San Bar-

¹ Archivo de la Colegiata de Santa María de Borja (=ACSMB). Planoteca, doc. n.º 173.

² Ese año, la antigua sede del hospital fue destinada a escuela de niñas hasta que, al disponer de un edificio construido expresamente para ese fin, se vendió, acogiendo durante muchos años un taller de carpintería. Aunque a finales del siglo XX el edificio se encontraba en estado de abandono, a propuesta del Centro de Estudios Borjanos el M. I. Ayuntamiento de Borja lo adquirió con el propósito de rehabilitarlo para Museo de la Colegiata, que fue inaugurado tras las necesarias obras de restauración en mayo de 2003. Para un análisis más detallado de la trayectoria histórica del hospital dirigimos al lector a los trabajos de Gracia Rivas, Manuel, *El Museo de la Colegiata de Borja*, Borja, Centro de Estudios Borjanos, 2003 y Gracia Rivas, Manuel y Aguilera Hernández, Alberto, «Museos de arte religioso en Borja», *Artígrama*, 29 (2014), pp. 239-250.

³ Escribano Sánchez, José C. y Jiménez Aperte, Manuel, «Iglesias medievales en la comarca de Borja. I. Borja», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 7-8 (1981), p. 117. No es infrecuente que el hospital también figure citado en las fuentes como de «Santa María», titularidad de la colegiata a la que se encuentra anexo, o de «San Roque», bajo la cual estaba la capilla del

tolomé debía cumplir con todas las obligaciones inherentes al cargo y celebrar diariamente la misa del alba y la mayor.

Sin embargo, a pesar del atractivo que suponen tanto la antigüedad como la continuidad del hospital, tan apenas ha sido objeto de atención por parte de los historiadores, no al menos en todas las vertientes a las que se presta. En efecto, frente a la relativa proliferación de estudios que abordan cuestiones artísticas y arquitectónicas del edificio que actuó como su sede hasta 1869,⁴ aspectos como el de sus orígenes, funcionamiento, mantenimiento, fuentes de ingresos y gastos, instalaciones, instrumental, dotación o inserción adecuada en el entramado económico, social y religioso de la ciudad han sido muy poco trabajados, viniendo a suplir estas lagunas algunos estudios de síntesis.⁵ Afortunadamente, la celebración de este Simposio Internacional cubre una parte de los ámbitos indicados con dos comunicaciones centradas en los siglos XVI y XIX.⁶ La que a nosotros nos afecta propone contextualizar la importante reforma acometida en este centro asistencial a partir de 1849 por su director, José San Gil y Heredia (*1811-†1869), con objeto de resolver los problemas crónicos que le afectaban.⁷

centro asistencial. En cualquier caso, a nuestro juicio las tres denominaciones afectan a un único establecimiento y no a dos, en contra de lo afirmado por Villagrasa-Elías, Raúl, *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*, Zaragoza, Institución «Fernando el Católico», 2016, pp. 106-107 y 110.

⁴ Lomba Serrano, Concha, *Borja: arquitectura civil (siglos XVI y XVII)*, Borja, Centro de Estudios Borjanos, 1982, pp. 39-43; Bressel Echeverría, Carlos, Lomba Serrano, Concha y Marco Fraile, Ricardo, *Borja. Arquitectura y evolución urbana*, Zaragoza, Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 1988, pp. 124-125.

⁵ Para los siglos medievales destaca la visión que facilita Villagrasa-Elías, Raúl, *La red de hospitales...*, *op. cit.*, pp. 71-72; 102-110, para el hospital *Sancti Spiritus*, la leprosería de San Lázaro y uno de los pocos hospitales de moros documentados hasta la fecha en Aragón. Otro caso de hospital mudéjar fue el de Fraga: Villagrasa-Elías, Raúl, «Entre quatre rius. Hospitals al Baix Cinca y el Baix Segre a la Baixa Edat Mitjana», en *Tres estudis històrics sobre el Baix Cinca i el Baix Segre*, Fraga, IEBC, 2016, pp. 34-40. Por su parte, para la Edad Moderna es de interés el trabajo de Gracia Rivas, Manuel, «La asistencia sanitaria en un municipio rural (Borja, Zaragoza), durante los siglos XVII y XVIII», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 37-40 (1997-1998), pp. 159-251.

⁶ Véase en este mismo volumen la aportación de Villanueva Morte, Concepción y Villagrasa-Elías, Raúl, «El hospital *Sancti Spiritus* de Borja y su contabilidad a principios del siglo XVI».

⁷ En la investigación ha resultado fundamental la documentación del Archivo de la Casa de San Gil de Borja (=ACSGB), recientemente catalogado por el Centro de Estudios Borjanos, a cuyos propietarios agradecemos las facilidades dadas en la consulta.

LA REFORMA DEL HOSPITAL *SANCTI SPIRITUS* POR JOSÉ SAN GIL
Y HEREDIA

A propuesta de la Junta Municipal de Beneficencia, el 14 de febrero de 1845 el Ayuntamiento de Borja tomó el acuerdo de nombrar director del hospital *Sancti Spiritus* a José San Gil y Heredia, miembro de una de las familias más ilustres de la ciudad y de la Real Maestranza de Caballería de Zaragoza.⁸ Nacido en Borja el 28 de diciembre de 1811, durante la Primera Guerra Carlista (1833-1840) comandó las fuerzas de milicianos alistadas que tenían como objetivo obstaculizar en Sos del Rey Católico (Zaragoza) el paso a las partidas carlistas que trataban de infiltrarse en Aragón. Más tarde, en marzo de 1831, fue elegido diputado a Cortes por el distrito de La Almunia, al que pertenecían todos los municipios de la provincia en aquellos momentos, desempeñando, además, los cargos de regidor de Borja y alcalde de la misma, este último entre el 1 de enero de 1843 y el 31 de marzo de 1844.⁹ Era, por lo tanto, un hombre de gran experiencia y de notable influencia a pesar de su juventud, como lo demuestra el hecho de que formara parte de la Junta de Salvación del monasterio de Veruela (Zaragoza), creada para impedir la demolición de este importante monumento y la utilización de sus restos como material de construcción como preveía la subasta de sus dependencias, poco después de la Desamortización de Mendizábal.¹⁰

La fecha de su dimisión definitiva al frente de la dirección del hospital fue el 25 de enero de 1859,¹¹ por lo que durante casi catorce años llevó a cabo una ingente labor de reorganización del mismo. No obstante, aunque estuvo en posesión del cargo desde 1845, la mayor parte de las fuentes conservadas en su archivo familiar son posteriores a 1849, y de hecho existe constancia de un se-

⁸ ACSGB. Papeles sueltos, caja 35, doc. 20.1.

⁹ Gracia Rivas, Manuel, *Diccionario biográfico de personas relacionadas con los veinticuatro municipios del antiguo Partido Judicial de Borja*, Borja, Centro de Estudios Borjanos, 2005, vol. II, p. 918.

¹⁰ Pérez Giménez, Manuel R., «La salvación de Veruela tras la Desamortización», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 45 (2002), pp. 27-47.

¹¹ José San Gil justificó su dimisión en el hecho de que ya no era vecino de la ciudad, pero en realidad vino motivada por las discrepancias habidas con el Ayuntamiento a lo largo de los años en la gestión y administración del hospital y que le habían conducido a dimitir en otras ocasiones. ACSGB. Papeles sueltos, caja 24, doc. 10.3. La corporación municipal aceptó la renuncia el 1 de febrero de 1859.

gundo nombramiento como director expedido el 17 de abril de 1849,¹² cuando fue promulgada la Ley General de Beneficencia¹³ que declaraba públicos aquellos establecimientos de beneficencia salvo los que, cumpliendo el objeto de su fundación, «se costeen exclusivamente con fondos propios, donados o legados por particulares». De ahí que su primera medida en esta segunda etapa fuera la realización de un inventario de todas las propiedades rústicas y urbanas del hospital,¹⁴ indicando tanto las rentas correspondientes al valor catastral como las abonadas realmente por los arrendatarios. De acuerdo con este inventario, el hospital poseía un total de 73 fincas rústicas y 17 urbanas, incluido el inmueble de la sede, en el que se alquilaba un espacio como granero¹⁵ (fig. 1).

FINCAS RÚSTICAS	N.º TOTAL	FINCAS URBANAS	N.º TOTAL
Olivar / empeltrar	12	Casa	13
Viña	5	Corral	1
Landa	2	Molino harinero	1
Huerto	1	Molino de aceite	1
Albar	2	Edificio sede del hospital	1
Albar (de secano)	3		
Era de trillar	1		
Pieza de tierra blanca	47		
Total	73	Total	17

Fig. 1. Propiedades del hospital *Sancti Spiritus* de Borja en 1849 (elaboración propia).

¹² ACSGB. *Hospital Sancti Spiritus de la ciudad de Borja. Estado de los suministros, alta y baja de entradas y salidas y otros apuntes relativos al establecimiento. Junio de 1849*, caja 33, doc. 1. En realidad, el Ayuntamiento le notificó este segundo nombramiento el 10 de abril de 1849. ACSGB. *Cosas del hospital*, caja 28, doc. 17.

¹³ Ley General de Beneficencia de 20 de junio de 1849. *Gazeta de Madrid* nº 5398, de 24 de junio. www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1849/5398/A00001-00002.pdf (Fecha de consulta: 02/04/2017). Existe una copia impresa de la misma en ACSGB. *Papeles sueltos*, caja 23, doc. 9.

¹⁴ ACSGB. 1849. *Casal del Hospital Sancti Spiritus de Borja*, caja 28, doc. 15.

¹⁵ La procedencia de estos bienes, que representan unas 627 hanegas (alrededor de 45 ha), pudo ser el legado testamentario de D.^a María de Aguilar y Alaviano, por más que algunas fuentes hayan señalado que las propiedades que lo constituían fueron vendidas tras la Desamortización de Mendizábal. Avala esta hipótesis el que entre las fincas urbanas aparezcan con seguridad las que habían pertenecido a esta benefactora.

El total de las rentas percibidas por el alquiler de estos bienes y los censales cargados a favor del hospital ascendía a la suma de 1303 escudos anuales de acuerdo con el teórico valor catastral, aunque en realidad se contabilizaban 1200 escudos efectivos, a pesar de que la práctica totalidad de los olivares y viñas no estaban arrendados.¹⁶

En 1849 José San Gil también elaboró un reglamento interno en cumplimiento de lo dispuesto en la citada Ley de Beneficencia. Aprobado el 2 de agosto de ese mismo año por D. José Rafael Guerra como jefe político de la provincia, fue editado en Zaragoza al año siguiente¹⁷ y reimpresso, al menos, en dos ocasiones.¹⁸ El artículo 1.º define al hospital como «un establecimiento de beneficencia destinado a proporcionar a los enfermos indigentes los recursos necesarios para curarse o hacer más tolerables sus males», y en él eran acogidos únicamente los vecinos pobres cuyos gastos corrían por cuenta del propio hospital. También eran atendidos los soldados de guarnición en la localidad y, en el caso de los forasteros, solo se admitían a los que por su gravedad podían arriesgar su vida en el caso de continuar su camino.

Pero uno de los datos más importantes que aportan los estatutos es el de la descripción de las instalaciones, compuestas por cuatro salas: dos para hombres en la primera planta y otras dos para mujeres en la segunda.¹⁹ En ambos casos, las exteriores se reservaban para «los enfermos de males contagiosos» y en las interiores se hospitalizaban los que padecían afecciones ordinarias. Asimismo, en otro de los artículos se contempla su equipamiento: cada una de las estancias, con capacidad para 12 enfermos, estaba dotada de camas con «dos banquillos de hierro, de tres o cuatro tablas, un jergón, un colchón y un cabezal; de dos sábanas y una o dos mantas de lana, según sea la estación o la necesidad. Entre una y otra cama habrá un aparador y para cada dos o tres camas un sillico con

¹⁶ Aunque las rentas abonadas por las fincas rústicas eran menores que las teóricas, no ocurría lo mismo con las urbanas, en las que las cantidades eran sensiblemente superiores.

¹⁷ *Reglamento para el régimen y administración interior del Hospital Santi-Spiritus de la Ciudad de Borja, redactado por el Señor D. José S. Gil y Heredia, su Director, y aprobado por el M. I. Sr. D. José Rafael Guerra, Gefe Superior Político de la Provincia, Zaragoza, Imprenta y Librería de Roque Gallifa, 1850.* Sin embargo, en la portada figura el año 1849.

¹⁸ Existen varios ejemplares manuscritos de proyectos de reglamentos que fueron muy debatidos, pues el Ayuntamiento no estaba conforme con la reducción de sus competencias planteada por José San Gil. ACSGB. Papeles sueltos, caja 24, doc. 11; caja 28, doc. 13 y doc. 17.

¹⁹ *Reglamento...*, *op. cit.*, art. 5.

unas cortinas alrededor».²⁰ También existía otra habitación para la atención a presos enfermos²¹ que eran colocados «bajo llave»,²² además de para los «enfermos sospechosos de demencia, en tanto que esa sospecha se disipe»,²³ pues de confirmarse eran remitidos al Hospital General de Ntra. Sra. de Gracia de Zaragoza. Por otro lado, los estatutos también regularon la alimentación de los ingresados elaborada en el propio recinto, fijando la ración ordinaria, la media dieta, la dieta animal y la vegetal,²⁴ cuya administración dependía de la prescripción de los facultativos²⁵ que pasaban visita y que eran los de la ciudad.²⁶

El personal no facultativo estaba integrado por un enfermero u hospitalero²⁷ que, con una sirvienta,²⁸ eran los encargados de la atención directa a los enfermos; un capellán²⁹ para la atención espiritual, entre cuyas funciones estaba la de excitar a los enfermos a «honrar la memoria de D.^a María Aguilar de Portocarrero» que, como bienhechora del hospital, contaba con un retrato suyo colocado en sitio preferente; así como un mayordomo,³⁰ a cuyo cargo corría la administración. Todos ellos estaban supervisados por el patrono-director³¹ elegido por el Ayuntamiento «en representación de su derecho inmemorial de patronato», aunque bajo el control de la propia corporación municipal y de la Junta Municipal de Beneficencia. Es interesante señalar que el centro hospitalario también atendía a niños expósitos o abandonados, encargándose de buscar nodrizas que los alimentaran antes de enviarlos a la «casa más próxima de maternidad por los tránsitos acostumbrados», no sin antes administrarles el sacramento del bautismo.³² Finalmente, y de acuerdo con lo regulado en la Ley General de Beneficencia, estaba previsto, aunque «con ciertas limitaciones», facilitar socorros o limosnas exteriores e incluso

²⁰ *Ibidem*, art. 8.

²¹ *Ibidem*, art. 34.

²² *Ibidem*, art. 35.

²³ *Ibidem*, art. 37.

²⁴ *Ibidem*, arts. 9, 10-13.

²⁵ *Ibidem*, arts. 27-29.

²⁶ *Ibidem*, art. 21.

²⁷ *Ibidem*, arts. 31-32.

²⁸ *Ibidem*, art. 33.

²⁹ *Ibidem*, art. 30.

³⁰ *Ibidem*, arts. 25-26.

³¹ *Ibidem*, arts. 22-24.

³² *Ibidem*, arts. 39-40, pp.

auxilios para tomar «baños minerales» cuyo importe se hacía constar en el presupuesto general del establecimiento.³³

Junto con este reglamento, José San Gil también mandó editar una serie de impresos.³⁴ Uno de los más interesantes es el de las raciones alimenticias,³⁵ en el que destaca el chocolate que se daba al capellán o las naranjas y limones incluidos en la ración, dato significativo en la época. El vinagre, en cambio, se usaba para la limpieza, y también se contemplaba una dotación de emplastos y sanguijuelas como remedios terapéuticos. Un segundo impreso servía para controlar las cantidades que pagaba el mayordomo de acuerdo con las cuentas presentadas por los suministradores y a lo establecido en el presupuesto.

Asimismo, entre la documentación consultada figuran estadillos con el movimiento de altas y bajas de diferentes años, así como de los gastos ocasionados por el mantenimiento del hospital.³⁶ De todos ellos hemos seleccionado uno de los informes más detallados, correspondiente a 1850 (fig. 2).³⁷ Entre los enfermos atendidos 10 fueron forasteros, 3 presos y 9 ingresaron a causa de heridas violentas. El total de estancias ocasionadas por los mismos fue de 4657, lo que supuso un gasto total de 8218 reales, a los que hubo que sumar los 958 reales devengados por pensiones domiciliarias, 510 reales empleados para facilitar lactancia a niños y 240 reales facilitados como ayuda para baños, lo que representó un gasto anual de 9926 reales, unos 827 escudos, cantidad inferior a la contabilizada como ingresos que, como hemos señalado, ascendía a unos 1200 escudos.

Las diferencias entre José San Gil y el Ayuntamiento lo llevaron a dimitir de nuevo el 25 de abril de 1850³⁸ aunque, si bien es cierto, por poco tiempo. En este tercer periodo como director del centro consolidó el rafe y tejado del hospital,³⁹ blanqueó todo el edificio, amplió el número de camas⁴⁰ y, sobre todo,

³³ *Ibidem*, arts. 42-48.

³⁴ Se conservan distintos ejemplares en el archivo del Centro de Estudios Borjanos, así como en el de la familia San Gil.

³⁵ Como en el caso anterior, el ejemplar consultado se conserva en el archivo del Centro de Estudios Borjanos.

³⁶ ACSGB. Papeles sueltos, caja 33, nº 1, 2, y 23.

³⁷ El movimiento de enfermos en años posteriores fue similar.

³⁸ ACSGB. Papeles sueltos, caja 24, doc. 10

³⁹ Las obras, presupuestadas el 8 de octubre de 1850, estuvieron a cargo del alarife Bartolomé Castellot y del carpintero Joaquín Foncillas. ACSGB. Papeles sueltos, caja 28, doc. 17.

⁴⁰ El ayuntamiento aceptó la materialización de ambas mejoras el 31 de agosto de 1854. ACSGB. Papeles sueltos, caja 28, doc. 18/2.

centró sus esfuerzos en reparar el teatro de la ciudad y expropiar los palcos a los particulares con objeto de optimizar al máximo los beneficios económicos que rentaban a la institución benéfica.⁴¹ Nuevos desacuerdos con el Ayuntamiento, y el incumplimiento continuo de los estatutos por él redactados le llevaron a renunciar a su cargo el 25 de enero de 1859 esta vez con carácter definitivo.

MES	ENTRADAS		SALIDAS		FALLECIDOS	
	H	M	H	M	H	M
Enero	-	3	1	1	-	1
Febrero	2	3	1	3	1	-
Marzo	3	2	2	3	-	-
Abril	3	1	4	2	-	1
Mayo	-	3	3	2	1	1
Junio	5	7	3	5	1	-
Julio	6	4	4	4	-	-
Agosto	3	4	3	3	-	1
Septiembre	8	2	4	1	1	2
Octubre	3	5	2	1	1	-
Noviembre	8	5	4	2	2	1
Diciembre	2	4	3	8	3	2
Total	43	43	34	35	10	9

Fig. 2. Movimiento mensual de altas, bajas y fallecimientos en el hospital *Sancti Spiritus* de Borja en 1850 (elaboración propia).

⁴¹ La documentación sobre estas actuaciones es extensa. ACSGB. *Papeles sueltos*, caja 24, doc. 9; caja 28, doc. 12/1; caja 24, doc. 10/6. Este último documento es un presupuesto de las reparaciones necesarias en el edificio realizado el 7 de septiembre de 1758 por el maestro Francisco Suria. Los intentos por recaudar cantidades para el sostenimiento del hospital por otros medios fueron muy frecuentes a lo largo de la historia, y uno de ellos la construcción de una casa de comedias y otra de juego público según se acordó el 22 de septiembre de 1697. Gracia Rivas, Manuel, «La asistencia sanitaria», *op cit.*, p. 233.

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto, podemos concluir que José San Gil Heredia, a lo largo de los casi catorce años en los que se hizo cargo de la dirección del hospital, lideró y protagonizó la modernización de sus instalaciones y de la atención social y médica dispensada en este centro, aunque siempre en el marco de la regulación de la beneficencia municipal que contenía la Ley General de Beneficencia de 1849 y el Reglamento General de 1852 que, no olvidemos, supuso una mayor centralización y estatalización de la asistencia sanitaria, ello sin contar con que el hospital de Borja pasaba a tener la consideración de establecimiento particular y no público, por disponer de fondos propios, donados y legados. Por esta razón, una de las primeras medidas que adoptó fue la redacción de un nuevo reglamento para el centro y actualizar el inventario de sus propiedades muebles e inmuebles con el objetivo de optimizar al máximo los recursos económicos disponibles, de manera que pudiera continuar desempeñando la función social que, en beneficio de las clases más desfavorecidas de la ciudad, había dado origen a su creación en la Alta Edad Media.

BIBLIOGRAFÍA

- BRESSEL ECHEVERRÍA, Carlos, LOMBA SERRANO, Concha y MARCO FRAILE, Ricardo, *Borja. Arquitectura y evolución urbana*, Zaragoza, Colegio Oficial de Arquitectos de Aragón, 1988.
- ESCRIBANO SÁNCHEZ, José C. y JIMÉNEZ APERTE, Manuel, «Iglesias medievales en la comarca de Borja. I. Borja», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 7-8 (1981), pp. 109-232.
- GRACIA RIVAS, Manuel y AGUILERA HERNÁNDEZ, Alberto. «Museos de arte religioso en Borja», *Artigrama*, 29 (2014), pp. 239-250.
- GRACIA RIVAS, Manuel, «La asistencia sanitaria en un municipio rural (Borja, Zaragoza), durante los siglos XVII y XVIII», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 37-40 (1997-1998), pp. 159-251.
- , *El Museo de la Colegiata de Borja*, Borja, Centro de Estudios Borjanos, 2003.
- , *Diccionario biográfico de personas relacionadas con los veinticuatro municipios del antiguo Partido Judicial de Borja*, Borja, Centro de Estudios Borjanos, 2005, vol. II.
- LOMBA SERRANO, Concha, *Borja: arquitectura civil (siglos XVI y XVII)*, Borja, Centro de Estudios Borjanos, 1982.
- PÉREZ GIMÉNEZ, Manuel R., «La salvación de Veruela tras la Desamortización», *Cuadernos de Estudios Borjanos*, 45 (2002), pp. 27-47.

.....

Reglamento para el régimen y administración interior del Hospital Santi-Spiritus de la Ciudad de Borja, redactado por el Señor D. José S. Gil y Heredia, su Director, y aprobado por el M. I. Sr. D. José Rafael Guerra, Gefe Superior Político de la Provincia, Zaragoza, Imprenta y Librería de Roque Gallifa, 1850.

VILLAGRASA-ELÍAS, Raúl, *La red de hospitales en el Aragón medieval (ss. XII-XV)*, Zaragoza, Institución «Fernando el Católico», 2016.

—, «Entre quatre rius. Hospitals al Baix Cinca y el Baix Segre a la Baixa Edat Mitjana», en *Tres estudis històrics sobre el Baix Cinca i el Baix Segre*, Fraga, IEBC, 2016, pp. 34-40

LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LOS HOSPITALES ARAGONESES DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN EN LOS AÑOS SETENTA

YOLANDA MARTÍNEZ SANTOS
Hospital General de la Defensa de Zaragoza

INTRODUCCIÓN

Los cambios producidos en las políticas sanitarias y de protección social en las diferentes y convulsas épocas del siglo XX español, motivaron las circunstancias socio-políticas que fueron trascendentales para la construcción y apertura de los grandes centros hospitalarios. A la vez, el desarrollo de la profesión enfermera estuvo muy ligado al proceso de formalización de los mecanismos de poder y órganos de gestión administrativa del Estado.¹

Esta comunicación pretende realizar una descripción de las condiciones en la que se formalizaron los cuidados en los Hospitales Aragoneses del Instituto Nacional de Previsión (INP) con escuelas femeninas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS).

METODOLOGÍA

Para hacer esta reconstrucción histórica, las fuentes utilizadas han sido: el Documento publicado por el Ministerio de Trabajo en 1953 «Plan de Infraestructuras del Seguro»,² con el plan ya en marcha; así como los documentos archivísticos (fundamentalmente fichas y documentos de las escuelas) de la Facultad Medicina y de la Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza. Han sido de gran importan-

¹ Blázquez Ornat, Isabel, *La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2015 (tesis doctoral).

² Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1953.

cia otras fuentes bibliográficas como tesis publicadas, que junto con los relatos orales de estudiantes y monitoras de las escuelas analizadas, nos mostrarán como se llevaron a cabo los cuidados en los hospitales de la comunidad aragonesa.

RESULTADOS

La transformación de la asistencia sanitaria en España, y por ende en Aragón, como se ha comentado, ha ido ligada al desarrollo de las políticas sanitarias que se fueron implementando durante el siglo XX en nuestro país. El primer gran logro se constituyó en 1908 con la creación del INP, que con el paso de los años se convirtió en el motor más potente para la consecución de un sistema de previsión social completo y unificado. Eje vertebrador indispensable del incremento de los seguros sociales.³ Con ello se adoptaron los esquemas para el futuro desarrollo del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), que en 1918 consiguió que la asistencia sanitaria entrara a formar parte de la citada protección con el Real Decreto de 1919 de aseguramiento del paro forzoso.⁴ Con él, se aseguraba la cobertura sanitaria en caso de enfermedad común y confiaba su provisión a la iniciativa privada. Sin embargo continuaba un gran vacío en el campo de la asistencia, que percibía los crecientes accidentes de trabajo como un grave problema de salud pública. Esto provocó que se promulgaran leyes para diseñar un nuevo modelo de previsión social que ya se estaba desarrollando en otros países europeos, y que tuvo su origen en la Alemania de 1884.⁵⁻⁶

El desarrollo de políticas de salud de principios de siglo, como las Leyes de protección a la Infancia o la Maternidad, se vehiculizaron a través del INP. Pero fue en 1942 al publicarse el SOE, cuando se consiguió el verdadero avance en

³ Doval Martínez, Rocío I., «Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de la Seguridad Social», en *Legislación histórica de previsión social*, Editorial Aranzadi, 2009, pp. 413-425.

⁴ Real decreto estableciendo el seguro de paro forzoso. Gaceta de Madrid, nº78; (19/03/1919): 1049-1050.

⁵ Pons Pons, Jerònia y Silvestre Rodríguez, Javier, «El seguro de accidentes del trabajo, 1900-1935», en *XVI Encuentro de Economía Pública*, Granada, 2009, p. 3.

⁶ Martínez Santos, Yolanda, *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2017 (tesis doctoral), pp. 52-53.

la protección social y sanitaria española.⁷ La grave crisis sanitaria de la posguerra alarmó a las autoridades franquistas, por dos motivos básicos. Por un lado la situación de calamidad podría poner en peligro la salud pública del país. Por otro, la crisis sanitaria podría amenazar la deseada paz social como proceso de captación de masas. Por lo que, la maquinaria promocional del régimen se afanaba por identificar cualquier mejora social. Dentro de este contexto, la dictadura utilizó el SOE para legitimar el poder del nuevo Estado y servir de altavoz propagandístico de su preocupación social.⁸ A través del Seguro de Enfermedad los trabajadores y sus familias tuvieron acceso a los hospitales públicos bajo el amparo de esta nueva cobertura sanitaria estatal.

En 1944, con la publicación de la Ley Bases de la Sanidad Nacional, se fijaron las reglas generales de concierto y financiación a través del INP y las entidades privadas. No obstante la puesta en marcha del SOE puso de manifiesto graves obstáculos como las elevadas exigencias financieras del proyecto,⁹ al igual que la carencia de infraestructuras y de personal sanitario necesario para prestar la asistencia ofrecida por estos nuevos seguros. Servicio que se venía prestando por los hospitales de Beneficencia y la sanidad privada, a toda vista insuficiente. Por lo que en 1945 se publicó en la Gaceta oficial,¹⁰ un ambicioso proyecto estatal: el Plan de Infraestructuras del Seguro; modificado en 1947,¹¹ por el que se construirían grandes hospitales y ambulatorios públicos por toda la geografía española, que tuvieron su máximo exponente en la década de los sesenta y setenta, impulsados por la expansión del mercado europeo, que en España registró un crecimiento económico sostenido a partir del Plan de Estabilización de 1959.¹²

En 1963 se modernizó la Ley de Bases de la Seguridad Social. El objetivo de esta ley fue la implantación de un modelo unitario e integrado de protección

⁷ Redondo Rincón, M.^a G., *El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo*, Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 2013 (tesis doctoral).

⁸ Pons Pons, Jerònia y Vilar Rodríguez, Margarita, *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza, 2014, pp. 105-107.

⁹ *Ibidem*, pp. 112-119.

¹⁰ BOE de 15 de enero de 1945; Instalaciones del Plan Nacional del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

¹¹ BOE n.º 13 de 13/01/1947.

¹² Pons Pons, Jerònia y Vilar Rodríguez, Margarita, *El seguro de salud privado y público en España...*, *op. cit.*, pp. 201-245.

social, con una base financiera de reparto entre la gestión pública y participación del Estado. De esta manera, un sistema sanitario concebido inicialmente de forma estratificada en tres niveles: beneficencia, asistencia privada y el SOE, se acabaría convirtiendo en un sistema mayoritariamente público en pocos años.¹³

La Reforma Sanitaria consideraba al Estado responsable de la salud de la población y elaboró entre otras infraestructuras, grandes Residencias Hospitalarias que captaron la mayoría de la financiación del proyecto. No obstante el paso de los años constató que el crecimiento del gasto sanitario no era suficiente para reducir la mortalidad. La existencia de un sistema sanitario eficaz hacía necesario invertir no solo en edificaciones si no también en capital humano, apostando por la formación de los profesionales sanitarios, estimulando la creación de escuelas de ATS y la promoción de sus estudiantes, cuyo número era muy reducido en España.¹⁴ Los centros hospitalarios del INP se convirtieron en sede de la mayoría de Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS).

Estos hospitales, fueron concebidos como instrumentos que mejorarían el nivel sanitario y la educación social de asegurados y médicos. En el documento se cita así:

Es, pues, evidente, que la influencia de las Instalaciones del Plan Nacional, en el mejoramiento del nivel sanitario y en el descenso de la mortalidad en España, se irá acrecentando de día en día, a medida que dichas Instalaciones vayan alcanzando su máximo rendimiento y su acción a lo largo del tiempo.¹⁵

De la misma manera consideraban que era labor de los Hospitales del INP formar a su propio personal.

Alguien dijo que, como una nueva orden religiosa, el Seguro Social debería formar su propio personal; para esta contribución didáctica o auto formativa están las Instituciones del Plan Nacional.¹⁶

Las estrategias usadas por el régimen franquista fueron diferentes en cada uno de los momentos históricos. De 1959 a 1975, en el conocido como «tardofran-

¹³ Sevilla, Francisco, *La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social*, Madrid, Fundación Alternativas, 2006, p. 11.

¹⁴ Miguel, Jesús M. de, «El capital humano en la formación», en *La Reforma Sanitaria en España*, Madrid, Editorial Cambio 16, 1976, pp. 47-108.

¹⁵ Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*,..., *op. cit.*, p. 24.

¹⁶ *Ibidem*, p. 26.

quismo» o «franquismo desarrollista», uno de los instrumentos de intervención más potente del Estado fue el médico-social, basado en una serie de discursos y dispositivos médicos y sanitarios.¹⁷ Mediante la divulgación médico-sanitaria se ensañaban comportamientos sociales, valores y actitudes, con los que se «enseñaba a vivir» a la población.¹⁸ Siguiendo esta premisa, los centros sanitarios del INP, se entendían como lugares donde se producía la educación social, cuyo fin último era la recuperación del ciudadano. El informe analizado lo refería de la siguiente manera:

He aquí por qué el Plan Nacional de Instalaciones aspira a que sus Instituciones sean Centros colaboradores de una educación social de esa formación necesaria y suficiente para la exacta utilización de los derechos sociales, y escenario de una distribución equitativa de la igualdad funcional de sus miembros.¹⁹

Y continúa unas líneas más abajo:

No debe perderse ese instante propicio, ese momento favorable de la materia para la modelación espiritual, para captar e incorporar al movimiento social un ser que ha de constituir la masa en donde arraiga esa diada figura que se llama la felicidad de un pueblo. Escenario de propaganda social y escuela de ciudadanía quisiéramos que fuesen las Instituciones del Plan Nacional de Instalaciones [...] Que su misión no es simplemente curar el dolor y el mal. Su objetivo primero es recuperar un ser para la comunidad social.²⁰

La creación de una red de hospitales era la encarnación material de esa voluntad más social del régimen, y los edificios se presentaban como representación misma de la planificación sanitaria. A los arquitectos, se les encomendó la tarea de proporcionar la «forma» del sistema de Seguridad Social. Los proyectos que desarrollaron atendían a los programas sanitarios, pero sobre todo establecían una forma de entender la arquitectura pública, la capacidad de evolución científica y la modernidad. Los hospitales eran como cajones normalizados que mantuvieron una misma estructura hasta bien entrados los años 70. En la planificación de estos, se tuvieron en cuenta los espacios para el alojamiento de

¹⁷ Cayuela Sánchez, Salvador, *La biopolítica en la España Franquista*, Murcia, Universidad de Murcia, 2011, pp. 27-35 (tesis doctoral).

¹⁸ Jiménez Lucena, Isabel, Ruiz Somavilla M.^a José y Castellanos Guerrero, Jesús, «Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo», *Asclepio*, LIV, 1 (2002), pp. 201-218.

¹⁹ Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias...*, *op. cit.*, p. 25.

²⁰ *Ibidem*, p. 25.

las religiosas, que en la mayoría de los casos se hacían cargo de la residencia de las escuelas de ATS. Así, generalmente era a nivel del bloque quirúrgico donde se instalaron las residencias de las monjas que a la vez vigilaban a las jóvenes alumnas de enfermería.²¹

El título de Ayudante Técnico Sanitario, surgió en 1953 (con este plan ya en marcha) de la necesidad de unificar los programas formativos de las tres profesiones auxiliares sanitarias existentes hasta el momento: Practicantes, Matronas y Enfermeras en una sola titulación, el conocido ATS. Las escuelas de ATS se desarrollaron por tanto, durante con el máximo desarrollo de los valores que el régimen franquista que imponía a través de la Sección Femenina, uno de sus agentes de transmisión ideológica, postulados que coincidían con los valores tradicionalistas de la Iglesia Católica. Los conceptos de sumisión a la autoridad masculina, así como la inferioridad y dependencia femenina que implican, se trasladaron íntegramente al hospital, determinando las relaciones profesionales médico-enfermera.²² Estas pautas estaban avaladas por la legislación de la época, y reflejadas tanto en los planes de estudio como en los manuales de formación.²³

La gran mayoría de escuelas fueron femeninas, 153 del total de 194 escuelas que hubo en España, ya que hasta 1976 no hubo coeducación, la formación se segregó por sexo. El régimen disciplinario de las escuelas femeninas era en internado obligatorio, con una dedicación de 24 horas a su formación de práctica hospitalaria, mientras que los estudiantes masculinos tenían unas prácticas laxas y orientadas a las áreas extra-hospitalaria.²⁴ La formación en las Escuelas de ATS, estaban adscritas oficialmente a las Facultades de Medicina, pero solamente 14 en toda España se ubicaron en las Facultades, el resto 180 dependieron de otras

²¹ Pieltáin Álvarez-Arenas, Alberto, *Los Hospitales de Franco. La versión autóctona de una arquitectura moderna*, Madrid, Universidad Politécnica de Madrid, 2003, pp. 123-124 (tesis doctoral).

²² Almansa Martínez, Pilar, «La formación enfermera desde la Sección Femenina», *Enfermería Global*, 4 (2), (2005) Disponible en: <<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24083/1/La%20formacion%20enfermera%20desde%20la%20seccion%20femenina.pdf>> [consultado 16/04/2017].

²³ Zagalaz Sanchez, M^a Luisa, «La educación física durante el franquismo. La sección femenina», *Educación física y deporte*, 65, (2001), pp. 6-16.

²⁴ Germán Bes, Concepción, Martínez Santos, Yolanda y Becerril Ramírez, Natalia, «La convalidación de las enfermeras por ATS en 1978: El final de una marginación» en Fernández Fernández, M.^a L., García Martínez, A. C. y García Martínez, M. J. (coords.), *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España*, Santander, Colegio de Enfermería de Cantabria, 2015, pp. 415-420.

entidades que las promocionaron, privadas y públicas; entre estos últimos, 61 correspondieron a los hospitales del INP.

En Aragón se construyeron además de ambulatorios, tres Residencias Sanitarias, una en cada provincia. Fernando García Mercadal fue el arquitecto encargado de dar forma a la nueva sanidad aragonesa. Estuvo contratado por el INP de 1947 y hasta 1969, para proyectar los hospitales aragoneses entre otros trabajos.

El Hospital de Teruel, conocido en la población, como «la Residencia», es el segundo más antiguo del país en cuanto a su construcción por el Instituto Nacional de Previsión. Fue proyectado y edificado entre 1949 y 1952, e inaugurado en 1953 con una capacidad para 180 camas.

La escuela de ATS de Teruel se creó con el fin de responder a la demanda de estudios y empleo de los profesionales. A instancia del entonces Director Provincial de la Seguridad Social Dr. José Castañer Rue, quien era también Director del Hospital. Y así en octubre de 1970 y en la tercera planta del hospital se inició esta andadura con diez alumnas en régimen de internado. Al año siguiente comenzaron las obras de la Nueva Escuela como edificio anejo a la Residencia Sanitaria, y dentro del mismo recinto. En las 7 promociones de la escuela se formaron como ATS 184 alumnas.

En 1955 se inauguró en la ciudad de Zaragoza el nuevo hospital de la Seguridad Social: la Residencia Sanitaria «José Antonio Primo de Rivera», conocido popularmente como «La Casa Grande». En 1971 se realizó la primera ampliación, llegando a alcanzar una capacidad de 1400 camas. En este momento pasó a denominarse «Ciudad Sanitaria José Antonio». En esta reforma ya fue tenida en cuenta la residencia para las estudiantes de ATS y en 1972 se abrió la escuela que contó con 6 promociones y en la que se formaron 267 alumnas, en régimen de internado obligatorio. El director de la escuela fue el Dr. Ucar, jefe del área de Traumatología, lugar donde se asentó la escuela.

Como en las otras dos provincias, Huesca capital tuvo su Residencia Sanitaria, la llamada «San Jorge». Fue inaugurada oficialmente el 14 de noviembre de 1967. La escuela de ATS de Huesca se aprobó dos años después de la apertura del hospital en 1969. El director del centro, el Dr. Marcos Sanz Matesanz, asumió también la dirección de la escuela.

En las tres escuelas los encargados de la docencia teórica fueron médicos especialistas que trabajaban en el centro, designados por el director del hospital. Las monitoras se encargaban del cumplimiento de las normas y la disciplina, a la vez que organizaban los turnos de trabajo en las salas de hospitalización y los compaginaban con las clases teóricas.

Había una Directora de la Escuela y una Secretaria. Entonces estábamos internas y eran las monitoras las encargadas de vigilarnos y decirnos donde teníamos que ir a hacer las prácticas [...] Los profesores médicos, todo hombres ninguna mujer (Inf.11-H).

Las estrictas normas hacían que los castigos consistiesen en más prácticas, restringiendo las salidas de la escuela.

La disciplina era muy estricta con los horarios, con las jornadas, con todo. Con el respeto a los médicos, con esa enorme distancia que nos han puesto siempre. Era una cosa muy normal para la época (Inf.5-Z).

La formación práctica se adquiría de las monjas, practicantes o las alumnas de cursos superiores.

Entonces en las plantas las responsables siempre era la estudiante de tercero y las de primero éramos como las auxiliares de las plantas. Entonces siempre aprendíamos de unas a otras en las plantas, tú ibas y te fijabas en la de segundo, la de segundo en la de tercero y así era como aprendíamos a trabajar con los pacientes (Inf.7-T).

PARA CONCLUIR

Las mejoras legislativas de protección social y sanitaria en el siglo XX, originaron unas nuevas necesidades asistenciales. Los hospitales del INP fueron la herramienta del Estado, con la que se quiso mejorar la salud de la población, a la vez que sirvieron de instrumento de educación social y profesional.

Las escuelas de ATS nacieron de la necesidad de asistencia sanitaria en los nuevos y numerosos hospitales españoles. En este punto debemos reconocer la labor llevada a cabo por las alumnas de ATS, que además de dedicar su tiempo a aprender, ocuparon puestos de trabajo de forma gratuita, lo que hizo que el Estado ahorrara una enorme cantidad de dinero, contribuyendo a realizar una gran labor social.

BIBLIOGRAFÍA

ALMANSA MARTÍNEZ, Pilar, «La formación enfermera desde la Sección Femenina», *Enfermería Global*, 4 (2), (2005). Disponible en: <<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24083/1/La%20formacion%20enfermera%20desde%20la%20seccion%20femenina.pdf>> [consultado 16/04/2017].

BLÁZQUEZ ORNAT, Isabel, *La construcción de la profesión de Practicante en Aragón: 1857-1936*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2015 (tesis doctoral).

- CAYUELA SÁNCHEZ, Salvador, *La biopolítica en la España Franquista*, Murcia, Universidad de Murcia, 2011 (tesis doctoral).
- Dirección de Asistencia Sanitaria e Instalaciones del Seguro de Enfermedad, *Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias*, Madrid, Ministerio de Trabajo, 1953.
- DOVAL MARTÍNEZ, Rocío I., «Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de la Seguridad Social», en *Legislación histórica de previsión social*, Aranzadi, 2009, pp. 413-425.
- GERMÁN BES, Concepción, MARTÍNEZ SANTOS, Yolanda y BECERRIL RAMÍREZ, Natalia, «La convalidación de las enfermeras por ATS en 1978: El final de una marginación», en Fernández Fernández, M.^a L., García Martínez, A. C. y García Martínez, M. J. (coords.), *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España*, Santander, Colegio de Enfermería de Cantabria, 2015, pp. 415-420.
- JIMÉNEZ LUCENA, Isabel, RUIZ SOMAVILLA, M.^a José y CASTELLANOS GUERRERO, Jesús, «Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo», *Asclepio*, LIV, 1 (2002), pp. 201-218.
- MARTÍNEZ SANTOS, Yolanda, *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza*, Zaragoza, Universidad de Zaragoza, 2017 (tesis doctoral).
- MIGUEL, Jesús M. de, «El capital humano en la formación», en *La Reforma Sanitaria en España*, Madrid, Editorial Cambio 16, 1976.



CECEL (CSIC)

