

GÓMEZ GARCÍA, Alberto, "Hospitalidad y solidaridad Jacobea en la Ruta Aragonesa", en *I Edición Becas de Investigación Caminos Jacobeos. Año 2007*, Asociación Cámaras Oficiales de Comercio, Industria y Navegación de los Caminos Jacobeos, s.l., 2008.

Alberto Gómez García
**Hospitalidad y solidaridad
Jacobea en la Ruta Aragonesa**



Indice

Introducción.....	43
1. Prescripción religiosa y voluntad solidaria.....	47
2. Religiosidad medieval y peregrinaciones	48
3. Los peligros y las necesidades del camino.....	51
4. El Camino de Santiago en Aragón.....	53
5. Rutas por la Jacetania y el Viejo Aragón.....	55
6. Equipamientos y servicios.....	57
7. Hospitales y albergues	66
8. Promotores de la caridad y la limosna	75
9. Las motivaciones.....	78
10. Modelos hospitalarios	79
Conclusión.....	87
Bibliografía	89

Introducción

En este artículo presentamos una investigación histórica que estudia la íntima relación del Camino de Santiago con lo que hoy llamamos *solidaridad* y, antaño, *caridad* (amor al prójimo) y *hospitalidad* (entrega y acogida altruista). La importancia que hoy en día adquiere la *solidaridad* con el desfavorecido otorga interés a este trabajo, que analiza sus variadas formas y destinatarios, en el contexto jacobeo y medieval. Nuestra *voluntad solidaria* tiene mucho que aprender de la de nuestros antepasados, con sus aciertos y sus errores.

La peregrinación jacobea se caracterizó, desde su origen, por la constante y perentoria necesidad de *hospitalidad* y *asistencia*, a lo largo de todo su recorrido. También hoy, cuando se trabaja por ampliar su reactivación. En la Edad Media, innumerables particulares, comunidades vecinales e instituciones públicas y eclesiásticas se afanaron por atender tal necesidad, ofreciendo lo mejor de sí mismo. Para ello, promovieron la fundación de cofradías e instituciones asistenciales. Y la construcción de **albergues**, que entonces se denominaban *hospitales de pobres y peregrinos*. Con este fin, los métodos para financiarlos y gestionarlos lograron movilizar la participación del conjunto de la sociedad y optimizar al máximo el *auxilio al necesitado*.

A la par, los gobernantes, potentados y simples altruistas, se esforzaron por ofrecer su **protección** al desvalido caminante, que transitaba una ruta espiritual..., pero que se enfrentaba a peligros y dificultades básicamente materiales. Se esmeraron por renovar la **infraestructura** viaria y asistencial de la red jacobea. Y multiplicaron sus *equipamientos* y *servicios* construyendo vías, puentes, hospitales, iglesias y un largo etcétera sin el que **no habría sido posible** el inusitado esplendor alcanzado por la peregrinación a Compostela.

Pero la documentación medieval insiste en otro aspecto fundamental. Los cientos de hospitales jacobeos no sólo auxiliaban al peregrino, sino a los **pobres** y **mendigos** que se concentraban en los tramos del Camino. Miles de ellos transitaban la vía penitencial, con idéntico protagonismo que los romeros, pero con distinto objetivo. Atraídos masivamente por la desbordante caridad allí desplegada, obtenían el auxilio de las obras piadosas agolpadas a cada paso.

A partir del estudio de los documentos conservados en los archivos nacionales y locales, y de otras fuentes históricas, hemos podido analizar más de **130 hospitales** e instituciones asistenciales del **Pirineo central**, repartidos por las distintas comarcas franco-españolas (Bearn, Bigorra, Jacetania, Alto Gállego, Sobrarbe, Ribagorza, Cinco Villas, Hoya de Huesca y Navarra). De ellos, 46 se localizaron en la Jacetania. En Jaca, se han documentado 14 de época medieval y otros 5 modernos, además de 8 cofradías asistenciales.

Nuestro ámbito de estudio se centra en la comarca de la **Jacetania**, estratégico territorio de montaña donde se juntan las rutas compostelanas procedentes del norte, del este y del sur. Y en la ciudad de **Jaca**, nódulo jacobeo de primer orden. Para comprender los fenómenos analizados, ha sido necesario estudiar los paralelos más cercanos y los nexos establecidos con los **territorios circunvecinos**: las citadas comarcas de su entorno inmediato.

De esta manera, presentamos un estudio histórico que analiza la **experiencia centenaria** de nuestros antepasados, en el contexto de la solidaridad con el transeúnte (peregrino o mendigo) y el necesitado. Con ello se pretende divulgar el tema y obtener pautas de actuación que, todavía hoy, puedan ser útiles en el diseño de las modernas ONGs y de la reactivación de las peregrinaciones. E incluso corregir sus errores y mejorar planteamientos. En definitiva, ofrecer un **instrumento de reflexión, inspiración y guía** para todo el que, en la actualidad, se halle inmerso en la tarea de transitar, conocer y recuperar los Caminos de Santiago, desde una u otra responsabilidad.

En este volumen, ofrecemos un **resumen** del trabajo original, que esperamos pueda publicarse íntegro en un futuro cercano. La enorme limitación de espacio y de tiempo nos ha obligado a suprimir muchos ejemplos, argumentos, textos, cuadros y toda referencia documental y bibliográfica. Esperamos que tanto recorte no haya desdibujado nuestro discurso, y que el resumen de sus aportes no desmerezca al esfuerzo investigador invertido.

Ámbito Territorial

Este estudio sitúa su contexto espacial en el **tramo aragonés** de la *ruta Tolosana* del *Camino Francés*. El territorio donde se localiza corresponde a la comarca de la **Jacetania**, con su bimilenaria capital, la ciudad de **Jaca**. Ocupa el sector noroeste de la provincia de Huesca, limítrofe con Francia y Navarra, en el corazón mismo del **Pirineo Central**. El carácter más destacable de esta zona es su secular vocación fronteriza, de puente y de barrera. Y de receptor, crisol y redistribuidor de los más diversos influjos y corrientes culturales.

Orográficamente, la zona destaca por su **carácter de montaña**, que desde siempre ha marcado a sus gentes, sus formas de vida y también sus plasmaciones viarias, jacobea y asistenciales. Su relieve define dos áreas diferenciadas. Lo más agreste de los puertos de montaña del **Pirineo axial**, plenos de dificultades y peligros para los viajeros de otras épocas. Y la mayor amabilidad viaria de las sierras y de las cuencas intermedias **prepirenaicas**.

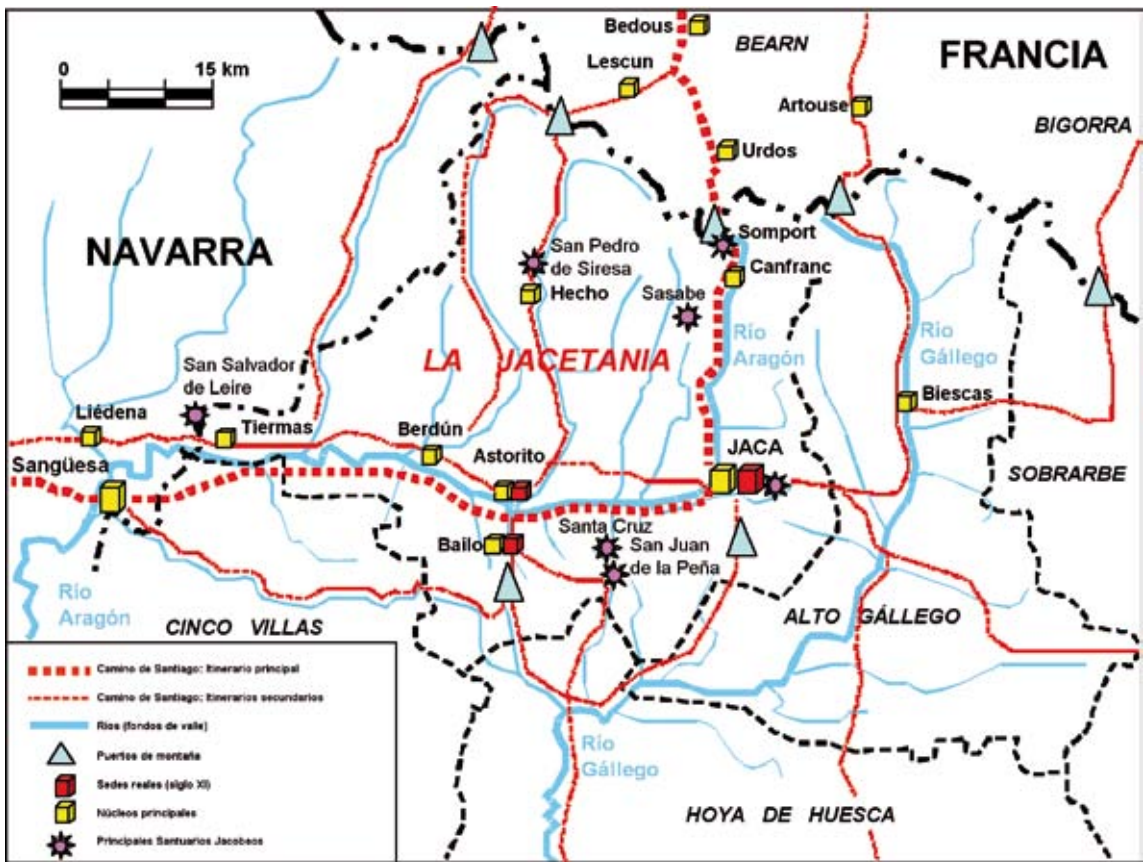
Históricamente, el territorio de la *Jacetania*, se definió como solar del **condado de Aragón** (siglos IX-X). Más tarde, capitalizado por la ciudad de Jaca, se convirtió en la cuna del **primigenio reino de Aragón** (siglos XI-XII). En sus montañas y valles, los primeros monarcas aragoneses diseñaron su política abierta a los influjos europeos y al patrocinio del fenómeno jacobea. Allí edificaron la primera catedral del reino, prototipo románico repetido a lo largo del Camino de Santiago. Allí fundaron sus pioneros grandes monasterios y ciudades-mercado, que concentraban a peregrinos y visitantes. En suma, este territorio se reveló como un punto clave de contacto entre el mundo cristiano y el musulmán, entre la cultura hispánica y la europea, entre la mentalidad de **montaña** y la de la **tierra llana**. Sin olvidar su relevante posición central entre los puntos de partida y de destino de los Caminos de Santiago europeos.

La comarca de la Jacetania está integrada por varias **subcomarcas**:

- LA CANAL DE BERDÚN. Tramo intermedio del valle del río Aragón, entre el Campo de Jaca y Sangüesa (60 km). Pertenece a la *Depresión Intermedia Altoaragonesa*, integrada en la vía natural que iba del litoral catalán a Galicia; después fue calzada romana (Jaca-Pamplona) y, luego, Camino de Santiago.
- EL CAMPO DE JACA. Situado al este de la Canal de Berdún, corresponde al fragmento oriental del valle medio del Aragón.
- ALTOS VALLES JACETANOS. Al norte de la Canal de Berdún y Campo de Jaca, se alinean paralelos los altos valles del Pirineo axial: de Fago, Ansó, Hecho, Aragüés, Aisa, Borau, Canfranc (*alto valle del Aragón*) y Garcipollera. Les flanquean los valles de Tena y Acumuer (Alto Gállego); y de Roncal (Navarra).
- EL BAILÉS. Subcomarca situada al sur de la Canal de Berdún capitalizada por la localidad de Bailo.
- SODUROEL. Somontano meridional de la sierra de San Juan de la Peña y de Oroel, perteneciente a la cuenca del río Gállego (*Galleguera*).

Además, en el entorno de la comarca jacetana, se definen una serie de **teritorios circunvecinos** que comparten una misma región (Pirineo Central), cuyas características, historia y desarrollos jacobeos son inseparables:

- **BEARN.** Antiguo vizcondado de la vertiente pirenaica francesa. Departamento de los Pyrénées-Atlantiques. Sito al norte de la Jacetania y del Alto Gállego.
- **BIGORRA.** Antiguo condado de la vertiente pirenaica francesa. Departamento de Hautes-Pyrénées. Situada al este del Bearn y al norte del Sobrarbe.
- **GASCUÑA (País Vasco Francés).** Antiguo ducado de la vertiente pirenaica francesa. Departamento de los Pyrénées-Atlantiques. Situada al oeste del Bearn, al norte de Navarra y ocupando el litoral atlántico.
- **ALTO GÁLLEGO.** Comarca del Pirineo aragonés, situada al este de la Jacetania y al oeste de Sobrarbe. Definida como cabecera del río Gállego (altos valles de Acumuer y Tena, y valles prepirenaicos de Basa, Galleguera y Guarguera).
- **SOBRARBE.** Antiguo condado y reino anexionado (1043) al reino de Aragón. Comarca del Pirineo aragonés, al este de la Jacetania y al oeste de Ribagorza.
- **RIBAGORZA.** Antiguo condado anexionado al reino de Aragón (1043). Comarca del Pirineo aragonés sita entre el Sobrarbe y el Pirineo catalán.
- **HOYA DE HUESCA.** Comarca altoaragonesa sita al sur de la Jacetania y del Alto Gállego, capitalizada por la ciudad de Huesca. *Tierra llana*, al pie del Pirineo.
- **CINCO VILLAS.** Comarca altoaragonesa situada al suroeste de la Jacetania, al oeste de la Hoya de Huesca y al este del área prepirenaica navarra.
- **NAVARRA.** Antiguo reino y actual comunidad autónoma cuya franja septentrional ocupa el Pirineo occidental. Sita al sur de Gascuña y al oeste de la Jacetania.



1. Prescripción religiosa y voluntad solidaria

1.1. Caridad y hospitalidad

Hebreos, cristianos y musulmanes tuvieron desde siempre mucho en común. Entre otras cosas, el ejercicio de la *caridad* y la *hospitalidad* como precepto básico para ganar la salvación del alma. Durante la Edad Media, compartieron también los métodos para promover la limosna en sus comunidades y para gestionarla. Con este fin promovieron y multiplicaron la fundación de cofradías, comunidades e instituciones asistenciales. También la construcción de edificios hospitalarios. Las llamadas *alberguerías* u *hospitales* fueron las más características, ligadas a la atención de los pobres y peregrinos.

La Biblia se ocupa ampliamente de los *pobres*, los *necesitados*, los *oprimidos*, ante todo como víctimas de la injusticia y a favor de todos los cuales (es decir, de la justicia social) predicaban constantemente los profetas del Antiguo Testamento. La hospitalidad y la limosna eran muy alabadas en la antigüedad y no se podían rechazar. Por ello, las **comunidades hebreas** medievales organizaron en cada *aljama* la recogida de limosnas y la asistencia hospitalaria.

Por su parte, el Nuevo Testamento no disimula su predilección por los pobres y los humildes. La **religión cristiana** considera a la *caridad* una de las tres virtudes teologales, basada en el mandamiento de “*amar al prójimo como a uno mismo*” y entendida como sinónimo de *amor fraternal*. La prescripción emanada de los Evangelios (“*dad y se os dará*”, “*lo que a otros hagáis a mí me lo hacéis*”) invita a la caridad como uno de los requisitos básicos para acercarse a la salvación espiritual: “*Venid, benditos de mi Padre, heredad el reino preparado para vosotros desde el principio del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer, tuve sed y me disteis de beber, fui peregrino y me acogisteis, estuve desnudo y me vestisteis, enfermo y me visitasteis, preso y vinisteis a mí*” [SAN MATEO, 25, 34]. De hecho, las interpretaciones sobre los textos de San Pablo respecto a la hospitalidad [ROMANOS, 12; HEBREOS, 13] iban más allá, llevando la caridad al extremo de no sólo asistir al necesitado, si no de salir a buscarlo, asegurando que nadie quedaba desasistido: “*No nos hemos de contentar con recibir al huésped que viene a nuestra casa, sino que le hemos de buscar y marchar solícitos y seguirle y volver a buscarle con diligencia para que no se quede en la plaz o haya de dormir al raso*”.

Por último, una de las cinco obligaciones principales de la **religión islámica** es la limosna legal (*zakât*). Después de la oración, es la práctica que aporta al creyente más grande recompensa en el otro mundo. Recomendada por el Corán, con el tiempo se convirtió en un impuesto sobre el patrimonio, única contribución económica impuesta a los musulmanes. Se destinaba al socorro de pobres y necesitados, al rescate de esclavos, a ayudar a los viajeros y a sufragar la guerra contra los infieles. Otro tipo de limosna era el reparto de alimentos y

dones a los pobres al acabar el ayuno del ramadán. También existía la limosna espontánea no reglamentada (*sadaqa*). La acogida caritativa se expresó en los albergues del desierto (*caravanserais*) que respondían a la necesidad de supervivencia y que acogían a las caravanas de peregrinos que se dirigían a sus santos lugares: La Meca, Medina y Jerusalén.

Caridad es sinónimo de **amor fraterno**, de empatía, de entrega al prójimo, de misericordia, de piedad, de compasión. Son diversas las formas en las que la caridad se obtiene: limosna religiosa, aportaciones solidarias, donaciones piadosas, legados testamentarios o servicios personales. Y son varias las formas en la que se reparte: limosnas, comida, vestido, cobijo y acogida, cuidados primarios, hospitalidad, asistencia médica y, en muchos casos, auxilio espiritual y adoctrinamiento religioso. El estímulo que animaba a nuestros antepasados a la caridad era sobre todo religioso: ganar la salvación del alma y el perdón de los pecados. Aunque muchos otros, las almas más elevadas, estaban sencillamente motivados por una desinteresada **voluntad fraternal**, *solidaria*, hacia los habitantes más desfavorecidos de su entorno.

1.2. La limosna en la sociedad medieval

Con la cristianización de Europa, la limosna piadosa sustituyó a la *ofrenda mortuoria* practicada por todas las **sociedades paganas** precedentes, desde tiempo inmemorial. Pese a todo, su objetivo seguía siendo el mismo: conciliar para sí el favor de las fuerzas misteriosas que gobernaban el más allá. Hasta el siglo IX, las sepulturas cristianas estaban provistas de *objetos votivos* de naturaleza más o menos preciosa. Pero pronto se impuso la costumbre de dar a la iglesia lo que antaño se enterraba en las tumbas. Y así, junto a las reliquias de los santos venerados en los grandes monasterios y catedrales, empezaron a amontonarse las joyas que los vivos consagraban a la salvación de las almas de sus difuntos, conformando los primeros tesoros de la Iglesia.

Pero la porción mayoritaria de los legados estaba constituida por **bienes inmuebles** y, esencialmente, por la tierra. Las familias campesinas la donaban trozo a trozo, mientras que los nobles y reyes legaban dominios enteros, que incluían la población servil que los cultivaba. En la Alta Edad Media predominó la **limosna pánica**, es decir, la que estaba motivada por el terror a la muerte y a la "*segunda muerte*". La creencia en el poder salvador del legado piadoso estaba entonces generalizada, por lo que poderosos y humildes se afanaban por desgajar de sus bienes una porción para los pobres y necesitados.

Después, en el siglo XII, se dio paso a unas manifestaciones más espiritualizadas de la piedad, intentando recuperar el sentido evangélico del *amor fraterno*.

Lo que cambió principalmente fue el destino de la limosna y la intención con que se daba. A partir del siglo XIII, las órdenes mendicantes (cuya esencia era la práctica de la pobreza y la caridad) se convirtieron en las principales destinatarias, en detrimento de los grandes santuarios, que veían dañada su popularidad a causa de los excesos y escándalos de sus gestores.

A nivel socioeconómico, la limosna aparecía como una forma masiva de **transferencia de riquezas**, que se producía en menoscabo de los patrimonios de la aristocracia laica y, especialmente, del campesinado. En efecto, fue un factor clave para explicar la mengua y desaparición de la pequeña propiedad. A la inversa, la limosna hizo la fortuna de la Iglesia medieval, con su inmenso patrimonio territorial y riqueza mueble. Ello convirtió a los altos eclesiásticos (obispos, abades, priores, comendadores) en grandes señores feudales, que gestionaban su patrimonio y que ejercitaban su poder como tales: participaban en el gobierno político, en las luchas de poder, en la guerra, etc.

La **redistribución** de los beneficios generados por la devoción de los fieles varió muchísimo. En primer lugar, una parte se reservaba a la asistencia a los pobres y peregrinos, que es la que en este trabajo nos interesa. En segundo lugar, el mantenimiento del clero necesitaba mucho más, a causa de ser muy numeroso y frecuentemente muy derrochador, como denuncian los eclesiásticos de la época. En tercer lugar, otra porción servía para glorificar a Dios y a los santos, y para atender a su culto: las actividades litúrgicas y la construcción de los templos. De esta forma, parte de la riqueza captada mediante la limosna se invirtió en las grandes obras del arte medieval.

2. Religiosidad medieval y peregrinaciones

La **peregrinación** a lugares sagrados siempre fue una prescripción común a muchas religiones, que otorgaron al itinerario físico un sentido de camino penitencial, de purificación y acercamiento a la divinidad. Los iberos ya peregrinaban hasta sus santuarios locales y regionales para pedir y agradecer favores a sus dioses, ofreciéndoles exvotos. Las **romerías** anuales, presentes hoy en muchos lugares, son sus herederos. Los musulmanes, por su parte, han de peregrinar una vez en la vida a los santos lugares de Medina y La Meca.

Los **grandes centros de peregrinación** de la Cristiandad medieval nacieron alrededor de santos sepulcros: Jerusalén, Roma y Santiago. Como señaló LACARRA (1971, 196), puede afirmarse que el extraordinario desarrollo que alcanza el culto a Santiago y la peregrinación a su sepulcro, obedece a los mismos impulsos

que popularizaron otras peregrinaciones en la Alta Edad Media: la fe en el poder taumatúrgico de unas reliquias santas.

Pero otros muchos templos y santuarios de segundo orden atraían a los peregrinos en cada país, región y comarca, gracias a las **reliquias**. En la Edad Media, el afán por conseguir las estimulaba grandes gastos, luchas y peligrosas expediciones. Por ejemplo, la llevada a cabo por los aragoneses hasta la Almería andalusí para obtener el cuerpo de San Indalecio, que fue traído al santuario de San Juan de la Peña, necesitado de reliquias, en el siglo XI. Todos los santuarios y catedrales ambicionaban su posesión, que atraían multitud de peregrinos, donaciones y cuantiosos legados. El sempiterno miedo a la muerte, la necesidad de lo sobrenatural y la fe en el milagro convertían su custodia en una lucrativa fuente de ingresos y de prestigio, por la que competían los grandes y pequeños centros eclesiásticos.

La peregrinación hacia tales lugares se alimentaba de la esperanza en la curación del alma y del cuerpo, al final del camino. Los **ritos de lavamiento** que realizaba el peregrino en cada etapa y al final de su itinerario, simbolizaban la limpieza de su *mácula* (mancha, impureza) de enfermedad y de pecado.

La peregrinación fue en su origen un fenómeno espontáneo, pero con el paso del tiempo se fue institucionalizando. Las órdenes religiosas y militares mediante la fundación de **hospitales** para la asistencia de pobres y peregrinos, fijaron los grandes caminos de peregrinación y fueron sus mayores publicistas. Algunas de ellas, como la orden de los *Hospitalarios de San Juan de Jerusalén*, se fijaron como objetivo específico la protección y albergue de los peregrinos. El papado también contribuyó a estimular la práctica de la peregrinación mediante la concesión de *indulgencias* y la organización de *jubileos*, que permitían a sus beneficiarios menguar la carga de sus pecados, descontar días de padecimiento en el purgatorio y acercarse a la salvación.

Sin embargo, la naturaleza de la peregrinación no era sólo religiosa. Toda una masa abigarrada de mercaderes, vagabundos, ladrones, juglares y prostitutas se mezclaba en los caminos con los auténticos peregrinos. En el ámbito económico, el camino de peregrinación se convirtió muy pronto en una **ruta comercial** de primer orden, coincidiendo con el momento (siglos X-XI) en que se produce una fase de crecimiento económico, renacimiento urbano y revolución comercial. De esta forma, a su paso, la ruta jacobea concitó la fundación de ciudades y mercados; hizo la fortuna de los núcleos urbanos; enriqueció a sus regiones y las abrió a las **corrientes culturales** de la época.

Lo mismo sucedió en Aragón y en las ciudades, villas y mercados que se poblaron al paso del Camino de Santiago por la Jacetania: Canfranc, Jaca, Berdún,

Ruesta y Tiermas fueron los núcleos principales, dotados con hospitales y con ferias y mercados. Lugares que también se contagiaron de las diversas influencias y aportaciones jacobeadas: espirituales, piadosas, caritativas, asistenciales, mercantiles, picarescas, etc.

La **atracción de peregrinos y penitentes** se fue multiplicando cada vez más, incluyendo entre sus filas fieles de toda condición, género y edad. Muchos buscaban acercarse a la salvación eterna. Otros sólo anhelaban la aventura de un viaje que podía alargarse durante años. Abundaban los **inmigrantes**, desheredados que llegaban de otras regiones europeas en busca de tierras que colonizar. La proliferación de la religiosidad también atraía la picaresca, como la de los mercaderes que se hacían pasar por peregrinos para evitar los impuestos. O como los vendedores de reliquias, que estafaban con huesos de perro y otras argucias, como denuncian los clérigos de la época. Por otra parte, la proliferación de limosnerías, alberguerías y hospitales (lo que hoy llamamos *centros de acogida*) atraía masivamente a todo tipo de **mendigos**, marginados y desheredados. Se desplazaban a lo largo del recorrido, aprovechando la acogida dispensada en caminos, monasterios y ciudades a todos los *“pobres de Cristo”*. El itinerario sagrado se convertía así en una **ruta asistencial y sanitaria**, también plagada de mendicidad y de caridad piadosa y solidaria.

3. Los peligros y las necesidades del Camino

Para el peregrino que organizaba su viaje, los peligros que se le avecinaban eran tantos que uno de los principales preparativos era otorgar su testamento y disponerlo todo por si no podía volver. Como cualquier viajero o aventurero de la época, los peligros eran tan abrumadores y diversos que era más probable perder la vida en el camino que volver sano y salvo a casa.

Antaño los caminos, alejados de poblado, siempre fueron peligrosos. Los lobos y alimañas, las tormentas y las nieves, eran tan temidos como los ladrones, salteadores y bandoleros. Y siempre eran potenciales lugares de contagio y dispersión de enfermedades y epidemias. Además, los señores feudales más ávidos de acrecentar fortuna solían abusar de su poder, forzando a los viajeros a pagar peajes y tasas ilegales a su paso por el territorio de su señorío. Igual artimaña empleaban los alcaides de los castillos y los funcionarios corruptos encargados de cobrar los peajes y pontajes.

Así, la **protección real y señorial** se hacía más necesaria que nunca. Los primeros reyes aragoneses, para potenciar la economía local y el comercio

internacional, renovaron la red viaria, construyeron infraestructuras adecuadas y ofrecieron su salvaguarda a mercaderes y transportistas. Igualmente, para estimular la llegada de peregrinos, mejoraron y crearon vías y equipamientos, y proclamaron su protección. La primera medida fue promulgar leyes que eximían a los peregrinos del pago de las tasas cobradas en puertos y aduanas (*peajes, teloneos*), puentes (*pontajes*) y ciudades (*portajes*). Desde el primer establecimiento de estos pagos, los peregrinos ya aparecen **exentos de peajes**. El *precoz arancel de aduanas* de Jaca y Pamplona (LACARRA, 1950), que debió establecer Sancho III (1004-1035), diferencia entre los romeros jacobeos simplemente devotos y los que, a la vez, ejercían el comercio.

Como ejemplo de los abusos contra los peregrinos jacobeos, citaremos las noticias del *Liber Sancti Iacobi* del **Códice Calixtino** (siglo XII), una guía de ruta del Camino de Santiago. Su autor, el clérigo francés Aimerico PICAUD, describió los peligros del viaje (fuentes tóxicas, ríos peligrosos, asaltos de maleantes, etc.) y los abusos de funcionarios (barqueros criminales, cobradores de peajes corruptos) y bandoleros que, al parecer, sufrió en propia carne. Incluso cita los ataques y robos que les inferían algunos montañeses que, además de asaltarlos, se entretenían humillándolos y matándolos.

Según su autor, el mandato divino que supuestamente se recibió para redactar esta obra, incluía la necesidad de denunciar “*los crímenes de los malos hospederos del Camino de mi Apóstol*”. Por lo que este código, además de publicitar la figura de Santiago y de ayudar a la peregrinación a Compostela (ofreciendo una guía de viaje), respondía además a una última motivación. La de divulgar los abusos y crímenes que sufrían los romeros, con el fin de avisarles de los lugares y servicios que debían evitar o donde habían de extremar la precaución. Y a fin de presionar a los monarcas de los territorios donde se cometían a atajar estas prácticas escandalosas que atentaban contra el peregrino y con las que indirectamente se lucraban. Para ello, expresó su más directa amenaza: “*por lo cual, exigimos y rogamos ardientemente que estos recaudadores, juntamente con el rey de Aragón y demás personas acaudaladas que de ellos reciben el dinero de los tributos, así como aquellos que lo consienten (...) sean diligentemente excomulgados (...)*”.

Pese a todo, los mismos monarcas que se veían obligados a permitir los abusos que sus magnates aplicaban en sus feudos, extremaban la **protección al peregrino**, optimizando las medidas conforme el paso del tiempo multiplicaba los abusos y la picaresca. Igualmente, las autoridades laicas y eclesiásticas se aplicaron a idear nuevas formas de protección para contrarrestar los peligros que, cada vez más, planeaban sobre el fenómeno del peregrinaje.

Pero además, los **rigores invernales** de la alta montaña pirenaica planeaban sobre los viajeros y peregrinos, haciendo que los refugios, mesones y hospitales viarios fuesen equipamientos especialmente necesarios en sus pasos y puertos. Cruzarlos implicaba, entre otros muchos peligros, el de ser sorprendido por las tempestades, ventiscas y nevadas. La nieve y las persistentes heladas obligaban a cerrar puertos y caminos durante meses, siendo lentos los trabajos vecinales de reapertura que los distintos altos valles realizaban. El hielo también hacía estragos sobre el estado y conservación de los caminos y puentes, que debían ser reparados una y otra vez.

4. El Camino de Santiago en Aragón

Integrado en el *Camino Francés*, el **primer itinerario aragonés** (*ruta primitiva*) atravesaba los Pirineos por el puerto del Palo (valle de Hecho), pasaba por el famoso monasterio de **San Pedro de Siresa** y se dirigía a Ruesta y Pamplona. El primer tramo de esta ruta seguía la calzada romana internacional Zaragoza-Lescar que recorría el valle de norte a sur. Al alcanzar la Canal de Berdún, torcía su dirección hacia occidente, integrándose a la calzada Jaca-Pamplona. Como ejemplo precoz del uso penitencial de esta vía, San Eulogio, obispo de Córdoba que visitó la Jacetania en el año 848, señalaba que en Siresa se atendía exquisitamente a los peregrinos.

Pasado el tiempo, en el siglo XI, los primeros reyes de Aragón, reconstruyeron y mejoraron la **red de comunicaciones** de su territorio, reparando las vías romanas todavía en uso, obrando otras nuevas, y construyendo puentes, hospitales y baños vinculados a las rutas principales. Así sucedió con el Camino Jacobeo, transitado desde hace tiempo por muchos peregrinos que necesitaban de la **protección de los reyes y obispos**. Tal protección se explicitó, primero, en la construcción de hospitales. Segundo, en la exención de los peajes e impuestos que gravaban el tránsito. Y, tercero, en procurar su salvaguardia frente a ladrones y bandoleros, y frente a los abusos físicos y fiscales de los señores feudales cuyos castillos jalonaban el camino.

En aquellas fechas en torno al año mil, la ruta del valle de Hecho cedió el protagonismo al camino del **puerto del Somport**, donde transitaba la ruta de comercio internacional más importante del naciente reino, que atravesaba el alto valle del Aragón (valle de Canfranc) y pasaba por Jaca. El *peaje* que gravaba el tránsito mercantil se cobraba en el castillo de Candanchú, en Canfranc y en Jaca, y de él estaban exentos los peregrinos. Bajo la mirada del castillo de Candanchú se situó el **Hospital de Santa Cristina de Somport**, que fue la mayor

y la más famosa institución de acogida de todo el reino y de todo el Camino. Regida por una comunidad de canónigos y dotada de significativas reliquias, poseía docenas de delegaciones asistenciales, hospitales y cofradías vecinales asociadas en innumerables núcleos del camino jacobeo, repartidos por seis principados (Bigorra, Bearn, Gascuña, Aragón, Navarra y Castilla).

Al llegar al Campo de Jaca y a la Canal de Berdún, el camino cambiaba su dirección norte-sur por la de este-oeste, siguiendo la ribera del Aragón hasta Tiermas y Sangüesa, en la frontera con Navarra. Dirección que no abandonará ya hasta alcanzar la tumba del apóstol, siguiendo la *ruta de las estrellas*.

Este camino, en realidad, era una **densa y extensa red viaria** que incluía centenares de tramos y de ramificaciones. Los ramales partían de los diversos puntos de origen: zona centroeuropea, Inglaterra, Francia, Flandes, Italia y de todos los rincones de la Península Ibérica. La mayoría de estos ramales se juntaban en los Pirineos, para atravesar sus pasos principales. Otros iban por mar, alcanzando puertos como Barcelona y Valencia, y después subiendo hasta Zaragoza, Jaca y Astorito, para sumarse a la ruta principal. Los peregrinos hallaban, en todas las ciudades, catedrales que custodiaban o decían custodiar las reliquias de grandes santos. En la **catedral de Jaca** se veneraba a Santa Orosia, patrona regional (*viciediosa de la Montaña*), y otras reliquias como un brazo de San Pedro y un maxilar de San Andrés.

La proliferación en época medieval de grandes **monasterios y santuarios** –propietarios todos ellos de reliquias famosas–, también provocaba la creación de **nuevas rutas** que se bifurcaban de los itinerarios principales para acercar a los peregrinos hasta sus iglesias. Un ejemplo cercano lo tenemos en **San Juan de la Peña**, hasta donde se desplazaban muchos peregrinos jacobeos a su paso por el tramo aragonés. Allí se veneraban las osamentas de San Indalecio, obispo almeriense del siglo IV a quien se creía discípulo del apóstol Santiago; las de los santos eremitas fundadores del cenobio (Voto y Félix); y el mismísimo Santo Grial. También muchos peregrinos se apartaban del camino, desplazándose hasta **San Pedro de Siresa** o hasta **San Salvador de Leire**, custodios de otras tantas reliquias.

5. Rutas por la Jacetania y el Viejo Aragón

Como es bien sabido, el Camino de Santiago definía **cuatro rutas principales** que recorrían Francia convergiendo en los puertos del Pirineo aragonés y navarro. Todas ellas partían de ciudades en las que, a su vez, convergían numerosas ramificaciones procedentes de los puertos del Canal de la Mancha, Países Bajos, Alemania, Italia y puertos mediterráneos. Además había innumerables tramos de **intercomunicación** que permitían pasar de una a otra, diseñando recorridos individualizados a las necesidades o deseos de cada peregrino. En cuanto a su destino, la vía Tolosana (ruta de Arles y su variante de *Piedemonte*) desembocaba en el puerto aragonés de Somport, mientras que las otras (rutas de Le Puy, de Vezelay y de Tours) se unían en la localidad gascona de Ostabat para alcanzar el puerto navarro de Roncesvalles.

En esta relación, es importante resaltar el paso de estas vías por los antiguos **vizcondados de Bearn** (Pyrénées-Atlantiques) y de **Bigorra** (Hautes-Pyrénées), limítrofes con la Jacetania. De hecho, la historia hospitalaria de ambos principados es fundamental para este trabajo por varias razones. Por el de Bearn pasan tres de las cuatro rutas francesas. Por la Bigorra atraviesa una de ellas y la variante del *Piedemonte*. Sólo estudiando las dos vertientes puede comprenderse la profusión hospitalaria y su dispersión territorial en el ascenso a los peligrosos puertos del Pirineo central. La política eclesiástica, jacobea y hospitalaria de los primeros reyes de Aragón fue de la mano con la de los vizcondes de Bearn, que eran sus vasallos, amigos y compañeros de armas.

Los territorios de la Jacetania, Bearn, Bigorra, Gascuña y Navarra, eran verdaderos **cuellos de botella** en el tráfico jacobeo, que se veía obligado a cruzar los escarpados puertos del Pirineo Central. Por eso no es de extrañar la gran cantidad de hospitales e instituciones de acogida que se concentraban en estos principados medievales. Pero la Jacetania, además, recogía el tráfico procedente del sur y del levante peninsular, que convergía en Zaragoza y que ascendía hasta el Pirineo aragonés para visitar su más famoso tesoro: el Santo Grial custodiado sucesivamente en el monasterio de Siresa (siglo IX), en la sede episcopal de Sásabe (siglo X), en la catedral de Jaca (siglo XI) y, de forma más definitiva, en San Juan de la Peña (siglos XI-XIV).

Por todo ello, los itinerarios que confluían en la Jacetania **procedían de tres direcciones**: de norte (Bigorra, Bearn y Gascuña); del este (Sobrarbe, Ribagorza y Cataluña) y del sur (Levante, Zaragoza y Huesca). La mayor parte de ellos confluían en Jaca y en la Canal de Berdún, cruzando al territorio navarro, con la plaza fronteriza de Sangüesa y el monasterio benedictino de Leire, para continuar después hasta Puente la Reina (nexo de unión con la vía de Roncesvalles) y hasta Santiago de Compostela. Los itinerarios que pasaban por el territorio de la Jacetania, con distintos orígenes y direcciones, son:

- ITINERARIO PRIMITIVO (por el valle de Hecho, siglos IX-X).
Puerto del Palo-Monasterio de Siresa-Hecho-Astorito-Sangüesa.
- ITINERARIO PRINCIPAL (por el valle de Canfranc, desde el siglo XI).
Puerto de Somport-Canfranc-Jaca-Astorito-Sangüesa.
 - Variante por la orilla izquierda del Aragón (*Santa Cilia-Arrés-Ruesta*)
 - Variante por la orilla derecha del Aragón (*Javierregay-Berdún-Tiermas*)
 - Variante por el Bailés y la Valdonsella (*Astorito-Bailo-Longás-Sos*)
- ITINERARIOS POR LOS ALTOS VALLES ORIENTALES (por los puertos de Cotefablo o de Serrablo hasta Jaca):
 - POR EL VALLE DE TENA (ruta del Alto Gállego).
Puerto del Portalet, Secotor, Sallent, Tramacastilla, Biescas, Larrés, Monasterio de San Martín de Cercito, Sabiñánigo, Orante y Jaca
 - POR EL VALLE DE BROTO (RUTA DEL ALTO SOBRARBE)
Hospital de Bujaruelo-Torla-Broto-Cotefablo-Biescas-Jaca.
 - POR EL VALLE DE BIELSA (RUTA DEL ALTO CINCA).
Hospital de Parzán-Bielsa-Hospital-Ainsa-La Guarguera-Jaca.
 - POR EL VALLE DE GISTAIN (RUTA DEL CINQUETA).
Puerto de Portilón-Gistain-Plan-Ainsa-La Guarguera-Jaca.
 - POR EL VALLE DE BENASQUE (RUTA DEL ALTO RIBAGORZA).
Hospital de Benasque-Benasque-Campo-Ainsa-La Guarguera-Jaca.
 - POR EL VALLE DE ARÁN (RUTA DEL NOGUERA-RIBAGORZANA).
Vielha-Bonansa-Obarra-Roda de Isábena-Graus-Barbastro-Huesca.
- ITINERARIOS POR LOS ALTOS VALLES OCCIDENTALES (por los puertos de Zuriza y Belagua hasta Tiermas):
 - POR EL VALLE DE ANSÓ.
Puerto del Palo-Ansó-monasterio de Ciellas-Berdún-Tiermas-Sangüesa.
 - POR EL VALLE DE RONCAL.
Puerto de Belagua-Roncal-Salvatierra-Sigüés-Tiermas-Sangüesa.
- ITINERARIOS MERIDIONALES (desde Huesca y Zaragoza):
 - POR AYERBE Y EL BAILÉS.
Ayerbe-La Peña-Puerto de S^a Bárbara-Bailo-San Juan de la Peña y:
 - Variante hacia Astorito-Tiermas-Sangüesa
 - Variante hacia Valdonsella-Sangüesa
 - POR LOARRE Y EL SODUROEL.
Loarre-Triste-Ena-Botaya-San Juan de la Peña-Santa Cilia-Astorito.
 - POR AYERBE Y PUERTO DE OROEL
Ayerbe-Riglos-La Peña-Berlués-Puerto de Oroel-Jaca.
 - POR ARGÜÍS Y PUERTO DE MONREPÓS.
Argüis-Monrepós-Monasterio de Fanlo-Sabiñánigo-Orante-Jaca.

A lo largo de su ruta, el caminante encontraba numerosas **encrucijadas** de camino, lugares estratégicos donde se entrecruzan las vías naturales y los caminos sobrepuestos, multiplicando el tráfico y el número de usuarios. En ellas solían concentrarse diferentes equipamientos viarios (puentes, mesones, hospitales) y también sirvieron de punto de encuentro para la periódica celebración de mercados y ferias. Por ello, frecuentemente eran elegidas para fundar en ellas pueblos y ciudades. Llamamos **nódulos viarios** a las encrucijadas que sirvieron de enlace a varios caminos de primer orden y que acumularon la presencia de tales equipamientos, llegando a generar poblados o ciudades. El tránsito jacobino con su masivo flujo de viajeros y su enorme diversificación de rutas, generó

a lo largo de su dilatado recorrido gran cantidad de nódulos viarios, lugares estratégicos donde confluían y se bifurcaban los diferentes itinerarios, variantes y desvíos del camino hacia Santiago. Como los demás, estaban caracterizados por la aglomeración de equipamientos viarios, a los que se sumaban específicamente los servicios asistenciales y hosteleros propios de las vías de peregrinación (hospitales, albergues, limosnerías, etc.) Y fueron muchas las poblaciones que nacieron a la vera del camino jacobeo, aprovechando sus estratégicas encrucijadas. En la Jacetania y en su entorno inmediato, y ligadas a los caminos jacobeos, podemos citar los siguientes:

- CANFRANC (Alto valle del Aragón, Jacetania)
- BIESCAS (Tierra de Biescas, Alto Gállego)
- JACA (Campo de Jaca, Jacetania)
- ASTORITO (Puente la Reina de Jaca, Canal de Berdún, Jacetania)
- BAILO (Bailés, Jacetania)
- BERDÚN (Canal de Berdún, Jacetania)
- RUESTA (Canal de Berdún, Altas Cinco Villas)
- TIERMAS (Canal de Berdún, Jacetania)
- SANGÜESA (Navarra)

6. Equipamientos y servicios

Todas las redes de comunicación e infraestructuras viarias necesitaban una serie de equipamientos y servicios auxiliares que permitiesen y facilitasen su utilización. Cuanto más importante y concurrida era una vía, más complejos y abundantes eran los equipos que la auxiliaban. Al igual sucedía con el Camino de Santiago, cuyo abigarrado flujo de viajeros obligó a construir innumerables puentes, refugios, mesones, fuentes, baños y un largo etcétera.

Algunos eran de uso generalizado para todo tipo de vías y de tráficos, por lo que los peregrinos los compartían con el resto de viajeros (puentes, baños, fuentes, etc.) mientras que otros eran específicos del tránsito jacobeo (hospitales, limosnerías). De hecho, los equipos viarios estaban acompañados frecuentemente por equipamientos hospitalarios, siendo común que los puertos de montaña o los puentes se vieran flanqueados de hospitales y albergues.

En el siglo XI y en el ámbito jacetano, los **primeros reyes de Aragón** acometieron una política de rehabilitación de las infraestructuras viarias y de sus equipamientos, vinculada a la promoción del comercio internacional y del tránsito jacobeo. Ello llevó a la familia real a promover muchas obras de reparación y construcción de equipos y servicios, que fue imitada por los señores feudales del reino (nobles, obispos y abades) y, después, por los municipios y comunidades de valle, perpetuándose en el tiempo.

Aunque el uso de los equipamientos viarios solía ser gratuito para los peregrinos pobres, algunos se convirtieron en un **lucrativo negocio** que gravaba su empleo por parte de los demás viajeros. Así, su construcción estaba motivada tanto por la piedad de auxiliar al necesitado, como por el deseo de lucro. Dentro del contexto histórico del *proceso de feudalización*, los monarcas y señores laicos y eclesiásticos fueron sus principales promotores, explotándolos en régimen de monopolio feudal a partir del siglo XI. También los municipios acabaron participando de este y otros **monopolios señoriales**, así como de las promociones piadosas. A continuación los detallamos.

6.1. Caminos, calzadas y vías

La **infraestructura viaria básica** era el mismo camino. Eran los caminos, variantes, desvíos y ramales que se bifurcaban y que confluían en la compleja y entroncada ruta jacobea. La peregrinación aprovechaba **antiguos caminos** de larga distancia, como las calzadas romanas, y caminos regionales o específicos de otra actividad, como las vías pecuarias. El **mantenimiento** de estas vías, cuya vida se alargaba durante siglos e incluso milenios, era casi permanente. El desgaste, destrucciones (nevadas y aludes de alta montaña), avenidas, desprendimientos del terreno y otros avatares obligaban a ello.

6.2. Puentes, vados y barcas

En montaña o en llano, el principal obstáculo que los caminos habían de salvar eran los ríos. Además de los **puentes en piedra** conservados (romanos, medievales y modernos), fue habitual el empleo de **barcas** para vadear el río, servicio que se ofrecía mediante el cobro de una tasa. En los ríos de montaña, abundaron los **pontones de madera**, puentes colgantes y pasarelas, más frágiles ante las avenidas, pero más fáciles de construir. Las periódicas guerras y crecidas arrasaban sus riberas con todo lo que contenían: huertos, molinos, presas y puentes de madera y de piedra. Por tanto, las **reparaciones** eran recurrentes, siendo destruidos y reconstruidos una y otra vez. Frecuentemente, la construcción de un puente generaba el nacimiento de una **encrucijada** mediante el desvío de caminos que necesitaban confluir en él. Ello determinó que los puentes medievales se acompañaran de cruceros, ermitas u otros elementos religiosos que los sacralizaban; por **mesones** y **hospitales**, que los dotaban de ámbitos de hospedaje y avituallamiento; y por otros equipamientos.

6.3. Puertos de montaña

Otra de las grandes dificultades con que topaban viajeros y peregrinos al cruzar las regiones pirenaicas eran los pasos y puertos de montaña: ascensión escarpadísima, peligrosos desfiladeros, desprendimientos, nevadas, aludes, ventiscas, etc. Muchos de los situados en el Pirineo axial permanecían cerrados durante el invierno y los que se mantenían abiertos debían ser despejados de la nieve una y otra vez. Los viajeros intentaban evitar estos pasos durante el invierno. Pese a todo, estos puertos de tráfico internacional, mantenían el resto del año un **tráfico extraordinariamente fluido** y una vida floreciente, gracias al importante tráfico comercial internacional y al masivo **tráfico transhumante**. A ello se sumaba el tráfico de viajeros de todo tipo y de peregrinos. Su afluencia obligaba a equipar los puertos con mesones, refugios y todo tipo de equipamientos y servicios. Y el abultado tráfico de peregrinos jacobeos determinó la presencia obligada de **hospitales alpinos**.

Desde la Bigorra y el Bearn, el **Pirineo axial** contaba con numerosos puertos para acceder a las comarcas altoaragonesas de la Jacetania, Sobrarbe y Ribagorza (Palo, Somport, Portalet, Bujaruelo, Bielsa, Gistaín, Benasque). Igualmente, las **sierras prepirenaicas** exteriores e interiores tenían muchos puertos de montaña que conectaban la llanada oscense con las vaguadas de las comarcas pirenaicas (Monrepós, Oroel, Santa Bárbara, Cuatro Caminos); o que interconectaban lateralmente sus valles (Solano, Cotefablo, Serrablo).

6.4. Refugios camineros

Como hemos visto, entre los muchos peligros que acechaban al viajero, estaban las tormentas, ventiscas y heladas. Lobos, osos y otras alimañas atenzaban al viajero, no menos que los salteadores y bandoleros. En los caminos, había muchos motivos para tener que buscar refugio. Además de posadas y hospitales, los peregrinos necesitaban refugios viarios que permitieran la ocasional protección en los largos tramos despoblados, que se multiplicaban en las zonas montañosas, multiplicando también sus peligros. Frente a ello, cuevas y abrigos naturales, cabañas y cobertizos, casetas de uso agrario, refugios de pastor, o la simple sombra de un árbol centenario, todo valía para obtener el mínimo resguardo. Eran humildes refugios de pequeña entidad, contruidos con otra finalidad, aunque pudieran ser aprovechados para acoger a cualquier peregrino o caminante necesitado de amparo.

6.5. Mesones, posadas y ventas

La necesidad de lugares de avituallamiento y albergue para peregrinos y pobres atraídos por la ruta solía ser asumida por los muchos *hospitales* mantenidos por cofradías e instituciones públicas y religiosas. Pero se negaba la acogida a quien podía pagárselo, debiendo **costearse su estancia** en cada parada del itinerario. Por eso, además de hospitales, existían otro tipo de hospedajes: las *fondas, posadas, ventas y mesones*, que también ofrecían a los clientes la venta de vituallas. Los había en las ciudades y villas principales, aislados en despoblado, a pie de camino, junto a los puentes y encrucijadas, y en los puertos más ásperos. Mediante pago, acogían indistintamente a todo tipo de viajeros, ofreciendo comida, víveres, baño, refugio y reposo.

Su presencia multiplicada era característica de las ciudades, especialmente en los accesos urbanos y arrabales, donde también se concentraban los hospitales de peregrinos. Además, los equipamientos hosteleros estaban presentes en muchos pueblos y en los **caminos y despoblados**, distribuidos a lo largo de las distintas rutas, dotando a las encrucijadas, puentes y puertos; o acompañando los tramos más inhóspitos.

6.6. Tiendas y tabernas

Todas las ciudades y villas importantes solían contar con otros equipos, que también solían ser monopolios municipales cedidos a terceros. Las **tabernas** eran a la vez tiendas para la venta al por menor de vinos y licores, y locales para su consumo y el esparcimiento lúdico. La importancia del vino (y del pan) como base dietética de la sociedad medieval y su importante aporte calórico, disparaba su consumo cotidiano. Los peregrinos pobres lo recibían en los hospitales y los que tenían recursos lo adquirían en las tabernas.

Las **tiendas** también eran visitadas por los romeros al llegar a una población, para aprovisionarse de pan y comida. Las tiendas más típicas de la ciudad medieval eran las panaderías, carnicerías y pescaderías. Las verduras, frutas, cazas, pescas y otros productos se vendían en los mercados urbanos. Los viajeros también aprovechaban su estancia en las urbes para comprar otros productos necesarios, como prendas, calzados y manufacturas, que eran vendidas a pie de taller. Y utilizaban estos **talleres** para reparar sus enseres de viaje: zapateros remendones, herraduras y aperos de caballerías, etc.

6.7. Fuentes, abrevaderos y pozos

A lo largo del camino, a cada paso, la **provisión de agua** para viajeros y caballerías era una necesidad ineludible. Fuentes y abrevaderos eran, por tanto, un equipamiento básico en toda vía de comunicación y también en las rutas jacobeanas. Las fuentes solían ubicarse en sitios despoblados y en los accesos a las aldeas que jalonaban la senda. En las poblaciones, se distribuían por los diferentes barrios y calles, y era común el verlas ante las iglesias y en las plazas. Sus aguas eran extraídas de arroyos y pozos y vertidas a pilas y abrevaderos para consumo humano, de monturas y ganados. En su ausencia, cualquier riachuelo permitía saciar la sed del atribulado caminante, aunque siempre con el peligro de ser sorprendido por la **toxicidad de sus aguas**, que muchas veces eran mortales, como recalca el *Códice Calixtino*.

6.8. Baños

Los peregrinos, que permanecían meses y años en ruta, siempre estaban necesitados de **higiene**. Además, la peregrinación obligaba a realizar **rituales de lavamiento** en cada etapa del camino y al final del itinerario, simbolizando la limpieza del pecado, la curación del cuerpo y la purificación del alma. Los romeros solían bañarse en las **fuentes y ríos** que hallaban a su paso, aunque las gélidas temperaturas no facilitaban la tarea. A veces se topaban con unas **fuentes caldas**, estaciones termales y curativas, que sí invitaban a acometer el cuidado higiénico y a embeberse en su terapia mineral.

El **mundo medieval** cristiano heredó de la cultura romana y la vecindad musulmana el empleo de **casas de baños**. Tenían sistemas de calefacción; servían a la higiene como a los lavados rituales; eran centros de encuentro; y generaban pingües beneficios obtenidos por el cobro de tasas a sus usuarios, de las que estaban **exentos** los peregrinos, como en los Baños de Tiermas, donde disfrutaban gratis de sus aguas termales y del vecino hospital.

Además de los baños urbanos, proliferaron las casas de baños situadas sobre manantiales de **aguas termales** y de **propiedades curativas**, que eran aprovechadas desde época romana, como en Tiermas y Panticosa. En ellos, a la práctica higiénica y ritual se sumaban las **prácticas terapéuticas**: aguas sulfurosas o ricas en otros minerales, cada una apropiada para la curación de ciertas dolencias (piel, hígado, riñón, digestivas, menstruales, etc.) Muchos se situaron en los caminos jacobeanos, siendo empleados por los peregrinos.

6.9. Monasteriolos y pequeños cenobios

Mucho antes de la aparición de los grandes monasterios conservados (siglo XI) y muy alejados de la idea que de ellos tenemos hoy, existieron otros cenobios menores, que los textos coetáneos denominan **monasteriolos**. Eran pequeños y rudimentarios monasterios rurales, poblados monásticos de propiedad privada o comunal. Integrados por unos pocos *hermanos*, contaban generalmente con una **miserable dotación** patrimonial que les obligaba a labrar la tierra y a padecer como un campesino más la carestía y la pobreza. Sus templos e instalaciones eran igual de pobres, acordes con su patrimonio. Proliferaron de forma extraordinaria en los siglos IX-X, cuando el fenómeno jacobeo comenzaba a despegar, contándose por docenas en cada comarca del Pirineo aragonés, con **densidad abrumadora**. Algunos de ellos se localizaban junto a las vías jacobeanas, ofreciendo al peregrino sus humildes oratorios y su **hospitalidad**, obligada por los Evangelios. Por ello, prestaban un servicio fundamental al tránsito jacobeo, revelándose como equipamiento viario básico, en una época en la que el Camino de Santiago todavía carecía de una dotación asistencial específica. Pese a su importante papel de **precursor asistencial jacobeo**, han pasado desapercibidos por su extrema humildad, por su temprana desaparición carente de ruinas y por la escasa documentación.

6.10. Monasterios carolingios, condales y reales

En la misma etapa (siglos IX-X) en que los *monasteriolos* plagaban el Pirineo y los peregrinos comenzaban a abrir las rutas a Compostela, surgió otro tipo de monasterios, con mayor riqueza y esplendor: los cenobios fundados por gobernantes o reconvertidos bajo su tutela. La Jacetania y el Alto Gállego conformaron el **condado de Aragón**, inicialmente sumiso al Imperio carolingio (833-864); después desligado de tal dependencia (864-911); y luego integrado en el **reino de Pamplona** (911-1035). Estos sucesivos dominios conllevaron la imposición de sus políticas eclesiásticas y monásticas. Como la aparición de fundaciones *benedictinas* que introducen la floreciente **regla de San Benito**.

Los primeros condes pirenaicos, delegados de los emperadores francos, promovieron en sus condados las reformas monásticas imperiales, con clérigos franceses que reforman monasterios como San Pedro de Siresa (valle de Hecho) y fundan otros nuevos, como San Martín de Ciellas (Canal de Berdún). Después, el expansionismo navarro en territorio aragonés (850-1035), lo sometió a su política eclesiástica erigiendo los monasterios de S^a María de Fuenfría (Salvaterra) y San Juan de Maltray (Ruesta), y el **obispado de Aragón**, con

sede en San Adrián de Sásabe (valle de Borau). El estrecho vínculo de estos cenobios con el poder político y la protección condal y real, les otorgó una gran **riqueza material** que les permitía mantener un número mayor de monjes; poseer siervos que trabajaran sus tierras; y construir iglesias de piedra. Los nuevos monasterios jacetanos jalaron el **itinerario primitivo** del Camino de Santiago. O, mejor dicho, el nacimiento de su peregrinar aprovechó la hospitalidad de los monasterios sitios en las vías principales para diseñar un óptimo recorrido, asegurando los lugares de acogida. Además, estos cenobios obtuvieron las **primeras reliquias**, que también atraían a precoces peregrinos.

Si los *monasteriolos* ofrecían una pobre **hospitalidad** a los transeúntes, los enriquecidos monasterios de inspiración carolingia y benedictina regularon y multiplicaron su obra asistencial. La regla de San Benito exaltaba la atención al necesitado, la acogida al forastero y el hospedaje más esmerado al peregrino. De hecho, reguló la obligación de incluir en los complejos monásticos **enfermerías** donde cuidar a los enfermos y **hospederías** con dormitorio y cocina independientes para hospedar a visitantes, viajeros y mendigos.

6.11. Santuarios y grandes monasterios

Muy lejos de los humildes *monasteriolos* y los florecientes monasterios de la fase anterior, los **grandes monasterios feudales** surgieron en el siglo XI, dentro del *proceso de feudalización* generalizado en Europa, del nacimiento del reino de Aragón y de las grandes reformas que se siguieron. Sancho III (1004-1035) promovió en ellos la reforma benedictina; y Sancho Ramírez de Aragón (1065-1094) acometió la reforma litúrgica romana y la monástica cluniacense. Sus protagonistas fueron los monasterios de San Victorián (Sobrarbe), San Juan de la Peña (Jacetania), San Salvador de Leire (Navarra) y San Millán de la Cogolla (Rioja), que absorbieron decenas de monasteriolos. Y lo mismo ocurrió con las **catedrales** de Jaca y de Roda de Isábena (Ribagorza).

Además, los privilegios con que los reyes los dotaron y las donaciones aportadas por nobles y campesinos, los convirtieron en poderosos **señoríos feudales eclesiásticos** con enormes patrimonios territoriales y riquezas. Como feudales actuaron sus abades y obispos, asesorando al rey, acompañando a la corte y tomando parte activa en la política del reino, las reformas, los fastos y la guerra. Ello les permitió mantener una gran comunidad monacal y edificar grandes basílicas y complejos constructivos que incluían los edificios regulados por la regla benedictina para el auxilio del necesitado (*hospitales, enfermerías, hospederías y limosnerías*) y otras *casas de acogida* en las vías jacobeanas.

La creencia en la eficacia de la intercesión de los santos para obtener el perdón de los pecados y la proliferación de **reliquias** en todas las catedrales y grandes monasterios, hacía que cualquier itinerario de peregrinación se viera dilatado por numerosas paradas y desvíos. Los monasterios y catedrales no eran equipamientos jacobeos, pero el flujo ingente de romeros que atraían les hacía congregarse toda una serie de equipamientos y servicios asistenciales. Las reglas monásticas y el Evangelio les obligaba a ejercer la caridad y hospitalidad con cualquier visitante, peregrino o mendigo que acudiese a sus puertas. Por ello, todos estaban obligados a incluir dichos **equipamientos**: *hospederías* para visitantes y eclesiásticos foráneos; *hospitales* para la acogida de pobres y peregrinos; *limosnerías* donde se repartían comidas, limosnas y vestidos; *enfermerías* para los clérigos enfermos e impedidos; y *cementerios* donde proporcionar descanso cristiano a los visitantes y peregrinos fallecidos en el camino. Los principales centros religiosos de la Jacetania medieval, fueron:

· HOSPITAL DE SANTA CRISTINA DE SOMPORT (valle de Canfranc)

Sito en el puerto de Somport, frente al castillo de Candanchú, en la calzada romana Zaragoza-Jaca-Lescar. Tuvo un refugio de peregrinos regido por un eremita. La promoción de su ruta como itinerario jacobeo principal (siglo XI) lo convirtió en uno de los entes hospitalarios más famosos del Camino jacobeo y del orbe cristiano. Monasterio alpino definido como *hospital de hospitales*, para la acogida de pobres y peregrinos. Poseía decenas de hospitales en las vías jacobeanas en Bigorra, Bearn, Gascuña, Aragón, Navarra y Castilla.

· CATEDRAL DE SAN PEDRO DE JACA

En 1040-1063, los obispos de Aragón se mudaron a la sede real de Jaca. En 1077, Sancho Ramírez la promovió a ciudad, legalizando la irregular existencia del obispado rural. Su hermano, el infante García, primer “*obispo de Jaca*”; inició las obras de la catedral (1077-1139), estableció en ella una canónica *agustiniana* y fundó su Limosnería (1080) que después integró el *Hospital del Santo Espíritu*. El traslado de la ruta jacobea principal a Somport y Jaca, convirtió la ciudad y su catedral en parada obligada para los peregrinos.

· MONASTERIO DE SANTA MARÍA EN SANTA CRUZ DE LA SERÓS

Monasterio real, único cenobio femenino del primitivo reino de Aragón, sito al pie de la montaña de San Juan de la Peña. Se benefició del creciente tráfico jacobeo que se desviaba del itinerario principal para acudir a San Juan de la Peña. Tuvieron (1086) un refugio de peregrinos en el puente de Astorito.

· MONASTERIO DE SAN JUAN DE LA PEÑA

Monasterio más importante del tramo aragonés jacobeo, sito en la sierra de San Juan de la Peña. Custodió la reliquia más famosa de la Cristiandad: el Santo Grial (1071-1399). *Cuna* del reino de Aragón, equiparable a Covadonga o Montserrat. Acogió un eremitorio rupestre y, en el siglo X, un monasteriolo. En 1027, se fundó el monasterio y panteón real. Asumió el protagonismo monástico del reino, difusor de las reformas eclesiásticas. Refundado bajo la reforma cluniacense (1071). De los más poderosos señores feudales eclesiásticos de Aragón. Durante siglos, atendió a los peregrinos en su limosnería y hospedería, y en el camino jacobeo regentó el hospital de Anol.

· MONASTERIO DE SAN SALVADOR DE LEIRE (NAVARRA)

Sito en la frontera entre Aragón y Navarra, en el extremo occidental de la Canal de Berdún, El centro monástico se cita en 842. Disfrutaba ya del protagonismo eclesiástico, cultural, económico y político, ligado a la monarquía pamplonesa. Pronto acumularon propiedades en la Jacetania. Desde el siglo X, fue panteón y monasterio real. Muchos peregrinos lo visitaban.

6.12. Iglesias, ermitas, oratorios y cruceros

Un camino de peregrinación debía ofrecer a sus usuarios lugares de oración, auxilio espiritual y atención sacramental. A cada paso, necesitaban orar y expresar la penitencia de su marcha, para lo que encontraban muchos **equipamientos espirituales** en cualquier jornada de tránsito jacobeo. Cada población ofrecía al peregrino sus **iglesias urbanas**: parroquias, catedrales, monásticas y hospitalarias. Y, en la ruta, los grandes **monasterios** le brindaban todo tipo de asistencia espiritual. En sus templos podían oír misa, recibir los sacramentos, ejercitar sus penitencias y dar o recibir caridad. Incluían altares dedicados a Santiago y a los santos de devoción jacobea (San Julián, San Ginés, etc.) o protectores del viajero (S^a Bárbara, San Cristóbal, etc.). En los largos tramos deshabitados, era habitual encontrar **oratorios viarios**, donde el penitente paraba a orar y suplicar protección. Los había específicos del camino jacobeo, creados para alimentar la devoción del peregrino. Otros le eran ajenos aunque, por situarse en sus vías, eran aprovechadas por él. Se localizaban en cualquier lugar de la ruta y a veces acompañaban puntos clave (encrucijadas, puentes, puertos). En cuanto a su **tipología**, ofrecían un abanico dispar: desde las parroquiales rurales, hasta las sencillas ermitas, pasando por los zoques (oratorio viario típico del Pirineo aragonés), cruceros y cruces de término, pilones, exconjuraderos, arrodilladeros y otros elementos de devoción viaria.

6.13. Cementerios

Los peregrinos muchas veces enfermaban y morían durante el largo y azaroso viaje. Simplemente viajar, abandonar lo poblado, ya era un peligro. En el peor caso, una tempestad, accidente, epidemia o asalto de bandidos o lobos podía sorprenderles en el camino, siendo enterrados junto a él. Si hallaban la muerte en un poblado, eran sepultados en los cementerios urbanos que había junto a todos los templos. Hospitales y monasterios disponían de necrópolis específicas para los romeros y pobres acogidos. La prescripción evangélica de ayuda al prójimo (*dar de comer al hambriento, posada al peregrino, etc.*) incluían la **obligación de enterrar a los muertos**. Por ello esta tarea aparecía entre los servicios inherentes a muchos hospitales de peregrinos; y cualquier devoto debía enterrar a un cadáver hallado insepulto. La **arqueología** ilustra este hecho, con las necrópolis excavadas en la Jacetania y en otros territorios jacobeos, que ofrecen numerosas sepulturas acompañadas por *veneras*.

7. Hospitales y albergues

Entre los distintos tipos de equipamientos que dotaban y conformaban la ruta de peregrinación, sobresale el **equipamiento jacobeo** por antonomasia: los *hospitales*, *albergues* y *limosnerías*, que ofrecían sus servicios a mendigos y peregrinos. Por una parte, les facilitaban auxilio, hospedaje y avituallamiento. Por otra, canalizaban y gestionaban la caridad de los individuos, instituciones y comunidades que deseaban hacer su aportación. La *caridad* (en el sentido evangélico de amor al prójimo), la *hospitalidad* (acogida al forastero y al desheredado) y la *limosna* (auxilio al pobre) eran los conceptos clave que movían a todos los estamentos de la sociedad medieval a prodigarse en la solidaridad con el necesitado. Y, entre ellos, el peregrino forastero -alejado de su patria y abandonando sus bienes materiales- ocupaba un lugar protagonista.

En definitiva, los hospitales eran el lugar donde los peregrinos, alejados de los bienes de este mundo (“*déjalo todo y sígueme*”), se convertían en mendigos –conviviendo con ellos- y se abrían a recibir la caridad ajena, como una práctica más del sacrificio penitencial auto-impuesto por el peregrinaje. Y, a la par, eran el lugar donde el resto de la población podía ejercitar, de una forma organizada, la caridad con el prójimo y la hospitalidad con el forastero, desprendiéndose a su vez de una parte de sus bienes materiales.

Su **distribución territorial** permitía al peregrino y al transeúnte diseñar su itinerario asegurando el hospedaje a lo largo del recorrido. Por ello, para promocionar una nueva variante o el desvío a un santuario, se construía una serie de hospitales que invitaran a sus potenciales usuarios a desviarse.

A lo largo del trayecto, en ciudades, pueblos, encrucijadas y puertos, fueron multiplicándose las instituciones hospitalarias que, plasmando el espíritu evangélico (*fui peregrino y me acogisteis; dad y se os dará*), ofrecían su cobijo al necesitado, en general, y al peregrino, en particular. Eran fundadas y mantenidas por reyes, nobles, instituciones y órdenes religiosas, cofradías y grupos vecinales. Sin embargo, a veces, era necesario recurrir a las posadas o a la inemperie ya que el flujo de peregrinos se multiplicaba en algunas épocas del año o en los años santos, cuando las hospederías se saturaban.

7.1. Orígenes hospitalarios y evolución

En el mundo cristiano, la palabra de Jesús y los textos de sus discípulos promovieron que una de las principales obligaciones del cristiano fuese el socorro al prójimo. *“Aunque hable todas las lenguas (...), y aunque conociera todos los misterios y toda la ciencia, y aunque tuviera toda la fe hasta trasladar montañas, si no tuviere caridad, nada soy”* (I CORINTIOS, 13). Por ello, desde época paleocristiana, los fieles se afanaron en la práctica hospitalaria, guiados por **obispos** que debían ofrecer su ejemplo. En los primeros siglos medievales, la enorme difusión de los **fenómenos ascéticos** (*eremíticos y monásticos*) protagonizaron la evangelización de las regiones del extinto imperio Romano, todavía muy paganas, y el cumplimiento del precepto de la caridad. La hospitalidad revistió otras dos formas: la de los particulares en sus casas (caritativa o retribuida) y la recibida en hospitales de grandes propietarios.

Sin embargo, el origen de la **hospitalidad organizada** se halla en la *regla benedictina*, escrita por San Benito de Nursia (siglo VI) para regular la vida conventual. Fue determinante que esta regla monástica se convirtiera en la más importante de Occidente (siglos VIII-XI). Su generalizada aplicación hizo surgir a la puerta de cada monasterio la **hospedería**, para recibir a cualquiera. Y la **enfermería**, para atender a los miembros de la comunidad e incluso a personas ajenas a ella, enfermas e impedidas. De esta forma, en una época en la que había muy pocas ciudades, los **monasterios** fueron posada obligada de los viajeros de toda índole: gobernantes, peregrinos, vagabundos, etc.

A partir del siglo XI, los documentos nos permiten observar la **evolución** sufrida por las *hospederías*, que aparecen reservadas para el hospedaje de los visitantes menos humildes (clérigos foráneos, nobles, realeza); mientras que la acogida al pobre y al peregrino empobrecido comienza a ser segregada en los nuevos hospitales y limosnerías monásticas. También las catedrales regularon su caridad mediante **hospitales** y **limosnerías**, prescindiendo ya de las hospederías. Pero todas seguirán compartiendo el uso de las *enfermerías*.

Entre los siglos XI-XIII, el desarrollo de la sociedad medieval y de la peregrinación a Santiago y a los grandes santuarios regionales, mediatizó un nuevo impulso, optimizando y diversificando sus equipamientos y servicios. Muchos **monarcas**, enzarzados en políticas de reactivación comercial y en la promoción del Camino jacobeo, invirtieron grandes sumas en mejorar la infraestructura viaria y en fundar hospitales, puentes, baños y otros equipos. Por su parte, los grandes monasterios y catedrales, poderosos **señores feudales** con grandes riquezas e influencia política, fundaron multiplicadas instituciones de acogida donde atender a los también multiplicados pobres y peregrinos que se acercaban a sus

puertas. A la par, surgirán las **órdenes hospitalarias** y militares (siglo XII, templarios, hospitalarios, etc.) cuyos *monjes-guerreros* alternaban el uso de la espada para conquista de Santos Lugares, con la escolta al peregrino en caminos peligrosos y con la acogida al necesitado en sus propios hospitales. Después nacieron las **órdenes mendicantes** (siglo XIII, franciscanos, dominicos, etc.), integradas por *frailes* con *voto de pobreza* y con un papel fundamental en la acogida al pobre y al peregrino, recuperando las hospederías y regentando numerosos hospitales.

El simultáneo nacimiento de los **gobiernos municipales** implicó su inmediato interés en favorecer a los necesitados de la propia comunidad y a los transeúntes foráneos, fundando sus propias limosnerías. En la misma fase, las asociaciones vecinales del tipo **cofradía** se multiplicaron por toda Europa. La mayoría dedicó parte de sus recursos a obras pías, socorriendo a sus cofrades caídos en necesidad y al resto de necesitados. Mientras que otras se dedicaron específicamente a la atención asistencial, manteniendo sus propios hospitales. Por último, los legados de muchos miembros de la realeza, la aristocracia y la pujante burguesía urbana conllevarán la fundación de **hospitales privados**.

Como consecuencia, la enorme multiplicación del número de hospitales e instituciones en cada región y ciudad, permitió otro paso en su evolución: su **especialización** en distintos tipos de casas de acogida y de obras pías. Unas eran leproserías para contagiosos; otras asilaban expósitos y huérfanos, o locos, o ancianos y convalecientes. Algunas dotaban a doncellas pobres, rehabilitaban prostitutas o auxiliaban viudas indigentes, vecinos empobrecidos y campesinos en apuros. Aunque en los lugares donde sólo había un hospital, las funciones seguían solapándose, acogiendo a todo tipo de necesitados.

En los siglos XV-XVI, los hospitales fueron objeto de un nuevo avance, que otra vez optimizaba la asistencia al necesitado con el nacimiento, en las principales ciudades, de **hospitales generales**. Eran entidades que surgían de la fusión de varios hospitales, sumando rentas y recursos y erigiendo centros de mayor entidad. Ello permitió incluir distintos pabellones para los distintos tipos de acogidos, multiplicando el número de camas y con médicos y cirujanos por fin contratados para una **asistencia médica** continua que, hasta entonces, había tenido una oferta circunstancial. Muchos llegaron en uso al siglo XX.

7.2. Hospitales viarios y urbanos

Los albergues **viarios** se localizaban en los despoblados, en los puntos más transitados y en los pasos más peligrosos. Unos se sitúan junto a puentes o en

los cruces de caminos. Otros, los *hospitales portuarios* o *alpinos*, eligen los pasos de montaña más abruptos, donde el auxilio es más imprescindible.

Los centros hospitalarios **urbanos** se situaban en los accesos y en el interior de ciudades y pueblos. Cuanto mayor eran, más se multiplicaba su número. Jaca tuvo catorce, la mitad situados en el arrabal del Burnao. En Sangüesa (Navarra) había trece y en Zaragoza diecisiete. En los **arrabales** (barrios *extramuros* en los accesos a la ciudad) se concentraban muchos hospitales, mesones y conventos de órdenes mendicantes, confiriéndoles cierto carácter de **ciudad sanitaria y asistencial**. Justificaba tal proceder la necesidad de albergar a los numerosos peregrinos y viajeros que accedían a ella continuamente; de mantener alejados a leprosos y potenciales portadores de epidemias; y de atender a los pobres que abundaban en todas las ciudades.

7.3. Prestaciones e instalaciones

El *hospital* medieval era una institución de caridad y también un edificio específico destinado a ejercer la *hospitalitas*. Estaba destinado a los mendigos y peregrinos pobres, que decidían prescindir de su riqueza imitando a Cristo, o que caían en necesidad durante el viaje. Por contra, los romeros que viajaban con dinero, debían pagarse un mesón. La *limosna* (*almona*) incluía los óbolos monetarios y los alimentos habitualmente repartidos entre los pobres.

Ofrecían a los vagabundos forasteros y a los peregrinos necesitados su **albergue** durante uno, dos o tres días y noches. Aunque ante circunstancias adversas (inclemencias climáticas, enfermedad del acogido, etc.) podían disfrutarlo más tiempo. De hecho, los *hospitales para pobres y peregrinos* eran hospicios destinados al **albergue provisional**. Solían contar con un comedor y ofrecían periódicamente sopa-bobas y convites. Repartían limosnas, alimentos y vestidos. Los enfermos recibían **cuidados médicos**. Los contagiosos se llevaban a la leprosería más cercana, donde se les aislaba. Y ofrecían el **auxilio espiritual** de un capellán encargado. En definitiva, gestionaban la caridad y la solidaridad de la sociedad, a modo de ONG medievales.

Constructivamente, los hospitales adoptaban distinta forma y volumen, dependiendo de su entidad. Los más humildes ocupaban una casa común, cedida por algún donante, donde se apretaban los ámbitos destinados al hospitalero encargado, a los visitantes acogidos y a los víveres. En el otro extremo, las grandes instituciones hospitalarias como el Hospital de Santa Cristina de Somport o el Hospital de Roncesvalles integraban enormes complejos constructi-

vos similares a los grandes monasterios y que incluían varias iglesias, edificios, cementerios, instalaciones y ámbitos productivos y de almacenaje, además del hospital propiamente dicho. Entre uno y otro extremo, los había de diferente tamaño. El **prototipo** más usual solía contar con una casa-hospital, una pequeña capilla y cementerio anexos. Dicha casa incluía algunos dormitorios con grandes camas donde apretujar a los acogidos; una cocina para preparar las comidas; un comedor; granero, pajar, lagar y bodega para almacenaje de víveres; y un establo. Y, a veces, una estancia para vivienda del encargado (hospitalero) y un huerto para el autoconsumo. Si lo gestionaba una comunidad eclesíástica, incorporaba los edificios apropiados.

Otro elemento fundamental en las casas de acogida eran las **camas**. Los muebles y utensilios domésticos eran muy escasos y valorados: fue común en los testamentos donar un lecho con su ropa a un hospital. Lo normal en la Edad Media era que en cada uno durmiesen varias personas y que algunos dormitorios contaran con varias camas. En los hospitales, aun de poca entidad, era habitual separar los aposentos de hombres y mujeres. Los más pequeños poseían sólo dos camas, mientras los más grandes tenían varias decenas. En Zaragoza, por ejemplo, los hubo con ocho, doce y hasta treinta camas.

Como señala LACARRA, por la vena se reconocen mutuamente el peregrino y el hospital. A ser posible, el encargado de **recibir a los peregrinos** debía saber lenguas extranjeras. En los hospitales sencillos los romeros sólo recibían cama, sal, agua y fuego durante una noche. Aunque la mayoría repartía alimentos en especie (pan, vino, queso, etc.) o comidas. A partir de este mínimo, las **prestaciones** se podían multiplicar hasta cubrir cualquier necesidad imaginable, según los recursos disponibles. Se cuidaba mucho el **lavatorio de pies** de los acogidos, ritual de humildad a imitación de Jesucristo el día de la Cena. Incluso el sacrificio extremo, de amor al prójimo, se recreaba con prestaciones alejadas de todo escrúpulo, como el despiojado; el baño de los más necesitados de higiene; o la limpieza de yagas y tumoraciones.

En síntesis, se evidencia un denodado esfuerzo que intenta cubrir absolutamente todos los aspectos que un necesitado pudiera necesitar. Muchas **prestaciones** son comunes a la mayoría de centros asistenciales; otras son minoritarias o excepcionales. Unas sirven para todo tipo de acogidos, foráneos o vecinos, peregrinos o indigentes, mientras que otras son específicas de un grupo. En suma, son tantas, tan variadas y tan precisas, que es obligado ofrecer un inventario esquemático de las que hemos podido documentar en unos **130 hospitales e instituciones** de la región central pirenaica:

- Acoger pobres y peregrinos.
- Salir de propio a buscarlos, por las calles y plazas y por los caminos.
- Guiar a los peregrinos, pobres y viajeros perdidos en el camino (por los puertos nevados, por la niebla y la ventisca, por los bosques selváticos), bien acompañándolos, o bien realizando toques de campana y otras señales.
- Transportar a los enfermos e impedidos a caballo o en sillas de mano o en litera hasta el siguiente hospital más próximo.
- Auxiliar a peregrinos y viajeros en peligro (pasos portuarios, ventiscas, nieblas, bandoleros, y demás inclemencias del viaje).
- Socorrer a peregrinos y viajeros accidentados o siniestrados.
- Limpiar caminos y abrir puertos (cerrados por la nieve y por desprendimientos).
- Reparar o construir caminos, puentes, fuentes, albergues, etc.
- Darles alimentos (pan, carne, pescado, queso) y bebida (agua, vino).
- Darles sal, agua y aceite (a falta de otras prestaciones alimenticias).
- Darles comida preparada (potajes, sopas y guisos).
- Proporcionarles vajilla y ropa de mesa.
- Dar lecho, ropa de cama, mantas de abrigo, y proporcionar lumbre, luz o velas para iluminarse en la noche.
- Dar camas y estancias separadas y con vigilancia a las mujeres, intentando protegerlas de potenciales abusos masculinos.
- Permitir uno, dos o tres días y noches de estancia gratuita, aunque no más, excepto en el caso de que el acogido se hallase enfermo o que las condiciones climáticas impidieran el caminar. Tal plazo cubriría de sobra las necesidades del peregrino, que debía continuar su ruta. Y, al limitarlo a un albergue provisional, se intentaba evitar que los mendigos se perpetuaran en un hospital.
- Dar fuego o leña para soportar el frío de la noche.
- Lavado ritual de pies, como símbolo de humildad y servicio cristiano.
- Despiojado, baños higiénicos, limpiezas, cura de yagas y heridas.
- Dar víveres y vituallas (repartos en limosnería de pan y especias).
- Vestir, dar ropa de abrigo y calzar pobres.
- Repartir limosnas entre los pobres y necesitados locales y foráneos (en dinero y en especie) (limosnas generales y limosnas particularizadas cotidianas).
- Procurar a los enfermos asistencia médica, curas y medicamentos oportunos (limpieza de yagas, sangrías, baños terapéuticos, herboristería, etc.)
- Asegurar la asistencia espiritual a pobres y peregrinos (misas, confesión, sacramentos, consuelo espiritual, etc.)
- Ofrecer asistencia veterinaria para las caballerías de los viajeros y de los peregrinos más pudientes.
- Prestar dinero o cereal al necesitado, aunque sin interés.
- Proporcionar préstamos de simiente al campesino en años de carestía, en apuros económicos o al borde de la ruina.
- Acoger al *donado* o lego (niños, adultos sanos, impedidos, ancianos, etc.)
- Proporcionar casa y cuidados oportunos a los locos, leprosos, y demás tipos de enfermos, impedidos y disminuidos.
- Ayudar a viudas y huérfanos, entregados a la indigencia.
- Acoger y cuidar a los ancianos e impedidos sin familiares que los cuiden.
- Proporcionar nodriza y cuidados a los niños expósitos.
- Casar doncellas pobres y huérfanas, proporcionándoles el dinero de la dote.
- Costear los estudios básicos a los niños; proporcionar formación profesional a los huérfanos, o incluso estudios superiores (becas) a los más adelantados.
- Rescatar cautivos en manos musulmanas, y pagar los rescates.
- Rescatar prostitutas y proporcionarles otra forma de vida (dotes matrimoniales o formación profesional).
- Asistir a los reos y ajusticiados, visitarlos en la cárcel, consolarlos en el patíbulo y enterrar cristianamente a los condenados a muerte.
- Acompañar moribundos en el trance de la muerte.
- Velar a los muertos.
- Costear el funeral, entierro y sufragios a peregrinos y fallecidos sin recursos.

7.4. Protección, mantenimiento y autofinanciación

Ya hemos señalado los peligros que hallaban los romeros y la protección con que las autoridades los contrarrestaban. Idéntico amparo dieron a los centros de asistencia: el poder laico y eclesiástico **protegió a los hospitales** de los abusos y rapiñas con diversos privilegios: concesión de inmunidad a sus propiedades; exenciones fiscales; y prohibiciones para evitar daños a sus bienes (enajenaciones, gestiones negligentes, malversaciones, etc.) Respecto a ello, es frecuente la intromisión del clero y la nobleza en la administración de los bienes de los hospitales (CARRASCO, 1983, 25), tanto para vigilar su buen funcionamiento como para lucrarse con ellos, dependiendo de su honestidad.

Como ejemplo de esta protección citaremos al Hospital de Santa Cristina de Somport. En 1100, Pedro I de Aragón eximía a sus vasallos del servicio militar para que sus rentas no fueran perjudicadas por la guerra. Alfonso I (1104-1134), Ramiro II (1134-1137) y Pedro II (1208), confirmaron sus bienes, añadieron otros nuevos y lo ayudaron en sus conflictos con los valles vecinos. Y los pontífices Pascual II (1116), Honorio II (1125), y Eugenio III (1151), que lo tomaron bajo su protección, confirmando sus enormes posesiones y privilegios.

Los hospitales eran fundados y sostenidos por potentados, cofradías, centros eclesiásticos y municipios. Pero los diferentes tipos de fundaciones comparten un **modelo de gestión común**: debía aportarse un **patrimonio fundacional** cuyas rentas cubrieran su mantenimiento a perpetuidad. Esto aseguraba la autofinanciación y garantizaba su perdurabilidad frente a los avatares del tiempo. Alguno fue ejemplarmente precavido, como el burgués Blasco de Les (siglo XVI) que previó las fatalidades que pudieran arrasar su obra pía de Canfranc, (guerras, incendios, crecidas del vecino río, etc.) regulando qué hacer y destinando dinero para solventarlos (GARCÍA, 1997).

Este patrimonio, más humilde o espléndido según la entidad del hospital, estaba integrado por un conjunto de **propiedades inmuebles**, rústicas (tierras, fincas, campos, etc.) y urbanas (casas, molinos, hornos, baños, etc.) En la economía de montaña, fue común que incluyesen un pequeño **rebaño**, que anualmente produjera crías, lana y queso, además de usar sus productos para el consumo de los acogidos. Como en el hospital del Santo Espíritu de Jaca, cuyas cabras les proveían de salazones y leche. En grandes hospitales como el de Somport, sus cabañas ganaderas eran tan inmensas como sus pastos. Muchos disfrutaron **censales** (inversión crediticia que genera una renta anual). Si el fundador era un feudal, podían recibir **equipamientos monopolísticos** (molinos, hornos, baños, etc.) y otros derechos (pastos, bosques, caza, etc.)

Por ejemplo, la Alberguería de Canfranc, promovida por la condesa Sancha, poseía un palacio, un molino y un horno. El Hospital de Artieda se mantenía con las aportaciones y colectas de la cofradía local de Santa Cristina y con las rentas de un molino, un horno y otras heredades. Como contrapunto, la Limosnería de San Juan de la Peña (LAPENÑA, 1989, 405) tenía abultadas propiedades (villas, pardinas, heredades, campos, iglesias, palacios, casas, molinos, diezmos, etc.) en 36 poblaciones, cuyas rentas costeaban el oneroso sostenimiento de sus igualmente importantes y diversificadas obras de caridad.

Las **rentas generadas** por todas sus propiedades aseguraban el mantenimiento de las alberguerías. Además, era habitual que la dotación inicial se acrecentara con posteriores **donaciones pías** y legados testamentarios de sus patrocinadores, de sus cofrades o de otros particulares. Su financiación se completaba con las **limosnas** cotidianamente colectadas entre la población.

La **gestión** la ejercían encargados *hospitaleros* o *limosneros*: canónigos o monjes en las de patrocinio catedralicio y monástico. Pero suele ser un hombre o un matrimonio laico asalariado (*hospitaleros*) quien se encarga de cuidar directamente a los acogidos y de servir la casa y la cocina del albergue. En otros muchos casos, eran regidos por comunidades de *frailes* de las llamadas *órdenes mendicantes* (franciscanos, dominicos, etc.) y de *órdenes hospitalarias* o asistenciales (San Juan de Jerusalén, de la Merced, etc.)

7.5. La decadencia hospitalaria

Sin embargo, el correr de los tiempos agravó una dificultad que afectó a estas instituciones, haciendo desaparecer a muchas y condenando a otras a la **decadencia** y a reducir al mínimo su obra asistencial y sus prestaciones. En efecto, los patrimonios acumulados que inicialmente cubrían su mantenimiento, algunos siglos después se hallaban completamente desvalorizados, por diferentes causas que se solapaban, empeorando sus funestos resultados.

Entre las **causas** de tal decadencia sobresalían algunas que hallamos generalizadas en el tiempo y en las diferentes instituciones estudiadas, y que son denunciadas por sus coetáneos. Unas eran consecuencia de la decadencia de las instituciones gestoras. Como la *división de rentas* generalizada en los monasterios y catedrales en los siglos XIII-XVI (iniciando su propia crisis), primer varapalo para sus centros asistenciales. Y no digamos la relajación del clero. Unas se deben a actuaciones internas, con gestiones negligentes, enajenaciones indebidas y malversaciones. Otras son producto de abusos externos, como

las expropiaciones hechas por señores feudales; o la sisa o negación de propiedades por arrendatarios. Y otras se deben a coyunturas generales: saqueos y destrucciones de guerra, persistente devaluación monetaria, devastadoras calamidades naturales y recurrentes incendios.

En el ejemplo de Santa Cristina de Somport, el cronista LALANA (siglo XVIII, 68-83) detalló las causas de su decadencia. Comenzó en el siglo XIV con la división de rentas entre el prior y los canónigos, y la decadencia conventual que se siguió. Los priores, para su comodidad, dejaron de residir en Somport y desatendieron su función. Los pocos canónigos que quedaron se entregaron a una vida disoluta, entregándose a vicios profanos. Desde tiempo atrás, muchos señores que tenían asignados temporalmente feudos del Hospital se negaron a devolverlos. Después vinieron las enajenaciones de tierras, casas y posesiones que los canónigos arrendaban a sus parientes con el fin de beneficiarlos, y que éstos acaban apropiándose. Como resultado, en el año 1464, la mayor y mejor parte del fabuloso patrimonio del Hospital había sido enajenada. Pero en los siglos siguientes, el proceso siguió agravándose. Muchas propiedades fueron expropiadas por simples arrendatarios, que negaban el pago de rentas y su propiedad. O por envalentonados municipios y valles que aprovechaban la situación caótica, como ocurrió cuando 200 vecinos armados de los valles de Aisa, Borau y Canfranc lo asediaron (1563). La implantación de la *herejía* luterana en el Bearn causó la incautación de las inmensas propiedades de Santa Cristina en tierras francesas (1571). La misma guerra de religión provocó el traslado de los canónigos a Jaca y el abandono del hospital. Hubo un intento de reactivación con su traspaso a los dominicos (siglo XVII), pero el frío extremo, los incendios y las guerras impusieron la devastación y el abandono.

Como resultado de todo ello, entre los siglos XVI-XVIII, a la par que languidecían muchos monasterios y canónicas y que otras instituciones civiles se veían asfixiadas por dificultades financieras, la mayor parte de los pequeños hospitales heredados de época medieval fueron desapareciendo. Poco a poco y por las causas citadas, sus rentas menguaron hasta ser insuficientes para mantener sus obras de caridad. Los edificios que los acogían sufrieron el mismo proceso de degradación y ruina. En el siglo XIX, la *Desamortización* extinguió muchos monasterios, arrastrando consigo su obra asistencial. Después, sólo sobrevivió un número reducido de hospitales generales, casas de convalecencia, casas de beneficencia y asilos, algunos fundados de nuevo.

8. Los promotores de la caridad y la limosna

En el mundo cristiano, la caridad, la limosna y la hospitalidad pertenecen a la esfera privada de la **religiosidad individual**. Cada persona decide en qué forma y grado debe esmerar su práctica, para ganar la salvación del alma. Esta **iniciativa particular** afecta a todos los estamentos sociales, a ricos y pobres, laicos y eclesiásticos, campesinos y gobernantes. Y se plasma en todos los grados, desde la más humilde limosna o gesto hospitalario hasta la más grande fundación. Su forma más básica es la **limosna**, que se desprende de una pequeña cantidad de dinero (*óbolo*) o especie para auxiliar al necesitado. Al alcance de cualquiera, era practicada cotidianamente por el pueblo llano y los nobles, de acuerdo con la voluntad solidaria y la generosidad de cada cual.

Pero la documentación medieval señala otras formas más sustanciales de solidarizarse con el prójimo, antaño generalizadas: los *legados*, *mandas testamentarias* y *fundaciones particulares*. Los **legados** eran una limosna de gran entidad que un particular otorgaba a una institución. Los campesinos solían donar algún campo, cuando ello no afectaba a la herencia familiar que aseguraba la supervivencia de los hijos. Los nobles podían legar importantes rentas, propiedades y monopolios feudales, sin turbar su inmenso patrimonio. Las **mandas testamentarias** eran un tipo de legado para el momento de la muerte, ordenando a un albacea cumplir sus disposiciones. Se generalizaron tanto que la mayoría de los testamentos medievales, humildes u opulentos, incluyen algún apartado en beneficio de las obras pías de su comunidad. Por último, las **fundaciones particulares** eran el grado más generoso de ayuda al prójimo y, por su elevado coste, estaba reservado a los más ricos (realeza, nobleza laica y eclesiástica, y burguesía). Se trataba de destinar una gran cantidad de dinero o propiedades con el fin de fundar un nuevo hospital u obra piadosa institucionalizada, de tal forma que sus rentas permitieran perpetuarla.

Pero, conviviendo con la iniciativa particular, toda sociedad promueve **iniciativas colectivas**. De hecho, las sociedades antiguas mantienen fuertes vínculos comunitarios que desarrollan una trascendente **solidaridad social**. Gracias a ella, cualquier miembro caído en desgracia es auxiliado rápidamente por la comunidad, mediante diversas estrategias. Con el paso del tiempo y el desarrollo de las relaciones sociales, en el seno de cada sociedad surgen *asociaciones comunitarias* (vecinales, gremiales, etc.) que comienzan a preocuparse por los problemas del colectivo y por sus soluciones. También de los necesitados de su comunidad y de las obras pías que han de socorrerles. En el Occidente cristiano medieval, aquellas asociaciones tomaron la forma de **cofradías**: corporaciones vecinales, gremiales y asistenciales que defienden los intereses de su colectivo, caracterizadas por alentar unos fuertes vínculos de **solidaridad interna** y auxilio mutuo entre sus miembros. Muchas de ellas, teniendo otros

objetivos prioritarios, dedicaron parte de sus recursos a la caridad con el desfavorecido ajeno a su asociación (promoviendo periódicas limosnas y prestando ayuda a los pobres). Y las **cofradías asistenciales** se fundaron con el objetivo fundamental de ejercer la caridad, construyendo un hospital y manteniéndolo. Las comunidades hebreas y mudéjares, presentes en las ciudades aragonesas medievales, tuvieron sus propias cofradías piadosas.

En tercer y último lugar, la iniciativa hospitalaria particular y colectiva convivió con las **iniciativas institucionales**. Cuando una sociedad evoluciona en sus relaciones de poder, desarrolla instituciones políticas y religiosas que se atribuyen funciones sociales que antaño pertenecían al colectivo. Igualmente, la solidaridad interna y externa del grupo es gestionada por las mismas instituciones, que monopolizan todo liderazgo social. Así sucedió en época medieval, cuando las instituciones civiles y eclesiásticas asumieron el protagonismo asistencial, aun dejando lugar a la iniciativa privada y comunal.

Por una parte, las **instituciones civiles** se esforzaron por atender la necesidad social de atención asistencial, tanto de familias desfavorecidas, como de pobres y peregrinos forasteros. Con el nacimiento del reino de Aragón (1035) y el consiguiente desarrollo institucional tal iniciativa fue protagonizada por los **monarcas** y miembros de la realeza. Fundaron obras pías y hospitales, y realizaron grandes legados a otras instituciones dedicadas al auxilio del prójimo, especialmente, eclesiásticas (monasterios, catedrales, órdenes religiosas). Con el paso del tiempo y en el *proceso de feudalización* (siglos XI-XIII), los reyes delegaron grandes cotas de poder y de posesión territorial a los nuevos **señores feudales**. A la vez que asumían funciones antaño privativas del rey (gubernativas, militares, fiscales, judiciales, represivas), se atribuyeron cierto tutelaje con los desfavorecidos, imitando las iniciativas regias. En el siglo XIII surgieron las **administraciones municipales**, a las que los monarcas también otorgaron cierto poder y funciones de autogobierno (fiscales, militares, judiciales y asistenciales). Desde su nacimiento, los gobiernos municipales se hicieron un relevante hueco entre los promotores de la hospitalidad. A tal fin, colaboraron con las instituciones pías y crearon otras nuevas mantenidas por ellos. Por ejemplo, el *Concejo de Jaca*, nacido el año 1212, ya poseía en 1223 una importantísima obra social y de beneficencia, las *Caridades de Jaca*, que auxiliaba a los ciudadanos y a los transeúntes foráneos pobres y necesitados.

Esta multiplicada **respuesta institucional** (real, señorial, municipal) a las necesidades sociales más perentorias adquiere sentido por su papel fiscal que, teóricamente, les obligaba a revertir parte de lo recaudado en beneficio del **bien común**. Recordemos que, en esa sociedad de abundantes mendigos, discapaci-

tados e inmigrantes desheredados, cualquier contingencia (una mala cosecha, sequía, guerra, epidemia, etc.) condenaba a cientos de familias a la pobreza. A ellos se sumó el masivo tráfico de peregrinos, de pobreza auto-impuesta. Todo esto provocaba un complejo problema social al que la iniciativa particular, colectiva e institucional debía dar respuesta.

Por su parte, las **instituciones eclesiásticas** ofrecieron similar respuesta. Tanto los fieles y sacerdotes que integraban la Iglesia como sus instituciones (diocesanas, monásticas, órdenes religiosas) se embarcaron en la práctica del amor al prójimo, cumpliendo con sus preceptos religiosos. Los **eclesiásticos** estaban doblemente obligados a ello por sus votos y por las reglas conventuales. Y, como guías espirituales, tenían la obligación de predicar la necesidad de ejercer la caridad para ganarse la indulgencia divina.

Los obispos y abades debían esmerarse en la caridad por diferentes motivos. El Evangelio señala la hospitalidad entre las principales cualidades de los promovidos al episcopado. El **alto clero**, dotado con el poder económico por proceder de familias nobles y por el ejercicio de su cargo, intentaba cumplir los mandatos de Jesús y promover su cumplimiento por parte de los fieles. Además, conformaron una *aristocracia eclesiástica* que participaba en las funciones gubernativas laicas (fiscales, militares, judiciales, represivas), incluyendo la tarea de atender el bien común y la asistencia al necesitado.

Los **centros religiosos** (monasterios, catedrales) tuvieron un papel fundamental no sólo en la promoción hospitalaria, sino en su gestión directa. Los hospitales, limosnerías, enfermerías y hospederías instituidos por ellos, que luego veremos, son el mejor ejemplo. Y no se ha de olvidar la intensa práctica caritativa de los *eremitas*, que fueron millares en la Alta Edad Media. Incluso hubo **eremitas viarios** dedicados en exclusiva a la asistencia al romero jacobeo y a la construcción y mantenimiento de sus caminos y equipos (Hugo de Somport, Santos Felicia y Guillén, S^o Domingo de la Calzada, San Juan de Ortega, San Lesmes). Ni tampoco la de los **simples fieles** devotos, empeñados en el esmero por ser buenos cristianos. Unos y otros vuelven a referirse a una iniciativa individual y generalmente anónima, cuyo volumen era importante, pero que los documentos medievales han marginado en la ignorancia.

9. Las motivaciones

Humildes que ejercían la limosna; propietarios que legaban bienes; potentados que realizaban fundaciones; instituciones que multiplicaban su oferta asistencial. Todos ellos compartían unas motivaciones para el ejercicio de la caridad. Mientras que otras eran específicas de un grupo concreto.

Entre las compartidas por todos, resalta la **piEDAD sincera**, la empatía con el desfavorecido, el deseo altruista de auxiliarle. Dentro de esta motivación hay dos actitudes: las que tienen un fondo espiritual y las que carecen de él. En el primer caso, el motor principal es la caridad (*amor al prójimo*) de **motivación religiosa**. En el segundo, la *empatía* (comprensión e identificación plena con el prójimo) es la que provoca el auxilio al otro, por una **voluntad solidaria** laica. Entre las motivaciones religiosas tuvo un papel esencial el **temor a la muerte** y al infierno, como consecuencia del pecado que atenaza a todo cristiano. Ello obligaba al temeroso de Dios o al constreñido por su mala conciencia a prodigarse en prácticas que le granjearan la remisión de los pecados: ejercicios espirituales, peregrinación penitencial y práctica de la caridad. Al respecto, la creencia en el poder salvador del legado piadoso era generalizada, por lo que poderosos y humildes desgajaban de sus bienes una porción para los pobres.

Sin embargo, las motivaciones religiosas y solidarias, de espíritu sincero y fraternal, se vieron empañadas por actitudes más materiales y desvirtuadas, más perversas. Por ejemplo, la que mediante un ostentoso ejercicio de la caridad busca obtener el **prestigio** y el reconocimiento social, como denuncia Jesucristo en los Evangelios, recomendando que esta práctica sea discreta.

Otro motivo aún más viciado para el ejercicio de la piedad era el **interés lucrativo**. La fundación de un hospital atraía una cascada de donaciones que podía reunir un gran caudal de bienes inmuebles y dinero. Y ello podía atraer la ambición de los personajes más deshonestos, que sólo buscaban beneficiar el propio interés. Aunque, eso sí, disfrazado bajo la capa de la generosidad falaz.

También fue habitual el **interés político**, lógicamente privativo de los grupos de poder, que podía llegar a manipular las prácticas hospitalarias. Recordemos cómo el rey de Francia obtuvo del Papa permiso para extinguir y reprimir a la orden militar y asistencial del Temple, con el fin encubierto de lucrarse con su astronómica fortuna y de beneficiarse políticamente.

Las mismas motivaciones participaron del desarrollo de la **peregrinación jacobea**, que movilizó grandes capitales y patrimonios, e importantes intereses económicos y políticos. Según CALASTRENC (2006, 143), los poderes laicos y eclesiásticos, comprendieron pronto el interés de las vías de comunicación transpirenaicas y del Camino de Santiago, con su tráfico comercial extraor-

dinario. Con el fin de proteger a sus usuarios crearon una red de hospitales, a la par que afirmaban su presencia en esta zona de gran potencial económico. Aunque la misión de refugio sirvió para justificar su presencia en la región, algunas adquirieron gran importancia gracias a sus posesiones a ambos lados de la cordillera. Por ejemplo, el Hospital de Gavarnie (Hautes-Pyrénées) tenía propiedades en las dos vertientes del Pirineo. Santa Cristina de Somport poseía un número inmenso de propiedades y hospitales en cinco principados pirenaicos. La Orden de los Hospitalarios de San Juan de Jerusalén, que actuaba en todo el orbe cristiano, contó con numerosos hospitales en el Pirineo, y con una enorme influencia política.

10. Modelos hospitalarios

10.1. Hospederías

Según la regla de San Benito (cap. 53), la acogida en los monasterios ha de ser obligada, cuidadosa, solícita y esmerada con todo tipo de forasteros, “*que nunca faltan en el monasterio*”; pero atendiendo con especial celo a los pobres y peregrinos, “*como a Cristo, ya que él un día ha de decir: fui forastero y me acogisteis*”. Para ello regula la presencia de la hospedería en el convento: un pabellón dotado con camas suficientes, con una cocina independiente para no perturbar la rígida vida conventual y con un monje dedicado a su gestión.

Por esta exitosa normativa, a las puertas de los cenobios medievales surgieron las hospederías, a modo de mesones gratuitos para todo el que lo solicitase. Pero, con el tiempo, se creería inoportuno hospedar en un mismo espacio a los huéspedes nobles (realeza, cortesanos, alto clero) y a los pobres. Esto debió de provocar la **segregación** de la atención monacal separando las **hospederías**, para uso exclusivo de huéspedes, de los nuevos **hospitales**, donde se atendía a peregrinos y mendigos. Esto significaría el nacimiento del *hospital para pobres y peregrinos*, hacia el siglo XI (coincidiendo con el impulso jacobeo), fecha en que los textos aragoneses comienzan a hablar de ellos.

Por ejemplo, en el monasterio de San Victorián de Sobrarbe (DURAN GUDIOL, 1991), la *limosnería* socorría a los romeros y pobres. Y su hospedería albergaba a los *extranjeros* (visitantes eclesiásticos y nobles), a los clérigos de la casa residentes fuera del convento, y al rey con sus familiares y cortesanos.

10.2. Hospitales

El concepto medieval de *hospital* es más cercano a lo que entendemos hoy por hospicio, lugar donde el “*sin-techo*” es acogido recibiendo un **albergue provisional** gratuito. Allí obtiene cama, comida y algunas prestaciones básicas. Por el contrario, la acepción de *hospital* como **centro sanitario** que tenemos hoy en día, no surgió hasta la Edad Moderna. Los demás detalles ya han sido expuestos en el capítulo 7. En los textos coetáneos es citado como **hospital para pobres y peregrinos**, remarcando su función y sus destinatarios. Pobres los había en todas partes, por lo que los hospicios surgían en cualquier lugar. Pero su número se multiplicaba en las vías de peregrinación, asegurando la manutención de los **peregrinos**, que debían mendigar su acogida y alimento. Por ello, debían distribuirse a lo largo de los itinerarios, asegurando en cada tramo techo y sustento a los romeros. En estas rutas, la multiplicación de obras de caridad hacía que el número de **mendigos** atraídos a ellas se acrecentase de forma exponencial. Vagabundos cuya forma de vida era un constante andar de ciudad en ciudad, de hospital en hospital, compartidos con los peregrinos.

10.3. Refugios y Albergues

Así se citan los hospitales de ínfima entidad, tan rudimentarios que no se consideraban como tales, carentes de rentas y patrocinios para mantenerse. Eran humildes construcciones (una simple cabaña o casa) erigidas a pie de camino por eremitas-viarios que las usaban de vivienda, ofreciendo su mísera ayuda, su frugal mesa e incluso su pobre camastro a los caminantes. No tenían almacenes repletos de vituallas ni dormitorios multiplicados. Tan sólo el calor de sus paredes, techo, hogar y algún pobre jergón que ofrecer a los romeros y mendigos. Y los alimentos que su gestor pudiera recolectar, cazar o pescar en su entorno o cultivar en un pequeño huerto. Como ejemplo, tenemos las tres casas que el ermita Hugo (siglo XI) mantuvo en Somport, Canfranc y Astorito.

10.4. Hospitales Portuarios

Ya en época romana, la construcción de las grandes calzadas que unían Roma con todas sus provincias, se equipó con **mesones y refugios** facilitando el tránsito en los largos tramos despoblados y pasos de montaña. En época medieval, el auxilio al viajero se acentuaba en regiones agrestes como las de montaña, donde era muy necesaria una red de **albergues de montaña** que redujese su

riesgo mortal. Así surgieron los *hospitales portuarios* o *alpinos* que mucho tiempo permanecían enterrados por la nieve y sometidos a inclemencias extremas. Con el impulso de la peregrinación jacobea, casi todos los puertos pirenaicos se dotaron con uno o con una serie de ellos, en los valles de ambas vertientes. En la española, los hubo en los puertos de Somport (Jacetania), Secotor (Alto Gállego); Bujaruelo, Pineta, Parzán y Gistaín (Sobrarbe); Benasque (Ribagorza); y Roncesvalles y Belate (Navarra). Y, en la francesa, los de La Peyrenera, Lescun y Gabas (Bearn); Gavarnie y Rioumajou (Bigorra).

Los hospitales alpinos eran como cualquier hospicio, pero con ciertas **peculiaridades** propias de su ubicación extrema. Como vimos, los puertos de montaña solían concentrar distintos equipos que auxiliaban su dificultoso paso (hospitales, refugios, mesones, ermitas, baños termales, castillos, cementerios, etc.) En muchos, era común avisar a los viajeros extraviados en la ventisca o en la niebla con señales acústicas, y proporcionar leña y agua caliente para combatir las gélidas temperaturas. La mayoría daban comida aunque no alguno que, como el Hospital de Gavarnie, tenía derecho a vender vituallas. Otros, como el de Rioumajou, se obligaban a reparar los caminos y puentes, y a despejarlos de nieve (CALASTRENC, 2006, 139-143). Algunos ofrecían ropa de abrigo y calzado adecuado. Otros extremaban la atención médica e incluso veterinaria, más necesaria por lo agreste del terreno. Cuando un hospital era el único equipamiento de un puerto, desprovisto de mesón, la acogida se hacía extensiva a cualquier viajero, aun adinerado. En el caso excepcional de Somport, el mesón que albergaba a los pudientes también era gratuito.

10.5. Comedores y Convites

Otra forma habitual de caridad fue la **distribución de alimentos** (pan, vino, queso) y los **convites** a comidas. En los testamentos fue común dejar una manda para repartir pan o para dar de comer a unos pocos pobres o a varios centenares, dependiendo de la riqueza del testador. También las bodas y otras celebraciones de personajes pudientes solían acompañarse por estos repartos. Igualmente, las cofradías hacían este gesto periódicamente. Algunos hospitales contaban con *sopas bobas* y ranchos cotidianos y con convites extraordinarios. Las *limosnerías* monásticas y catedralicias sobresalían repartiendo comidas. Las *mensas* canónicas y monacales reservaban diariamente la **ración de los pobres** para cierto número de indigentes, independiente de las comidas dadas en sus hospitales. Y las *limosnas generales* y los **convites extraordinarios** se realizaban a las puertas de las limosnerías en celebraciones relevantes.

10.6. Limosnerías y Casas de Caridad

Las *limosnerías* eran una institución catedralicia o monástica que solía englobar las numerosas obras pías fundadas por cada centro. Gestionadas por el canónigo o monje *limosnero*, servían para administrar la caridad conventual, cobrando las rentas asignadas y costeando las obras dependientes (hospitales anexos, delegaciones hospitalarias, mandas testamentarias, convites, comedores, repartos de raciones, vestidos y dotes, préstamos, etc.)

En general, las *limosnerías* tienen una doble acepción que no siempre coincide. Por un lado, de institución y centro administrativo; y por otro, de centro asistencial. En el primer caso, se trata de una **oficina** desde la que el limosnero lleva sus cuentas y distribuye el dinero y especies destinados a las diversas obras pías que de él dependen. En el segundo caso, suele hablarse de una **Casa de la Limosna**, edificio físico sito en el complejo claustral, donde se reparte cotidiana y extraordinariamente limosna en forma de dinero, alimentos, vestidos y raciones de comida. A veces, funcionan como un hospital donde se hospeda al necesitado, como en el caso de la de San Juan de la Peña. Pero fue más común que se especializaran en el reparto de limosnas y raciones, derivando la acogida a otros hospitales propios situados a sus puertas o más alejados. Por ejemplo, la catedral de Jaca contaba con una Casa de la Limosna en el claustro donde se daba limosna a los pobres; y con un Hospital del Santo Espíritu situado enfrente, donde podían dormir.

10.7. Enfermerías, Casas de Convalecencia y Boticas

Las enfermerías, obligatorias en toda catedral y monasterio, acogían a los clérigos enfermos, convalecientes y ancianos, proporcionándoles cama, comida, atención sanitaria y todo lo necesario para facilitar su postración. Se situaban dentro del complejo claustral y podían ser una habitación o un gran pabellón o edificio con diferentes ámbitos. Cumplían la **triple función** de servir como centro sanitario, casa de convalecencia y asilo de ancianos e impedidos.

En el mundo medieval, los monasterios tuvieron un papel clave en lo relativo a la asistencia sanitaria. Las enfermerías monásticas, reservadas para los **miembros de la comunidad** (que habían de enfermar, envejecer y morir sin abandonar su clausura), acogían excepcionalmente a **enfermos ajenos** a ella, eclesiásticos y laicos. En el siglo IX, la enfermería del monasterio de Cercito (Alto Gállego) acogía al presbítero Ellebonus, impedido por una enfermedad ocular. Un bebé que cayó de los brazos de su nodriza en la huida por la llegada

de Almanzor (999), quedando cojo de por vida, fue donado años después al cenobio de Ciellas (Canal de Berdún). Estos precoces ejemplos ilustran con claridad el servicio de **asistencia sanitaria** y la **función de asilo** que los conventos asumían con sus miembros y con desamparados ajenos.

La regla de San Benito manda, al citar los *hermanos enfermos* (cap. 36), que se les cuide “*como a Cristo en persona, pues el mismo dijo: “Estuve enfermo, y me visitasteis” y “Lo que hicisteis a uno de estos más pequeños, a mí lo hicisteis”*”. Por ello regula que en sus monasterios se destinara para ellos una habitación aparte y un servidor competente. Su uso generalizado marcó la presencia de las **enfermerías monacales** y de un **monje-enfermero** entre las dignidades que los gobernaban. Las enfermerías, como las limosnerías, contaban con un patrimonio y rentas asignadas, desligadas de los bienes del centro, para poder hacer frente a sus onerosos gastos, siendo habituales receptoras de legados que iban incrementando sus recursos con el tiempo.

Los monjes y canónigos **enfermeros** carecían de formación sanitaria, siendo su función la de administrar las rentas asignadas por la comunidad para el mantenimiento de la enfermería, y la de proporcionar una alimentación especial y unos cuidados oportunos a los enfermos y convalecientes. Y vigilaba la atención a sus acogidos, que era acometida por algún criado.

La **asistencia médica** solía ser contratada con un médico, que acudía periódicamente o cuando se le avisaba de urgencia a visitar a sus pacientes. Las **terapias** más comunes eran las normas dietéticas e higiénicas, las recetas de compleja composición, el empleo de aguas medicinales y las sangrías.

Las enfermerías también contaban con **asistencia farmacológica**, imprescindible para su tarea. A tal efecto, muchas catedrales y monasterios tenían **boticas** regidas por un farmacéutico asalariado. La importancia de estas farmacias era tal que acudían gentes de toda la comarca en busca de paliativos para sus dolencias, por lo que equipaban no sólo al centro eclesiástico, sino a toda su área de influencia. En 1193, ya se documenta a un *boticario* en Santa Cristina de Somport. Y la botica catedralicia de Roda de Isábena (Ribagorza), según un inventario de 1699, contenía más de 300 botes, frascos y cajas para guardar las medicinas, jarabes y aceites, numerosos instrumentales boticarios (morteros, alambiques) y algunos libros de farmacopea (CASTILLON, 1981).

10.8. Leprosías y Casas de enfermos contagiosos

Las *leproserías* (*lazaretos*) eran hospicios para enfermos contagiosos. Allí se aislaba a los leprosos y a vecinos o visitantes con síntomas de las enfermedades más temidas de la época. Como la **peste**, conocida ya en la Antigüedad y que recorrió repetidamente Europa en calidad de epidemia devastadora. O la misma **lepra**, una de las más graves dolencias del mundo medieval. El “**mal de San Antonio**”, otra enfermedad contagiosa muy común en la época, también propició la construcción de hospitales específicos. El terror al contagio multiplicó el número de leproserías, y condenó a los leprosos a la más absoluta **exclusión social**, reclusos en un brutal *apartheid*.

Los núcleos urbanos importantes, que tenían varios hospitales, incluían una leprosería aislada, siempre situada **en las afueras**. Las ciudades con un tráfico masivo de forasteros (pasos fronterizos, puertos de montaña y costeros, vías comerciales y de peregrinación) estaban más expuestas al contagio. Así sucedió en Jaca (leprosería de San Andrés) o en Sangüesa (leprosería de San Lázaro). La de Jaca existía ya en 1097, junto al acceso desde Francia utilizado por los peregrinos. En Zaragoza había un hospital de San Lázaro (patrón de los *lazaretos*) en la otra orilla del Ebro. Quienes accedían a Barcelona por el barrio del Raval topaban con el Hospital de Sant Antoni, para los afectados por el *mal de San Antonio*, y con el Hospital de Sant Llätzer, para los leprosos.

Las leproserías, puestas bajo la protección de la Iglesia, solían contar con una capilla anexa o vecina, donde los apestados también veían segregada su religiosidad. En los siglos XIII-XV, la gestión de muchas fue asumida por los órdenes mendicantes, cuyos sacrificados frailes y hermanas se dedicaron al cuidado de estas gentes a quien nadie osaba rozar. La leprosería de Jaca fue gestionada desde el siglo XIII por hermanas de la orden de San Agustín. Y el lazareto de Zaragoza fue entregado en el siglo XV a los frailes mercedarios.

10.9. Hospicios, Asilos y Casas de Beneficencia

El característico albergue provisional, ofrecido por los hospitales, era del todo insuficiente para quienes, por su condición o enfermedad, necesitaban de unos cuidados continuos e incluso perpetuados a lo largo de su vida. Por lo que el esquema hospitalario se revelaba incompleto. Las enfermerías eclesiásticas acogían a cuantos podían, pero eran muy limitadas para atender a los siempre numerosos individuos que requerían este tipo de atención.

Por este motivo, con el paso del tiempo, apareció un **nuevo tipo de hospitales** especializados en la acogida y auxilio de niños expósitos, huérfanos, disminuidos, locos, y viudas y ancianos desvalidos. Toda esta pléyade de gentes, abundantes en cada comunidad y cuya condición los hacía especialmente vulnerables, movía a la sociedad a interesarse por la atención de **sus propios vecinos**, condenados a una pena que podía sorprender a cualquiera. Por ello, acabaron surgiendo los hospicios para niños, los asilos de ancianos y los hospicios de locos y deficientes psíquicos. Solían estar regidos por comunidades de hermanas o por criados asalariados. Su sostenimiento era el mismo que cualquier otro hospital (rentas, testamentos, limosnas, etc.)

Los **hospicios para expósitos y huérfanos** contaban con nodrizas para amamantar a los bebés y con algún clérigo para proporcionar la adecuada formación religiosa. Su misión era educar a los menores; instruirlos en un oficio que les permitiera integrarse en la sociedad al llegar a la mayoría de edad; y dotar a las adolescentes para que pudieran casarse.

Las **casas de beneficencia** y *casas de misericordia* eran instituciones de enorme cabida que intentaban cubrir la gran demanda social. Nacieron en la Edad Moderna, cuando la atención a los citados grupos ya había culminado su segregación de los hospitales. Éstos, por su parte, habían alcanzado la plena especialización en la atención sanitaria, derivando hacia otros centros la asistencia a contagiosos, locos, niños y ancianos. Este fue el caso de la Real Casa de la Misericordia de Zaragoza, nacida en el siglo XVII y mantenida con los beneficios de los festejos taurinos de la vecina plaza de toros (el *Coso de la Misericordia*). La Casa de La Misericordia de Jaca era un gran hospicio para niños expósitos fundada en el siglo XVIII y que, en 1845, acogía a 124 niños.

10.10. Hospitales Generales

Entre los siglos XIV-XV, numerosos hospitales de peregrinos pasaban por graves **dificultades financieras**, por las razones ya expuestas, y muchos acabaron sucumbiendo. Sin embargo, la **tendencia centralizadora** que caracterizó a la Edad Moderna, alcanzó también a la organización de los hospitales urbanos. Éstos aspiraban a la fusión de varios de ellos en uno principal, esperando que la suma de sus rentas hiciese más eficaces sus servicios. De este modo, desde el siglo XV se impuso la tendencia a **fusionar los hospitales** antiguos, pequeños y pobremente dotados, en nuevos hospitales que sumaban sus rentas y multiplicaban su capacidad (CARRASCO, 1981, 55). Tenían decenas de camas, pudiendo sobrepasar el centenar, y contaban con médicos propios y

con **diversos pabellones** para segregar mendigos, convalecientes, locos y simples enfermos. Recibieron el nombre de *hospitales generales* y, por vez primera, su aparición significó la contratación de médicos y cirujanos no de forma esporádica sino continua, acercándose al concepto de **hospital moderno** con asistencia sanitaria profesional.

El *Hospital General* de Jaca nació en el año 1540 como resultado de la fusión de dos hospitales medievales, con sus rentas: el *Hospital del Santo Espíritu*, perteneciente a la catedral, y el *Hospital de San Juan Bautista*, de la cofradía vecinal del barrio de la Puerta Nueva. Su decadencia les hacía incapaces de poder recoger, servir y alimentar a los pobres y peregrinos que a ellos acudían. Por lo que su fusión era obligada. A ellos se sumó el Concejo municipal por medio de su obra pía: las *Caridades de Jaca*. El nuevo centro atendía a los pobres enfermos de la ciudad y todavía ofrecía tres días de acogida a los transeúntes, incluyendo salas para convalecientes y peregrinos. Funcionó como hospital hasta hace pocos años, cuando se construyó el nuevo Hospital Comarcal de Jaca. Hoy en día ejerce como *Albergue de Peregrinos*.

Conclusión

En este trabajo hemos analizado más de 130 hospitales e instituciones asistenciales medievales del Pirineo central, repartidos por distintas comarcas franco-españolas y con 46 de ellos localizados en la Jacetania. Documentamos una verdadera movilización social frente al padecimiento del prójimo: todos los colectivos y estamentos sociales se implicaron en el auxilio al necesitado. Se intentaba acoger a todos los tipos de desfavorecidos y mendigos, siendo los peregrinos uno más entre ellos. Y se desarrollaron todo tipo de fórmulas y modelos para canalizar la caridad de la población y para gestionarla, intentando si no solucionar un problema, sí aliviarlo. En suma, se evidencia un denodado esfuerzo por el que se intenta cubrir absolutamente todos los aspectos que un necesitado pudiera necesitar, y en todas las modalidades.

Muchas instituciones asistenciales funcionaron durante siglos, gracias al esfuerzo solidario y caritativo (*empatía, amor al prójimo*) de las gentes, y a la aportación económica y laboral de todos los grupos sociales. Con el paso de los siglos, soportaron males, daños coyunturales, abusos y negligencias que acabaron arrastrando a muchas a la decadencia y la extinción. En algunas, su paulatina desaparición estuvo motivada por las acciones escandalosas de personas más centradas en el propio interés que en la ayuda al prójimo.

Quién desee obtener más ejemplos de las estrategias ennoblecedoras y corruptoras de la solidaridad, no tiene más que ojear los periódicos. Hoy, como ayer, las innumerables obras e instituciones solidarias, están plagadas de gentes generosas y desinteresadas; por entes públicos y privados, laicos y eclesiásticos voluntariosos. Aunque, sus mismas páginas, también aparecen recurrentemente salpicadas por individuos capaces de hacer negocio con la miseria ajena. A gran escala, escatimando la ayuda internacional a los países desfavorecidos del planeta, o atenazándolos con la lacra usuraria de la deuda internacional.

En la Edad Media, muchos eran, como hoy, los necesitados. En el siglo XXI, el elenco de desfavorecidos y víctimas de la desigualdad social se ha multiplicado en número y en formas. Los inmigrantes del Tercer Mundo o los refugiados de guerra son sólo algunos ejemplos y, en todas nuestras ciudades, proliferan los excluidos. También se han multiplicado las instituciones de asistencia. Las ONG, de alcance internacional, se concentran en las ciudades, y se instalan en los países más empobrecidos. A los auxilios clásicos de ayudas en dinero, albergue, alimentos, cuidados primarios o asistencia médica, se han sumado otros nuevos, como la asistencia técnica, jurídica o psicológica. Las gentes de hoy en día gestionan como mejor pueden la práctica de su generosidad hacia el necesitado del entorno local y del Tercer Mundo.

Hoy en día, en el siglo que nos ha tocado vivir, los nuevos peregrinos se llaman *inmigrantes*. El nuevo santuario se llama Europa o Norteamérica. Y la

salvación que tratan de ganar en su arriesgada peregrinación es dejar atrás el hambre, la guerra y la desolación. Quizás en los métodos que emplearon en el pasado para atender a los necesitados tengamos algo provechoso que aprender, que se muestre certeramente eficaz con las situaciones presentes.

Al fin y al cabo, este trabajo nos recuerda que la solidaridad hacia el desfavorecido, en esencia, no era muy distinta ayer de hoy. Sino que se define un continuo en la ética y en la voluntad de las personas. Así pues, no olvidemos, desde este contradictorio siglo XXI, seguir sembrando la semilla de la fraternidad, ahora globalizada, y ofreciendo nuestro mejor aporte a esta Historia planetaria que nos enfrenta y nos une, que nos diferencia y nos iguala.

Bibliografía

- CALASTRENC CARRÈRE, Carine: "Relaciones históricas con el Norte", en *Comarca de Sobrarbe*, Severino Pallaruelo (coord.). Colecc. Territorio, núm. 23. Gobierno de Aragón. Zaragoza, 2006, 133-144.
- CARRASCO, J.; ARGUEDAS, A.; ABAD, C.; MAGALLÓN, R.: *La vida hospitalaria en Jaca*. Jaca, 1983.
- DURÁN GUDIOL, Antonio: "El monasterio de San Victorián de Sobrarbe desde el siglo X a XIII", en "Aragonia Sacra", núm. 6 (Zaragoza, 1991), 7-54
- CASTILLON CORTADA, Francisco: "La enfermería medieval de la catedral altoaragonesa de Roda de Isábena", en "Argensola", núm. 92 (Huesca, 1981), 227-266
- GARCÍA DUEÑAS, Felipe: *Don Blasco de Les. El gran mecenas de Canfranc en el siglo XVI. Historia de un olvido*, en "Aragonia Sacra", núm. 12 (Zaragoza, 1997), 97-108.
- LACARRA, J. M^a: "Un arancel de aduanas del siglo XI". Separata (Iº Congreso Internacional de Pireneístas, San Sebastián, 1950). CSIC. Zaragoza, 1950.
- LACARRA, J. M^a: "Espiritualidad del culto y de la peregrinación a Santiago antes de la Primera Cruzada", en *Estudios de Alta Edad Media Española*. Editorial Anubar. Valencia, 1971.
- LALANA, Fray Francisco: "Historia de el Monasterio Real de Santa Christina de Summo Portu de Aspa del Orden de Predicadores de la Ciudad de Jacca", segunda mitad del siglo XVIII. Edición facsimilar de Felipe García Dueñas. Instituto de Estudios Altoaragoneses. Huesca, 1989.
- LAPEÑA PAUL, Ana Isabel: *El monasterio de San Juan de la Peña en la Edad Media (desde sus orígenes hasta 1410)*. C.A.I. Zaragoza, 1989.